

UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CHILE
Facultad de Educación y Ciencias Sociales
Trabajo Social



ANÁLISIS DE LA RED SOCIAL EN LA INTEGRACIÓN DE PERSONAS
CON ESQUIZOFRENIA DE LA CIUDAD DE CHILLÁN

SEMINARIO

Presentado en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Trabajador Social y grado de
Licenciado en Trabajo Social

Por

Pilar Andrea Gaete Salazar
Lastenia del Carmen Núñez Ramírez
Nataly Fernanda Salazar Rivas
Violeta Natalia Sepúlveda Riquelme

Profesor guía: Dan Neil Belmar Zúñiga

Chillán, Diciembre de 2009

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos en primer lugar agradecer a Dios por darnos la fortaleza para cumplir esta
anhelada meta.

A nuestras familias que sin duda han sido un gran apoyo durante esta etapa la cual creímos
lejana e inalcanzable y que hoy es una hermosa realidad.

RESUMEN

La investigación realizada es cuantitativa de tipo descriptiva. La muestra está formada por 25 personas con diagnóstico de esquizofrenia, pertenecientes a tres instituciones, el Hospital Clínico Herminda Martín, Hogar Protegido y la Corporación de Familiares de personas con Esquizofrenia de Chillán (COFAPECH).

El instrumento utilizado fue un cuestionario, a través del cual se analizó la red social de cada uno, su densidad, tamaño y reciprocidad, observando como estas variables influyen en la integración social de los encuestados. Los resultados fueron trabajados con el programa de Netdraw que permitió esquematizar la red personal de cada uno, analizando las distintas variables. A la vez se utilizó el programa de Excel, con el que se graficaron los resultados de la integración a nivel familiar, laboral y social.

Palabras claves: red social, integración social, tamaño, densidad y reciprocidad.

TABLA DE CONTENIDO

Portada	
Agradecimientos	
Resumen	
Tabla de contenido	
Lista de figuras y tablas	
Apéndices	

CAPÍTULO I: Antecedentes y naturaleza del estudio:

1.1	Planteamiento del Problema.....	9
1.2	Preguntas a ser contestadas.....	9
1.3	Objetivos.....	9
1.4	Justificación.....	10
1.5	Definición de términos.....	12
1.6	Delimitaciones del estudio.....	13
1.7	Limitaciones del estudio.....	13

CAPÍTULO II: Marco teórico:

2.1	Trastorno psicológico.....	14
2.2	Esquizofrenia y red Social.....	22
2.3	Características estructurales de las redes sociales.....	23
2.4	La red social, sus efectos y aspectos sociales.....	25
2.5	Tipos de redes sociales.....	27
2.6	Funciones de la red.....	28
2.7	Redes personales.....	29
2.8	Reciprocidad.....	30
2.9	Integración Social.....	31

CAPÍTULO III: Metodología de la investigación:

3.1	Tipo de investigación.....	34
3.2	Técnicas de investigación.....	34
3.3	Población y muestra de estudio.....	35
3.4	Operacionalización de las variables.....	36
3.5	Instrumentos de medición.....	40
3.6	Técnicas de análisis de los datos.....	40

CAPÍTULO IV: Presentación de los resultados:

4.1	Caracterización de la muestra.....	41
4.2	Análisis de los resultados.....	42
4.3	Resultados de la investigación.....	43

CAPÍTULO V: Resumen, conclusiones y recomendaciones:

5.1	Resumen.....	83
5.2	Conclusiones.....	84
5.3	Recomendaciones.....	86

Lista de referencias.....	88
----------------------------------	-----------

Apéndice

LISTA DE FIGURAS

1. Personas importantes para los encuestados.....	43
2. Personas con quienes comparten sus problemas.....	44
3. Relación con el Hospital de Chillán.....	45
4. Relación con las Iglesias de Chillán.....	46
5. Relación con Hogar Protegido de Chillán.....	47
6. Relación con COFAPECH.....	48
7. Apoyo de familia en proceso de tratamiento.....	49
8. Integración a nivel familiar.....	50
9. Oportunidad de trabajar.....	51
10. Discriminación en el lugar de trabajo.....	52
11. Valoración en el lugar de trabajo.....	53
12. Rechazo de las personas.....	54
13. Espacios de integración en la sociedad.....	55
14. Participación en grupos sociales.....	56
15. Figura 15 Red sujeto 1.....	57
16. Figura 16 Red sujeto 2.....	59
17. Figura 17 Red sujeto 3.....	60
18. Figura 18 Red sujeto 4.....	61
19. Figura 19 Red sujeto 5.....	62
20. Figura 20 Red sujeto 6.....	63
21. Figura 21 Red sujeto 7.....	64
22. Figura 22 Red sujeto 8.....	65
23. Figura 23 Red sujeto 9.....	66
24. Figura 24 Red sujeto 10.....	67
25. Figura 25 Red sujeto 11.....	68
26. Figura 26 Red sujeto 12.....	69
27. Figura 27 Red sujeto 13.....	70

28. Figura 28 Red sujeto 14.....	71
29. Figura 29 Red sujeto 15.....	72
30. Figura 30 Red sujeto 16.....	73
31. Figura 31 Red sujeto 17.....	74
32. Figura 32 Red sujeto 18.....	75
33. Figura 33 Red sujeto 19.....	76
34. Figura 34 Red sujeto 20.....	77
35. Figura 35 Red sujeto 21.....	78
36. Figura 36 Red sujeto 22.....	79
37. Figura 37 Red sujeto 23.....	80
38. Figura 38 Red sujeto 24.....	81
39. Figura 39 Red sujeto 25.....	82

LISTA DE TABLAS

1. Operacionalización de las variables.....	36
2. Caracterización de la muestra.....	41

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

1.1 Planteamiento del problema.

“La Esquizofrenia es una enfermedad o, más probablemente, un conjunto de enfermedades que generalmente se presenta en sujetos jóvenes y que sigue un curso deteriorante.”(Heerlein, 2000:283). Por lo tanto de ahí viene la importancia de centrar nuestro estudio en investigar la red social existente para estos pacientes y conocer las principales habilidades sociales que estas personas pueden desarrollar en función de ser validados como personas con los mismos derechos a desenvolverse en plenitud en cada etapa del ciclo vital.

1.2 Preguntas a ser contestadas.

¿Cómo se manifiesta la red social de apoyo en la integración de pacientes con esquizofrenia en la ciudad de Chillán?

1.3 Objetivos.

Objetivo General

- Conocer la red social en la integración de pacientes con esquizofrenia pertenecientes a COFAPECH, Hospital y Hogar Protegido.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la integración de los pacientes con esquizofrenia al momento de conectarse con la red social.
- Analizar la reciprocidad existente entre las personas con esquizofrenia y las redes de apoyo.
- Describir tamaño y densidad de la red de apoyo de personas con esquizofrenia.

1.4 Justificación.

Los trastornos mentales son altamente frecuentes, según la OMS más del 25% de la población padece en algún momento de su vida algún desequilibrio a nivel mental. Son universales, ya que no se concentran en ningún grupo en particular, afectan a personas de todos los países, sociedades y religiones.

Vicente B, Vielma M, Rioseco P. (1994) señalan que, el 36%, de la población chilena estudiada, había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, mientras que uno de cada cinco, 22,6%, había tenido un desorden en los últimos 6 meses.

La esquizofrenia es un trastorno mental en el cual es difícil para quien la sufre diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, tener respuestas emocionales comunes ante los demás y comportarse normalmente en situaciones sociales. Es una enfermedad compleja y enigmática. Aún los expertos en el campo no llegan a consenso respecto a su causa y algunos especialistas consideran que el cerebro puede ser incapaz de procesar la información de manera correcta. Este trastorno tiene una prevalencia alrededor de 0,5 % en población mayor de 15 años. De acuerdo con los valores señalados en estudios internacionales, la incidencia de la esquizofrenia en Chile se puede calcular en 12 casos por cada 100.000 habitantes por año.

“En otro ámbito, la esquizofrenia y otras psicosis, son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile”. (Ibacache Luis, Rayo Ximena, Minoletti Alberto y Ramírez Gloria, 2005, Guía clínica primer episodio Esquizofrenia (1°ed.).Santiago Chile: p.7).

Actualmente en la ciudad de Chillán existe un ambiguo conocimiento acerca de las redes de apoyo existentes para personas con esquizofrenia que permitan una integración social en igualdad de oportunidades en comparación al común de la población de la ciudad de Chillán, sobre todo si consideramos que la esquizofrenia es capaz de devastar la vida de quienes la sufren y las de sus familiares, alterando la búsqueda de metas educacionales y laborales, reduciendo drásticamente su calidad de vida, ya que deben enfrentarse al aislamiento, a la discriminación en las posibilidades de acceder a la educación, vivienda y empleo; además de otras formas de prejuicio.

En la Ciudad de Chillán, la prevalencia de casos de personas con esquizofrenia constituye una realidad latente dentro del marco de la Salud Mental, en este aspecto las cifras apuntan al 1% de la población a nivel provincial. Además según los datos provinciales entregados por el Hospital Herminda Martin de la ciudad de Chillán, 188 personas corresponden a pacientes Neurolépticos; esto quiere decir que son pacientes con Esquizofrenia en estado crónico. Con respecto al plan Auge, 131 personas son ingresadas al programa GES Esquizofrenia, además 300 personas son atendidas en Poli psiquiatría del Consultorio de atención especial del Hospital Herminda Martin. Obteniendo un total de 619 personas diagnosticadas con Esquizofrenia a nivel provincial. Según las estadísticas entregadas por el Hospital 39 personas anualmente ingresan en modalidad de urgencias, sin embargo, 35 de ellas dan comienzo al tratamiento por diagnóstico de Esquizofrenia.

A nivel nacional la prevalencia de las personas que padecen esquizofrenia es de 1,4 a 4,6 por cada 1000 habitantes; en relación a la incidencia, esto corresponde de 17 a 54 personas por cada 100.000 habitantes. Finalmente la prevalencia de vida es de nueve personas por cada 1000 habitantes.

La persona con esquizofrenia debe ser mirada en su propio entorno, identificando ahí sus recursos y necesidades, participando activa y responsablemente con su familia en una relación interpersonal informada. Cada necesidad se deriva de la relación con sus redes sociales y también necesidades de tipo práctico, como las necesidades de vivienda, alimentación, educación, etc.

Del mismo modo, si hablamos de la red social como base para la integración social de las personas con esquizofrenia, podemos establecer que a nivel de esta enfermedad mental, el tamaño de la red social pareciera disminuir y por ende pudiese impedir una integración social adecuada. De acuerdo a una entrevista preliminar realizada a la Sra. Teresa Rivas, cuidadora del Hogar Protegido de Chillán, la red social es un apoyo fundamental en la rehabilitación y en la disminución de las descompensaciones en las personas que padecen esquizofrenia.

El propósito de la presente investigación apunta principalmente al análisis de la red de apoyo en la integración de personas con esquizofrenia, ya que como bien sabemos actualmente las personas que padecen este trastorno se encuentran en un estado de mayor vulnerabilidad frente a los prejuicios y la discriminación; aspectos importantes al momento de

relacionarse con el medio familiar, social y laboral. De allí viene la importancia de contribuir mediante el presente estudio en el fortalecimiento de la red de apoyo familiar e institucional; aportando además conocimientos nuevos y significativos en el área de salud mental, logrando así una adecuada intervención que permita obtener como resultado una mejor integración social de las personas con esquizofrenia.

1.5 Definición de términos.

Esquizofrenia:

Es un trastorno psicótico por el que una persona pierde el contacto con la realidad, experimentando ideas por completo irracionales o percepciones distorsionadas.(Myers, 2005: 646).

Red social:

Una red es el campo total de relaciones de una persona o de una familia; es un grupo de personas: miembros de una familia, vecinos, amigos y otros capaces de aportar una ayuda real y duradera a un individuo o a una familia. <http://www.editum.org/Red-Social-Sus- Caracteristicas-Estructurales-p-866.html>.

Integración social:

La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población. Glosario. (2008). Espacio Logopedico.

Reciprocidad:

Correspondencia mutua de una persona o cosa con otra. Relaciones interpersonales que suponen confianza mutua y un marco valorativo común, lo que sirve para anticipar conductas. (Gallino, 1995). <http://www2.mdp.edu.ar/index.php?key=4524>.

1.6 Delimitaciones del estudio.

La muestra de la investigación se ubica geográficamente en la ciudad de Chillán, VIII Región. El estudio abarcó a 25 personas que padecen esquizofrenia, correspondiendo al Hospital Clínico Hermina Martín, COFAPECH y Hogar Protegido.

1.7 Limitaciones del estudio.

Una primera limitación de la investigación está relacionada con la posible descompensación de las personas con esquizofrenia al momento de ser encuestadas.

Por otro lado no podemos generalizar los resultados de la investigación a una población mayor, ya que estos servirán sólo de referencia para otros estudios.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Trastorno Psicológico.

Entendemos por trastorno psicológico, disfunción perjudicial por la cual una conducta es juzgada como atípica, perturbada, inadaptada e injustificable.

En la actualidad la mayoría de los trabajadores de la salud mental cree que los trastornos están influidos por las predisposiciones genéticas y los estados fisiológicos, por la dinámica psicológica interna y por las circunstancias sociales y culturales. Para la perspectiva biopsicosocial que postula que la mente y el cuerpo son inseparables. Por lo tanto, el estrés y las emociones negativas contribuyen con la enfermedad física, y las anomalías físicas contribuyen con las experiencias de dolor y malestar. Nuestra mente y nuestro cuerpo constituyen una unidad. (Myers David, 2005: 622).

Por lo tanto, todos aquellos acontecimientos que afecten nuestra mente, como por ejemplo “el estrés”, están estrechamente ligados a nuestro cuerpo, es decir, un trastorno psicológico también afecta nuestro cuerpo, existe una somatización que finalmente termina enfermando nuestro organismo, de tal manera, que ya no sólo nuestra mente se encuentra afectada, sino que ahora el cuerpo sufre las dolencias físicas de nuestra mente. Es así como enfermedades mentales como la esquizofrenia no solo provocan alteraciones a nivel psíquico, sino que también esta enfermedad altera el funcionamiento cerebral y por ende el funcionamiento general de nuestro cuerpo, lo que a la vez nos demuestra que mente y cuerpo están estrechamente ligados.

2.1.1 Esquizofrenia.

La esquizofrenia es una enfermedad compleja en la que se produce un funcionamiento defectuoso de los circuitos cerebrales que provoca un desequilibrio entre los neurotransmisores. Por consiguiente, se verán afectadas algunas funciones que rigen el pensamiento, las emociones y la conducta. Este trastorno forma parte importante de la categoría de las enfermedades mentales complejas, en la que existe una desconexión de la realidad, al menos parcial, produciéndose un proceso psicótico.

Este trastorno mental se puede manifestar de dos formas significativas, como un primer brote o como un segundo brote de esquizofrenia, las cuales se diferencian por la manera que tienen los síntomas de aparecer. La esquizofrenia de primer brote suele aparecer en una edad de 17 a 30 años, donde los síntomas aparecen de manera brusca provocando una psicosis grave; en cambio la esquizofrenia de segundo brote se presenta en personas que ya han vivenciado el primer brote y se encuentran en una edad promedio de 40 a 70 años, donde los síntomas son más leves y pueden ser controlados con los medicamentos.

2.1.2 Síntomas de la esquizofrenia.

Para lograr un diagnóstico de la enfermedad esquizofrenia, es necesario que las personas presenten una serie de síntomas positivos y negativos los cuales son manifestados con mayor frecuencia en los inicios de la enfermedad. Vicente et al (2002) señala las siguientes tipologías de síntomas de la esquizofrenia:

Síntomas positivos

Estos síntomas son aquellos por los cuales estigmatizan a las personas que sufren de esquizofrenia. Son una exacerbación de elementos psíquicos normales, o bien elementos que no existen en otras personas.

Estos producen una distorsión de la realidad y un comportamiento que delante de la gente común es considerada como anormal, generalmente son estos los cuales alejan a las personas y poco a poco el círculo social de los enfermos comienza a disminuir, debido a que los demás temen el descontrol de sus actos.

- Delirios: son creencias falsas acerca de las cuales la persona está firmemente convencida, a pesar de la ausencia de evidencia. Las personas con delirios pueden creer que son perseguidas, o que poseen dones o poderes especiales, o que sus pensamientos o acciones están bajo el control de una fuente externa. Muchas veces creen mover objetos, tener comunicación con seres de otro planeta o personas muertas, es así, como estas creencias dañan e influyen en su manera de actuar, sienten que están siendo controladas por algunas personas, o en ocasiones

que ellos mismos son responsables de algo tan común, como por ejemplo, la reacción diaria del clima.

- **Alucinaciones:** son percepciones sensoriales imaginadas. El tipo más común de alucinación en la esquizofrenia es la auditiva, en las cuales las personas escuchan voces imaginarias. Formas menos comunes de alucinación incluyen la visión, sensación, saborear u oler cosas que son muy reales para la persona, pero que no están realmente presentes. Suelen afirmar que están comiendo algo de un sabor determinado, que claramente a simple vista no está sucediendo, actitudes que son tan diferenciadas de lo normal, pero que en su mente están ocurriendo. Aunque es importante mencionar que los síntomas positivos como alucinaciones o delirios se presentan también en personas que consumen drogas o que padecen de depresión severa, manías, lesiones cerebrales, o ciertas enfermedades médicas.
- **Conducta Bizarra:** algunas personas con esquizofrenias se comportan de manera extraña o transgreden las normas sociales. Ellos pueden hacer gestos raros o expresiones faciales incongruentes y muecas, o asumir posturas extrañas sin propósito aparente. Estos síntomas incluyen una amplia variedad de conductas motoras extrañas y sin propósito. Las alteraciones con este síntoma son muy comunes, se pueden disminuir los movimientos típicos espontáneos incluso se puede llegar hasta la inmovilidad.

Producto de los síntomas positivos, las personas se ven afectadas en su funcionamiento social, y es cuando generalmente se recurre a la hospitalización, ya que gracias a los fármacos antipsicóticos la intensidad de ellos disminuye, produciendo una recaída en algunas ocasiones cuando la dosis es suspendida.

Síntomas negativos

Estos síntomas son difíciles de reconocer como propios de la enfermedad, la mayoría de las veces el círculo más cercano del enfermo, lo malinterpretan. La oportunidad de interactuar con otras personas y cuidar de sí mismo varía de acuerdo a la intensidad de estos síntomas durante la enfermedad.

- **Afecto Aplanado:** el paciente se muestra indiferente y apático. Este hecho se manifiesta en forma de una expresión facial inmodificable, una disminución de movimientos espontáneos,

pobreza de gestos expresivos y contacto visual. La persona que está padeciendo de síntomas como afecto aplanado no responde a la diferencia de un evento, realiza acciones que son inapropiadas e incongruentes.

- **Aislamiento Social:** las personas con esquizofrenia pueden tener dificultades en hacer o mantener amigos o conocidos. La relación con las demás personas se ve seriamente afectada y sólo realizan interacciones superficiales, la mayoría de las veces no tiene relaciones de intimidad, evitan tener un contacto a menudo con las demás personas.
- **Pobreza de pensamiento:** suele ser característico el descarrilamiento del lenguaje, que se traduce en la pérdida de la capacidad de asociación de ideas y lleva al paciente a pasar de un tema a otro sin seguir una línea lógica. Tienden a responder solamente con frases cortas, sin responder con detalles, su vocabulario es muy restringido, repiten las palabras y usan muchas veces la misma frase, aunque el contexto sea diferente. No asocian el contenido ni existe consecuencia entre lo que piensan y lo que dicen.

El paciente sigue muchas veces vías de asociación que no son comunes a los demás, sino específicas de cada paciente.

Cuando aparecen los síntomas positivos, muchas veces, los síntomas negativos son pasados por alto. Muchas de las personas con esquizofrenia tienen al mismo tiempo síntomas positivos como a la vez negativos, de acuerdo a la intensidad de la enfermedad y más aún de una persona a otra.

Actualmente esta enfermedad se encuentra presente en nuestra sociedad con una incidencia cada vez mayor, según Myers David (2005:646), quien señala lo siguiente:

Aproximadamente una persona de cada 100 desarrollará esquizofrenia, uniéndose a los 24 millones de todo el mundo que padece uno de los trastornos más temidos de la humanidad. Por lo general aparece entre las personas jóvenes que están en vías de ser adultos, no conoce fronteras y afecta a los hombres y las mujeres por igual (Aunque los hombres tienden a padecerla desde más jóvenes y con más gravedad). (p.646).

2.1.3 Origen de la enfermedad.

En cuanto al origen de esta enfermedad, se desconocen las causas en forma específica que producen este trastorno, parece ser que varios factores incrementan el riesgo de padecer la enfermedad. Estos factores interactúan entre ellos para influenciar el desarrollo y curso de la esquizofrenia y diferentes factores asumen importancia en diferentes etapas del desarrollo individual. Se han realizado hipótesis que plantean lo siguiente:

Factores Genéticos “Es posible que las personas hereden una predisposición a determinadas anomalías del cerebro. La evidencia muestra en forma contundente que sin duda en algunas es así. La posibilidad de 1 en 100 de padecer esquizofrenia se transforma de 1 en 10 entre las que tienen un hermano o un progenitor afectado, y cerca de 1 en 2 entre las que tiene un gemelo monocigótico afectado.

No obstante, los estudios de caso de adopción confirman que la relación genética es real (Gottesman, 1991). Los niños adoptados por personas que desarrollan esquizofrenia casi nunca “se contagian” del trastorno. En cambio, los niños adoptados tienen un riesgo elevado de padecer la enfermedad si un progenitor biológico es esquizofrénico”. (Myers, 2005: p. 650).

Los factores genéticos y las complicaciones del embarazo y el puerperio pueden, por su parte, jugar un rol en la formación de la predisposición del recién nacido para desarrollar la enfermedad. El momento del ataque de la enfermedad, depende de la magnitud de la vulnerabilidad individual y de la exposición a una variedad de estresores.

Los familiares de personas con esquizofrenia tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad que otros. El riesgo es progresivamente mayor en familiares que son genéticamente más similares a la persona esquizofrénica.

Por lo anterior es importante mencionar que no es la enfermedad misma la que es heredada sino la tendencia para adquirirla. Esta tendencia generalmente se desarrolla cuando la persona está bajo mucha tensión. Pero la cantidad de tensión que se requiere para desarrollar la enfermedad parece variar de una persona a otra.

Por ejemplo: un niño con uno de sus padres con esquizofrenia tiene algunas probabilidades de desarrollar la enfermedad, aún si fuera adoptado por padrastros. Si ambos padres sufren de esquizofrenia el riesgo es mayor.

El riesgo de desarrollar esquizofrenia es mayor si se tiene un padre, un hermano o hermana que ha tenido la enfermedad.

Además de la existencia de los factores genéticos ya mencionados, también pueden desencadenar un brote de esquizofrenia diversos factores psicológicos que se manifiestan de diferentes formas de acuerdo de cada experiencia vivida.

Factores Psicológicos: si las anormalidades fisiológicas producto de la predisposición genética no causan por sí misma la esquizofrenia, tampoco lo hacen los factores prenatales y psicológicos por sí solos, es verdad, como Nicol y Gottesman (1983) dijeron hace dos décadas, que “nos se han descubierto causas ambientales que produzcan esquizofrenia, invariablemente o con una probabilidad moderna en personas que no tengan parentesco” con un esquizofrénico. Hace tiempo que los psicólogos dejaron de culpar a los padres; antes era habitual que atribuyeran la esquizofrenia a las madres que no tenían mucho contacto afectivo con sus hijos y “muy frías (Myers, 2005: p. 652).

Muchos científicos creen que hay personas que son más sensibles que otras a presentar esquizofrenia; ayudado también por los “problemas” que pueda tener a través de su vida, como tensiones en la familia, educación o trabajo que sobrepasen las habilidades del individuo para afrontarlos. Por lo tanto no existen factores psicológicos específicos que desencadenen esta enfermedad, sin embargo, podemos mencionar factores ambientales estresantes que pueden desarrollar este trastorno, como por ejemplo: traumas en la niñez, tensiones familiares, situaciones de fracaso y problemas laborales.

2.1.4 Tipos de Esquizofrenia.

De acuerdo al manual DSM-IV (2000), existen cinco formas clínicas de esquizofrenia:

- Esquizofrenia Paranoide: es la más frecuente y se caracteriza por el predominio de delirios sobre el resto de los síntomas. Estas ideas suelen ser relativas a poderes y capacidades especiales.
- Esquizofrenia Desorganizada: el lenguaje y el comportamiento son desordenados y la afectividad se encuentra aplanada. Las personas tienen problemas para relacionarse con los demás, presentando aislamiento y conductas extrañas.
- Esquizofrenia Catatónica: se caracteriza por una alteración motora, produciéndose una actividad frenética o inmovilidad permanente.

- Esquizofrenia indiferenciada: las personas que presentan este tipo de trastorno, no tienen características claras de ninguna de las tres anteriores sino que es una mezcla de todas las anteriores.
- Esquizofrenia Residual: el individuo está apático, pierde su iniciativa, su lenguaje y pensamiento se empobrecen, llegando a descuidar su aseo y el autocuidado.

Así como existen variados tipos de esquizofrenia, también podemos encontrar diversos impactos provocados por esta enfermedad, sobre todo a nivel social y económico, en que la sociedad debe asumir esta enfermedad cómo un trastorno presente en la población mundial y que se debe aprender a vivir e integrar a las personas que la padecen; lo que a su vez genera un gasto económico gubernamental bastante elevado, a fin de asegurar tratamientos y atención de calidad para los pacientes que padecen la enfermedad.

Aparte de su efecto en los individuos y en sus familias, la esquizofrenia supone un importante gasto económico para la sociedad. Un estudio del National Institute of Mental Health, estimaba que en Estados Unidos el coste total de la esquizofrenia fue de 65.000 millones de dólares en 1991. (Hales Robert E. y Yudofsky Stuart C., 2000: 241).

Es así como la esquizofrenia se transforma en un problema sanitario con alto costo, que requiere de mayor atención a los pacientes que padecen la enfermedad, no sólo con un afán de proporcionar la atención médica requerida, sino que también se necesita de mayor atención con el propósito de evaluar si los tratamientos y ayuda que se destinan a esta enfermedad; son realmente los que se requieren y si efectivamente cumplen con los efectos para los cuales se han diseñado.

Sin embargo, actualmente existe un gran avance en cuanto a los tratamientos que se otorgan para esta enfermedad, ya sea en tratamientos que requieren de hospitalización parcial o tratamiento de día y atención ambulatoria; uno de los ejemplos que demuestran los avances que se han logrado, son la incorporación de la intervención de la familia al tratamiento de los pacientes ya que es de mucha importancia que participe en el mismo equipo que incluye al paciente y a los profesionales , las organizaciones de autoayuda para apoyar a las familias en información necesaria para conocer la enfermedad debido a que el desconocimiento de este trastorno ha ocasionado el surgimiento de mitos y falsas creencias acerca de la enfermedad,

así como también de los pacientes que la padecen. Hoy podemos obtener información de fácil acceso que permite conocer las generalidades de la enfermedad que nos ayudan a comprender de mejor manera el porqué de la enfermedad y como afecta a las personas que la presentan, ayudando así a desmitificar este trastorno y conocerlo como una realidad existente más común de lo que se espera.

A pesar de que la Esquizofrenia es una enfermedad crónica, con peor pronóstico al de otros trastornos mentales, existen excepciones en que algunos individuos aprendieron a vivir con Esquizofrenia, algunos logran insertarse laboralmente y sostienen relaciones sociales.

La esquizofrenia sufre de efectos y cambios ambientales prolongados, sin embargo el entrenamiento de habilidades sociales es una manera efectiva para mejorar la calidad de vida.

Muchas personas con esquizofrenia se encuentran limitadas en su capacidad para encontrar trabajo, hacer amigos, encontrar pareja y cuidar de sí mismos. La mayoría de las personas con esquizofrenia pueden funcionar en sociedad si existen cuidadores preocupados y entendidos que les ayuden a adaptarse a estas limitaciones. El cuidador puede ser un imponente aliado en asegurar que los pacientes sigan el tratamiento que se ha prescrito.

Los miembros de la familia son a menudo los cuidadores más importantes para las personas con esquizofrenia. Los tipos de apoyo que ellos entregan dependen de las necesidades del familiar enfermo, si la actitud de la familia es positiva, las probabilidades de crisis son muy mínimas, al contrario de cuando la familia emite juicios hacia el familiar afectado, muchas veces el paciente no cuenta con una familia de apoyo y para eso es necesario que se ofrezcan otros tipos de programas de apoyo que proporcionen tanto un tratamiento como ayuda practica, ya que discriminación debido a la esquizofrenia incrementa el sufrimiento de las personas que padecen la enfermedad. Las personas cercanas al individuo afectado también sufren ya que ellos son igualmente marcados con el estigma de al enfermedad.

Los síntomas de la esquizofrenia y el estigma asociado a estos dificultan el que los pacientes logren sus metas y sean parte de la comunidad.

2.2 Esquizofrenia y red social.

La tendencia a buscar apoyo es una característica propia del ser humano, sobretodo en ciertas situaciones de la vida.

Las redes sociales cumplen una función importante en momentos de crisis y en los ciclos vitales (adolescencia, jubilación, enfermedad, muerte) momentos significativos que generan experiencia de apoyo, de pertenencia y de identidad para las personas.

Una red es el campo total de relaciones de una persona o de una familia, es un grupo de personas: miembros de una familia, vecinos, amigos trabajo y organizaciones de la comunidad (religiosas, sociales, políticos, relacionados con la salud, etc.) y otros capaces de aportar una ayuda real y duradera a un individuo o a una familia. Es así como cada individuo cuenta con un conjunto de relaciones que pertenecen a un círculo más bien íntimo y reducido, es decir, con personas que son más cercanas que otras o que pertenecen a su círculo más pequeño y que mantiene con ellas ciertos vínculos que generan cercanía al momento de relacionarse; esto se refiere a:

La red social personal: suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Esta red corresponde al nicho interpersonal de la persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí, es más bien estable pero en continua evolución interpersonal. Gustavo Aruguete, (1982), define a las redes sociales como:

Las redes sociales son formas de interacción social, definida por un intercambio dinámico entre personas, grupos e instituciones en contextos de complejidad. Un sistema abierto y en construcción permanente, que involucra a conjuntos que se identifican en las mismas necesidades y problemáticas y que se organizan para potencializar los recursos.

En relación a los aspectos sociales de la esquizofrenia, debemos insertarnos en el nivel primario de socialización de una persona, nos referimos a la familia; cuando un integrante del grupo familiar es afectado por esta enfermedad, no sólo se produce una crisis en la persona que la padece, sino que también en el entorno más cercano, el cual debe asumir la presencia de la enfermedad con todos los costos que conlleva.

Se ha demostrado que la terapia de familia, combinada con la medicación antipsicótica, reduce las tasas de recaída en la esquizofrenia. Carpenter (1996) revisó 14 estudios controlados y refirió que las tasas de recidivas oscilaban entre el 40 y el 53% en la situación control frente al 6-23% en la situación experimental (terapia de familia). (Hales y Yodofsky, 2000: 273).

Debido a esta situación es que la incorporación de la familia al proceso de tratamiento de la esquizofrenia puede potenciar al paciente a una compensación que le permita sobrellevar la enfermedad de mejor forma y transformarse en un factor protector para evitar una recaída en la enfermedad. Por lo tanto el paciente primero debe ser incorporado al grupo familiar, no como un agente externo, sino como un miembro más de la familia, es decir, el paciente primero debe socializar y sentirse inserto en su entorno más cercano de interacción, como lo es la familia, es allí donde el paciente no debe sentirse excluido o discriminado, ya que si esto ocurre, impedirá al paciente una adecuada incorporación al mundo real.

La familia constituye el nivel más inmediato y reducido en el que tiene acceso y se desarrolla el individuo. Según el modelo ecológico este nivel se denomina microsistema y se refiere a las relaciones más próximas de la persona y la familia, es el escenario que conforma este contexto inmediato. Éste puede funcionar como un contexto efectivo y positivo de desarrollo humano o puede desempeñar un papel destructivo o disruptor de este desarrollo.

Un gran número de estudios determina que las personas con esquizofrenias tienden a redes personales que son más pequeñas que otros no esquizofrénicos Pattison, (1975); Sokolovsky, (1978) y están caracterizadas por menor simetría de las relaciones (Tolsdorg 1976; Sokolovsky, (1978). Las características básicas de la red social de la persona con esquizofrenia, Hammer, (1978) son los contactos restrictivos, la relativa inestabilidad de la red y el bajo nivel de conexiones con otras redes.

2.3 Características estructurales de las redes sociales.

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. Sus características estructurales, susceptibles de medir cuantitativamente, son importantes porque afectan a la cantidad o disponibilidad de apoyo social.

Cabe destacar que la Red ha sabido adaptar su estructura a las necesidades que se le han ido presentando a lo largo de su desarrollo. Resulta interesante el realizar un diagnóstico de redes y apoyo social con el fin de orientar la rehabilitación y tratamiento de las personas discapacitadas de causa psiquiátrica.

En una síntesis de diversas investigaciones se concluyó que las redes sociales sirven para entregar apoyo social a sus miembros. Las personas pueden recurrir a ellas para obtener apoyo emocional, obtener información respecto a servicios disponibles en la comunidad, sustituir servicios entregados por organismos formales por ayuda informal y aprender conductas frente a situaciones amenazantes.

La red social, cuenta con características propias que le dan una estructura como tal; esto se refiere al tamaño, densidad, composición o distribución, dispersión, homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural, estas son características que a continuación se detallan.

- **Tamaño:** refiere al número de personas en la red. Las redes mínimas son menos eficaces en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración, ya que los miembros comienzan a evitar el contacto para evitar la sobrecarga o tiende también a sobrecargarse. Las redes muy numerosas a su vez, corren el riesgo de la inacción basadas en el supuesto de que ya alguien se debe estar ocupando del problema.
- **Densidad:** Conexión entre los miembros independientemente del informante (amigos míos que son amigos entre sí).

Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros y si la desviación individual persiste favorece la exclusión del individuo de la red, y tienen a sí mismo más inercia y un nivel de afectividad más bajo.

Un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad por la falta del efecto proveniente del cotejamiento.

- **Composición o Distribución:** se refiere a que proporción del total de miembros de la red está localizado en cada cuadrante (familia, amistades, relaciones laborales, relaciones comunitarias o de servicios) y sobre los cuatro cuadrantes antes mencionados se inscriben tres áreas: un círculo interior de relaciones íntimas (familiares directos con contacto cotidiano y amigos cercanos), un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de

compromiso (relaciones sociales o profesionales con contacto personal sin intimidad, amistades sociales y familiares intermedios) y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (de la escuela o del trabajo, buenos vecinos y familiares cercanos).

Las redes muy localizadas son menos flexibles y efectivas, y generan menos opciones que las redes de distribución más amplias.

Las redes muy amplias pero homogéneas (sectas o cultos fanáticos por ejemplo) muestran más inercia y por lo tanto menos reactividad.

- **Dispersión:** Atañe a la distancia geográfica entre los miembros. La accesibilidad afecta tanto a la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y velocidad de respuesta a las situaciones de crisis. Es la facilidad de acceso o contacto para generar comportamientos efectivos.
- **Homogeneidad o heterogeneidad demográfica y sociocultural:** es decir, según sexo, edad, cultura y nivel socio-económico con ventajas e inconvenientes en términos de identidad, reconocimiento de señales de stress, activación y utilización.
- **Atributos y Vínculos específicos:** tales como intensidad o tropismo, es decir, compromiso y carga de la relación; durabilidad, historia en común.

2.4 La red social, sus efectos y aspectos sociales.

A las redes sociales se le han atribuido efectos específicos de gran relevancia para la salud psíquica de los individuos, tales como: participar en la satisfacción de las necesidades de afiliación y pertenencia, mantenimiento y mejoramiento de la identidad y la autoestima. De este modo, se parte de la base que las patologías no siguen sólo un desarrollo interno, sino que también se ven influidas por las relaciones interpersonales que establece cada persona.

La activación de las redes sociales permite contrarrestar los sentimientos de soledad y abandono. La presencia de familiares o miembros de la comunidad aumenta la posibilidad de obtener nuevas soluciones, así como ayuda a la implementación de ellas. Las redes favorecen la reorientación de intereses, además de la creación y desarrollo de nuevas motivaciones.

La experiencia social que cada persona vive, tiene estrecha relación con la red a la que pertenece, las redes construyen el horizonte de nuestro mundo, delimitando nuestro

espacio y conductas sociales. El ambiente en que nos desenvolvemos facilita o impide el desarrollo y el intercambio de recursos. Las redes de una persona inciden directamente en su calidad de vida y en la posibilidad de que establezca una identidad social y relaciones gratificantes.

Las redes nos sirven como una fuente de intercambio de recursos, ayuda material o emocional. Se les ha atribuido efectos importantes para la salud mental, en particular a la enfermedad de la esquizofrenia, puesto que se parte del supuesto que las patologías no sólo siguen un desarrollo interno si no que también se ven influidas por las relaciones interpersonales. Poseen un carácter protector de distintas enfermedades y son importantes en la recuperación de estas.

La teoría de red social es fundamental para la investigación de personas con esquizofrenia; dándonos a conocer la influencia que esta tiene en la rehabilitación o descompensación del individuo.

Al hablar de los aspectos sociales en esquizofrenia, no sólo debemos restringirnos a la familia como única instancia de socialización de los pacientes, sino que también hablamos de pacientes capaces de insertarse en la sociedad como una manera de potenciar la interacción social, promover la vida autónoma y estimular la inserción laboral. Por lo tanto, los pacientes al cumplir con una adecuada socialización desde el nivel primario, también podrán optar por una mejor integración social, para esto, es de suma importancia la rehabilitación psicosocial de los pacientes, ajustándose a las necesidades de cada uno, permitiendo establecer y/ o activar la red social. De lo contrario, para aquellos casos en que los pacientes no cuentan con la red social, el tratamiento psicosocial permite establecer aquella red y fortalecerla. Además el tratamiento psicosocial proporciona al paciente habilidades básicas para desenvolverse en la sociedad, dado que los pacientes generalmente presentan deficiencias en las habilidades sociales e interpersonales básicas, además de desarrollar una red social de apoyo que nos permita como sociedad acoger y generar los espacios necesarios para integrar a los pacientes con esquizofrenia.

2.5 Tipos de redes sociales.

Guerrero, L y Pavez, P (1988), señalan que dependiendo del alcance de nuestra mirada, las redes sociales pueden ser:

- Totales: es decir, el conjunto de conexiones que establecen las personas entre sí en una comunidad, institución o lugar dado.
- Personales: que incluyen las redes de una persona dada, esto es, todos los nexos que establece en el ejercicio de sus roles o en alguna de sus áreas de actividad.

Mosher,L y Keith,S (1980), plantean que las redes sociales de un individuo pueden clasificarse enfatizando los aspectos estructurales en:

- Red personal inmediata: consistente en las conexiones que vinculan a una persona determinada con otras y las que vinculan a esas personas entre ellas.
- Red personal de segundo orden: que incluye las conexiones que vinculan a miembros de la red inmediata con sus propias redes inmediatas.
- Red extendida: que engloba conexiones adicionales que vinculan a ese conjunto de personas con poblaciones más amplias.

De acuerdo al tipo de vínculo:

- Red social personal: es aquella parte de la red social con la cual el participante-foco mantiene vínculos directos, es decir, el contacto entre el foco y el participante es cara a cara, personal.
- Red social indirecta: se denomina a aquel sector de participantes con la cual el participante-foco mantiene vínculos indirectos, es decir, la relación entre el foco y el participante se establece a través de otros participantes-puentes.

Desde este punto de vista, la red puede ser entendida como compuesta de dos círculos concéntricos:

- La red social primaria: abarca el conjunto de sus relaciones afectivas; cada persona agota en ella sus principales recursos psicosociales. Se distingue de la red secundaria por el tamaño, la estabilidad, el tipo de interrelación y la percepción individualizada

- La red social secundaria: donde las relaciones con las personas son consideradas como más "frías", impersonales, racionales, contractuales, formales.

Por otra parte, también se habla de red operante referida a aquella parte de la red social con la cual el participante foco intercambia apoyo, ayuda material, servicios y contactos sociales. Es la parte efectiva de la red social a través de la cual el individuo o familia puede obtener un apoyo real de su entorno, permitiéndoles por ejemplo, conseguir trabajo o lograr un ascenso, ubicar una casa para arrendar, usar los servicios profesionales de un miembro de la red, lograr reconocimiento y prestigio social, etc. La red operante, entonces, incide directamente en la calidad de vida de un individuo o familia, siendo un recurso clave para desarrollar y mantener interacciones gratificantes.

2.6 Funciones de la red.

Sluzki,C (2002) menciona las principales funciones de las redes sociales:

- La compañía social: designa la realización de actividades colectivas o el simple hecho de hacerlas en compañía.
- El apoyo emocional: representa los cambios que acompañan una actitud emocional positiva, un clima comprensivo, de simpatía, de empatía, de estimulación y apoyo. Este tipo de apoyo es característico de amistades íntimas y de relaciones familiares cercanas.
- La guía cognitiva y los consejos: representan las interacciones destinadas a compartir una información personal o social, especificar las esferas y suministrar los roles a jugar.
- La regulación social: se refiere a las interacciones que recuerdan y reafirman las responsabilidades y los roles, neutralizando las desviaciones del comportamiento que se aíslan de lo común.
- La ayuda material y los servicios: abarcan la colaboración específica sobre la base de un conocimiento experimentado o de una ayuda concreta.

2.7 Redes personales.

Las redes personales buscan principalmente la comprensión de fenómenos relevantes; las medidas estructurales esta red nos permite explorar determinadas estructuras son más adecuadas que otras.

Para disponer de una red social se necesitan nodos y relaciones. Los nodos son los conectores entre individuos e instituciones que conforman las red personal de cada uno y los podemos obtener de una cita preexistente o bien utilizando uno o más generadores de nombres para obtenerlas; así por ejemplo encuestas sobre redes personales. Una vez obtenida la lista de nombres se realiza una descripción de relaciones.

Las redes personales intentan captar todas las conductas, y así evaluar su impacto en diferentes dimensiones del desarrollo de la vida y su apoyo social. El apoyo social no solamente se proporciona de forma continua por el núcleo íntimo alrededor del individuo sino que puede proporcionarse por otras partes de la red personal en diferentes circunstancias. El resultado es una red de relaciones. Es importante observar que cada definición de relación implica una red diferente. No es lo mismo la red de personas que se prestan ayuda, que la red de personas que se reconocen mutuamente y se saludan.

Las redes sociales cambian para adaptarse a las nuevas circunstancias. Valoran la situación real y las posibilidades de intervención implican captar la totalidad de la red personal.

2.7.1 Características de las redes personales.

R. Estévez y R. Aravena (1988), caracterizan a las redes personales en:

- **Tamaño:** nos permiten almacenar, comunicar e identificar “contactos” de forma casi instantánea. Utilizando la definición de contactos activos, definidos como personas con las que existe reconocimiento y accesibilidad mutuos.
- **Composición:** entendemos por composición de la red personal la distribución de los atributos de las relaciones de ego.

- Tipos de relación: los tipos de relaciones se pueden multiplicar, normalmente entre “familiares”, “familiares cercanos”, “mejores amigos”, “buenos amigos”, “compañeros de trabajo”, “vecinos” y “conocidos”.
- Contenido: suele distinguirse entre contenidos instrumentales, informativos y expresivos o emocionales.
- Estructura: las redes personales disponen de una fuerte estructura de centro-periferia, normalmente con un centro denso y una periferia más dispersa.
- Dinámica: las redes personales, incluso los amigos considerados “de toda la vida” cambian con el tiempo. Los cambios más drásticos se dan en la juventud y con el mundo del trabajo en la forma que ya sabemos: una punta de contactos en la madurez que decae con el tiempo. Los cambios del estatus matrimonial (matrimonio, viudez, separación) y los cambios de residencia afectan notablemente a los contactos (reduciéndolos).

2.7.2 Red personal y apoyo social.

La mayor parte de las personas disponen de relaciones que no proporcionan apoyo, es por eso que en los últimos años se han acumulado estudios empíricos, se han desarrollado métodos de investigación y programas informáticos que hacen posible abordar de forma realista el estudio de las redes personales y evaluar su impacto en diferentes dimensiones de la vida social, el apoyo social en este caso. Estudiar las redes personales y sus cambios delante de situaciones críticas, como por ejemplo la aparición de una enfermedad crónica en un hijo, nos ayuda a entender los cambios que se producen para adaptarse a las nuevas circunstancias.

Entender estos cambios y su dinámica es el primer paso para abordar planes de intervención encaminados a mejorar la situación de estas personas.

2.8 Reciprocidad.

Es una de las características centrales de las redes sociales y se refiere básicamente cuando una persona cumple con respecto a otra el mismo tipo de funciones, o funciones equivalentes, a las que esa otra persona cumple con relación a la primera.

Alrededor de las redes sociales, la reciprocidad se asume como una condición básica para su estructuración independientemente de si se trata de una relación de intercambio de bienes y servicios, de una organización comunitaria o de relaciones personales. En este contexto, la reciprocidad, como base de las redes sociales, surge principalmente en situaciones de carencia: la gente comienza a movilizar sus recursos sociales para solucionar necesidades individuales y colectivas.

Cuando existe reciprocidad entre las relaciones establecidas la persona logra enfrentar sus problemáticas de una forma más segura, ya que contar con apoyo social es fundamental en la vida de cualquier persona, más aún en situaciones de vulnerabilidad frente a la sociedad actual tan llena de prejuicios y mitos en torno a las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental.

2.9 Integración social.

La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, reconociéndole los mismos derechos que el resto de la población.

¿Cómo lograremos una mejor integración social de los pacientes con esquizofrenia, sin la existencia de una red de apoyo familiar y social?, la verdad es que es imposible hablar de esquizofrenia e integración social, si no conectamos al paciente con su red de apoyo, si no existe la red ¿dónde integraremos al paciente?, ¿podrá el paciente prescindir de la red de apoyo para integrarse en la sociedad?; los aspectos sociales de la esquizofrenia en términos de habilidades sociales, rehabilitación psicosocial e intervención de la familia, no podemos desarrollar habilidades sociales en los pacientes sin contar con una red que apoye este proceso, de la misma manera sucede con la rehabilitación psicológica y social de los pacientes, así como en las familias. En cuanto a la segunda interrogante, el paciente no podrá integrarse a la sociedad sin una red que sirva de nexo entre él y la sociedad, una red que le permita conocer cuáles son los espacios disponibles en donde puede desenvolverse y finalmente cómo poder llegar a una mejor integración social.

La integración social va de la mano con una red de apoyo, no cabe duda que aquellos pacientes que no cuentan con el apoyo familiar como primera fuente, no logran una adecuada integración social, ya sea a nivel laboral, actividad social y habilidades sociales. Lo contrario sucede con aquellos en que la familia se encuentra presente como red de apoyo, ya que permite potenciar la seguridad del paciente en sí mismo y fortalecer sus habilidades sociales, que en definitiva apoyará el proceso de integración, sobre todo si consideramos que el nivel de integración social de pacientes con esquizofrenia es bastante bajo y las oportunidades de desarrollo son escasas.

El interrogante futuro de la integración social y laboral de las personas con enfermedades mentales crónicas ya no será si son capaces de adquirir una formación, trabajar y convivir normalmente. El verdadero problema será determinar dónde y quién protagonizará la creación de espacios de rehabilitación y formación que propicien la adquisición de hábitos, habilidades y conocimientos que estas personas son potencialmente capaces de desarrollar; y aún más: quién generará iniciativas de empleo que contemplen las características específicas del colectivo de enfermos mentales crónicos.

La integración de un ser humano se ha considerado esencial para el desarrollo social. El ambiente no solo es el trasfondo de la conducta, sino que proporciona un contexto de vida. La salud y enfermedad dependen en gran manera del grado de ajuste en el ambiente.

La relación interpersonal y la integración se definen como un conjunto múltiple cuando los miembros de una red asumen diversos roles.

Los apoyos sociales juegan un rol importante en el desarrollo de la esquizofrenia, diversos estudios han encontrado que los pacientes con esquizofrenia tienen redes pequeñas, lo que los lleva a elevadas recaídas y reingreso hospitalario. Por esta razón existen instituciones que acogen y brindan apoyo tanto al paciente como a su familia. A continuación se presentan los establecimientos más conocidos y con los cuales se trabajará a lo largo de la investigación.

Hogar Protegido: es una instancia residencial para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias. Su objetivo es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica. Debe tender a favorecer su autonomía. El número de residentes debe ser igual o menor a 8 personas.

Actualmente existen 7 personas viviendo en el Hogar Protegido de la ciudad de Chillán. El financiamiento depende directamente del Servicio de Salud Ñuble.

COFAPECH (Agrupación de Familiares y Amigos): son agrupaciones de ayuda y apoyo mutuo para el paciente y sus familiares. Los pacientes adquieren habilidades sociales, incrementan el apoyo ambiental, lo que permite disminuir la discapacidad por un lado y aminorar la desventaja social por el otro, posibilitando la reinserción social del paciente en la comunidad. En Chile se conformaron la CORFAUSAM (Corporación Nacional De Familiares y Usuarios de Salud Mental) y la ANUSAM, organización que integra a usuarios del sistema de salud público con discapacidad psíquica. En Chillán se formó en el año 1995 la COFAPECH, (Corporación de Familiares y Amigos de Personas con Esquizofrenia).

Hospital Clínico Hermina Martín Chillán: organización formal de derecho público, de carácter local, el cual tiene programas directamente relacionados con la atención física mental del usuario, tales presentan diversas necesidades y problemas.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Tipo de investigación.

La siguiente investigación es de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo, considerando que este tipo de estudio nos permite recabar información y especificar propiedades importantes de cada persona afectada, además los objetivos previamente planteados requieren cuantificar la información obtenida mediante el análisis y descripción del fenómeno a investigar. Al mismo tiempo el estudio pretende analizar la red de apoyo en la integración social de las personas con esquizofrenia integrantes de COFAPECH y Hogar protegido de la Ciudad de Chillán, en relación al análisis individual de su red de apoyo.

De acuerdo a Hernández, R y Fernández, C y Baptista, P. (2006), la investigación cuantitativa, usa la recolección de datos para probar hipótesis, con la base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas como grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

3.2 Técnicas de investigación.

Para la recolección de información se utilizará entrevista estructurada. Llevar a efecto este tipo de técnica demanda información suficiente sobre el tema u objeto de estudio así como de claridad acerca de la información requerida para alcanzar los objetivos, teniendo una guía de preguntas con un orden definido, es decir, saber con precisión qué datos necesitará recopilar a través de la entrevista. Asimismo, se recomienda su uso para aplicarlas a "informantes clave" llamados así porque poseen experiencias y conocimientos relevantes sobre el tema que se estudia, permitiendo proporcionar información que otras personas desconocen o darían incompleta.

Además se utilizó la técnica de análisis de redes sociales, presentando de manera gráfica el tamaño, densidad y reciprocidad de la red social individual de los entrevistados

3.3 Población y muestra de estudio.

La población total a nivel provincial, según datos estadísticos del Hospital Herminda Martin es de 619 personas diagnosticadas con Esquizofrenia; de ellos 188 corresponden a pacientes con neurolépticos, es decir, son pacientes crónicos, estado que no les permite ser encuestados debido al nivel de avance de su enfermedad. La información recibida indica que 300 personas con diagnóstico de esquizofrenia son atendidas en Poli psiquiatría, entendiéndose que son pacientes que se encuentran en condiciones médicas contraindicadas para ser sometidos a algún tipo de estudio. Sin embargo, se seleccionará una cantidad de 10 pacientes pertenecientes al Hogar Protegido, con la finalidad de conocer el proceso de enfermedad sin el apoyo de sus familiares y a COFAPECH, tales se encuentran en mejores condiciones psiquiátricas que el resto de los pacientes. Además la muestra de estudio incluirá a 15 pacientes que integran el programa Auge Esquizofrenia primer brote del Hospital Herminda Martin, encontrándose en tratamiento psicosocial y que cumplen con las características necesarias para nuestro estudio.

En el estudio, se utilizó una muestra no probabilística, ya que este tipo de muestra permite que toda población a ser estudiada tenga la misma posibilidad de ser elegida para el estudio, por lo tanto, en nuestra investigación el tipo de muestra representa un porcentaje de pacientes que padecen un tipo de Esquizofrenia catatónica que eventualmente no pudiesen entregar información confiable para el propósito de la investigación; es por este motivo que se considera al tipo de muestra no probabilística “por cuotas”, el indicado para nuestra investigación; el cual consiste en que el entrevistador utiliza su criterio en la elección de las personas, siempre y cuando cumplan con el perfil, para el cumplimiento de los objetivos de la presente investigación.

Características de la muestra:

- Sus edades fluctúan entre los 17 y 54 años de edad.
- Con tiempos de enfermedad entre 1 mes hasta 20 años.
- Se encuentran con adherencia a tratamiento médico y psicosocial de forma permanente, presentándose en estado de compensación de la enfermedad.
- Se encuentran a cargo de un (a) cuidador (a) de forma permanentes.

Tamaño de la muestra:

El tamaño de la muestra será de 25 personas diagnosticadas con esquizofrenia.

3.4 Operacionalización de las Variables.

Según Hernández, R y Fernández, C y Baptista, P. (2006), variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse (p.123.). por lo tanto el instrumento que se aplicó permitió medir la reciprocidad, integración, densidad y tamaño de la red personal de cada encuestado.

Variables:

1. Integración social
2. Red social

Tabla 1 Operalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Preguntas
Integración Social	La integración es la consecuencia del principio de normalización, es decir, el derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo, ocio y cultura, y servicios sociales,	Integración a nivel de Familia.	¿Ud. cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de tratamiento de la enfermedad? ¿Ud. Tiene un integrante de su familia que ha estado presente en el proceso de tratamiento y rehabilitación? ¿Se siente integrado dentro de su grupo familiar?

	<p>reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población.</p>	<p>Integración a Nivel Laboral</p>	<p>¿Se siente Ud. Capacitado para ejercer algún tipo de trabajo? ¿Ha tenido Ud. la oportunidad de desempeñarse laboralmente en un puesto de trabajo? ¿Ha sentido que su trabajo es valorado en el lugar donde se ha desempeñado? ¿Ha tenido Ud. la oportunidad de desempeñarse laboralmente en un puesto de trabajo? ¿Ha sentido que su trabajo es valorado en el lugar donde se ha desempeñado? ¿Se ha sentido discriminado por su enfermedad en el lugar de trabajo? ¿Se ha sentido discriminado por su enfermedad al momento de postular a un trabajo? ¿Se ha sentido presionado al realizar su trabajo?</p>
		<p>Integración a nivel social (servicios</p>	<p>¿Se siente Ud. integrado en la sociedad? ¿Le da temor participar en</p>

		sociales)	<p>actividades masivas que involucren a gran cantidad de personas?</p> <p>¿Se siente rechazado por las personas?</p> <p>¿Cree Ud. que la sociedad brinda los espacios necesarios para integrar a personas como esquizofrenia?</p> <p>¿Le agrada participar en grupos sociales (iglesia, club)?</p> <p>¿Cree Ud. que las personas con esquizofrenia pueden integrarse socialmente de forma completa, según las capacidades individuales de los pacientes?</p>
Red Social	Conjunto de personas que se relacionan entre sí, formando vínculos sociales, utilizando espacios y tiempos conjuntamente, se gustan o se disgustan, y se ayudan en forma reciproca.	<p>Tamaño de la Red Social</p> <p>Red Personal</p>	<p>¿Cuántos amigos tiene Ud.?</p> <p>¿Con qué personas de su familia se relaciona Ud.? (padre, madre, hermanos, otros?)</p> <p>¿De cuales Instituciones recibe apoyo Ud.? (Hospital o consultorio, Municipalidad, Carabineros, etc.)</p> <p>¿En cuántos grupos participa Ud.? (Club, iglesia, equipos, etc.)</p> <p>¿A quiénes visita regularmente usted?</p>

			<p>¿Con quién habla de temas que son de interés para usted?</p> <p>Cuando comparte sus problemas personales, ¿con quién lo hace?</p> <p>Si tuviese que tomar una decisión importante, ¿Con quién lo discutiría?</p>
		Densidad de la Red Social	<p>¿Tiene usted alguna organización externa a COFAPECH y Hogar Protegido?</p> <p>¿Cómo es la relación con sus amigos?</p> <p>¿Cómo es su relación con su familia?</p>
		Reciprocidad con la Red Social	<p>¿Su participación en los grupos a los que asiste como es?</p> <p>¿Siente que Ud. es importante para sus amigos?</p> <p>¿Cuándo asiste a las Instituciones siente que es importante para ellos?</p> <p>¿Ud. siente que es importante para su familia?</p> <p>¿Participa constantemente en las</p>

			<p>actividades de los grupos a los cuales asiste?</p> <p>¿Cuándo asiste a las Instituciones, siente que es importante para ellos?</p> <p>(COFAPECH, Hospital, Municipalidad, Otros.</p> <p>¿Ud. participa activamente en las actividades que realiza el/los grupo (s) a los cuales asiste?</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.5 Instrumento de medición.

El instrumento de medición que se utilizó corresponde a un cuestionario, la cual tuvo como propósito conocer la experiencia desde el comienzo y desarrollo de la enfermedad de cada uno de los entrevistados. Además, el instrumento buscó medir a través de diferentes dimensiones como está compuesta la red social de cada uno y como esta ha influido en la integración en la sociedad.

3.6 Técnicas de análisis de los datos.

Se analizará la información recogida a través de la aplicación de estadística descriptiva mediante dos programas computacionales; Netdraw el cual es un programa que nos permitirá visualizar la red social que se teje en torno a las personas encuestadas y Excel donde se tabularán los resultados de las encuestas aplicadas arrojando los resultados en forma gráfica y con sus respectivos porcentajes.

CAPÍTULO IV PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra.

Distribución de la muestra investigada

Tabla 2 Caracterización de la muestra

Instituciones	Nº Encuestados	Porcentaje
Hospital	15	60%
COFAPECH	2	32%
Hogar Protegido	8	8%
Total de encuestados	25	

De acuerdo a la tabla, podemos observar que los encuestados fueron 25 personas, quienes pertenecen a estas tres Instituciones, destacando que el 60% de ellos pertenecen al Hospital, siendo esta red institucional la más cercana en la atención de las personas que padecen esquizofrenia durante el proceso de tratamiento, cabe señalar además que este porcentaje de la muestra se encuentran en una etapa de primer brote de la enfermedad a diferencia de los otros encuestados que llevan más tiempo.

Las edades de los encuestados fluctúan entre 17 a 49 años y su tiempo de enfermedad varia de meses a 30 años.

La muestra consideró una población mixta conformada por 16 hombres y 9 mujeres.

4.2 Análisis de los resultados.

El análisis de los resultados se realizó de forma cuantitativa

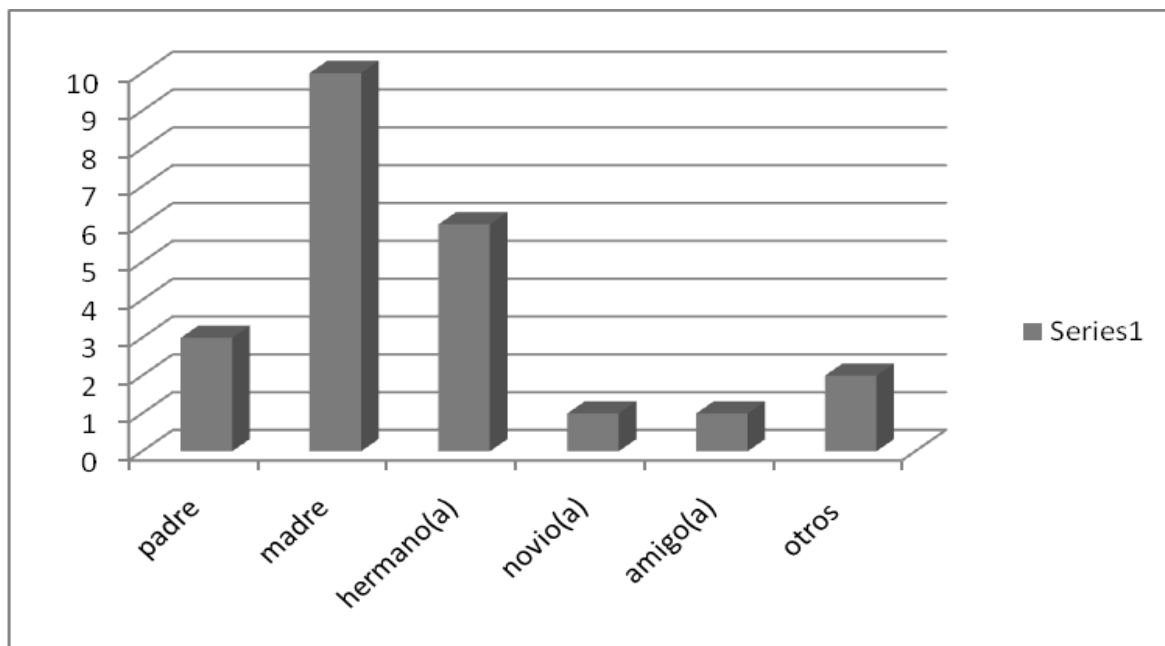
Pasos que se utilizaron en el análisis de los datos cuantitativos:

1. Elaboración de la entrevista.
2. Aplicación de la entrevista.
3. Clasificación de la información
4. Tabulación de los datos obtenidos a los software computacionales
5. Elaboración de gráficos y diagramas de redes
6. Análisis e interpretación de los resultados.

4.3 Resultados de la investigación.

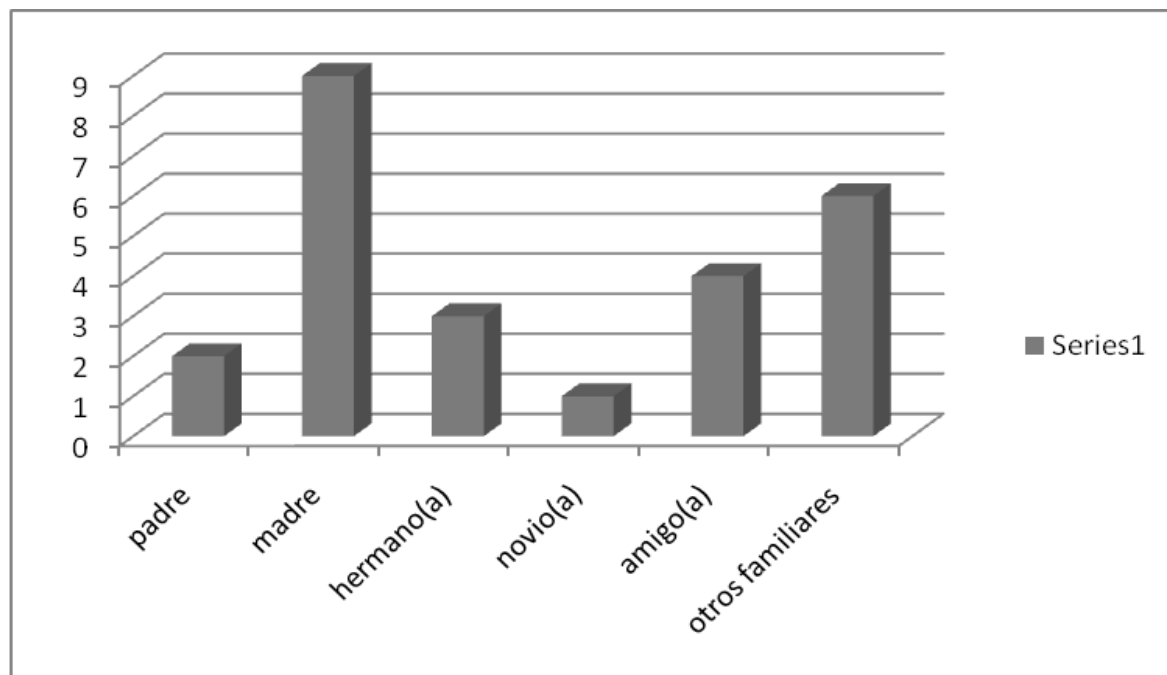
Análisis descriptivo de los datos.

Figura 1 Personas importantes para los encuestados.



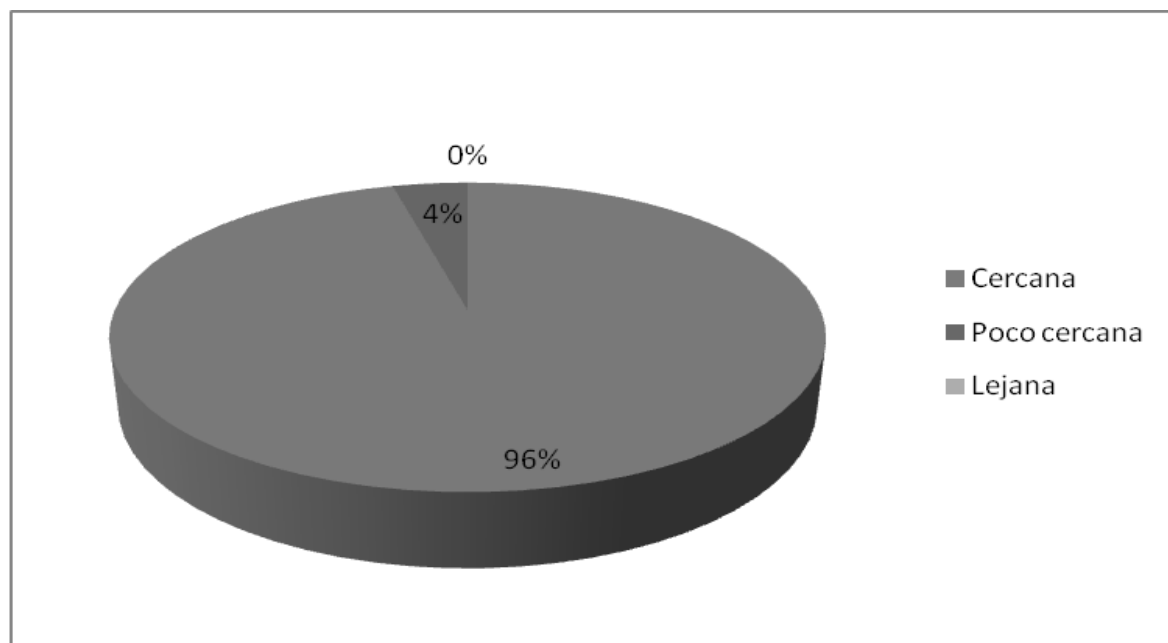
Como se observa en la figura 1, 10 de los encuestados reconocieron que se sienten más importantes para su madre, 6 de ellos respondieron que para sus hermanos y 3 para su padre, demostrando que existe una mayor reciprocidad a nivel familiar que con las otras personas que forman su red.

Figura 2 Personas con quienes comparten sus problemas.



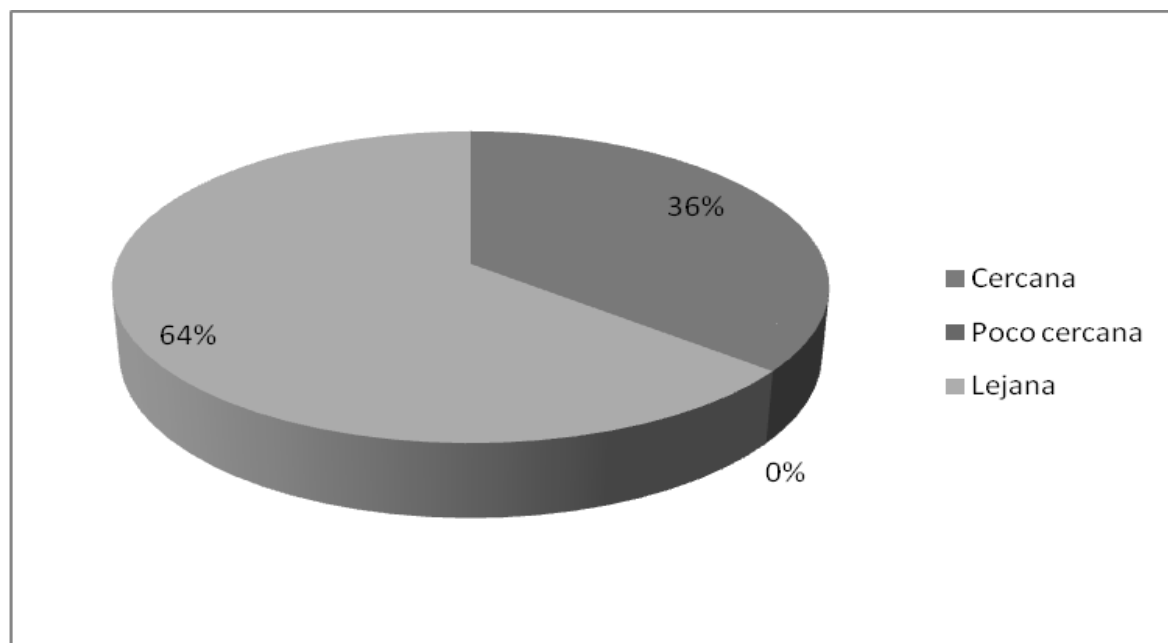
Como se visualiza en la figura 2, 9 de los encuestados respondieron que sus problemas personales son compartidos con su madre, quien como se muestra en el gráfico anterior es considerada por un número significativo de encuestados la persona más importante, por otro lado 6 respondieron que con otros familiares. Todo esto refleja que la confianza es un factor que se encuentra mayormente presente a nivel familiar.

Figura 3 Relación con el Hospital de Chillán.



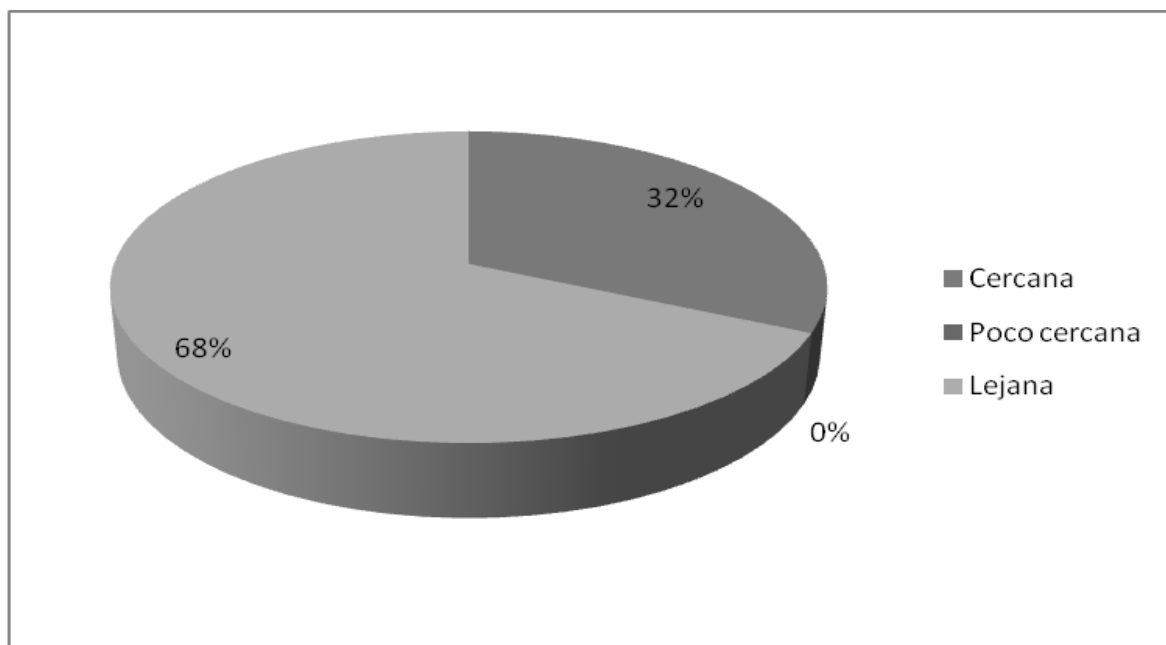
La figura 3, nos demuestra que un 96% (24) de la población encuestada considera que mantiene una relación cercana con el Hospital de Chillán, dando a entender que la Institución no solo entrega un tratamiento farmacológico, sino que también es un apoyo a su integración social.

Figura 4 Relación con las iglesias de Chillán.



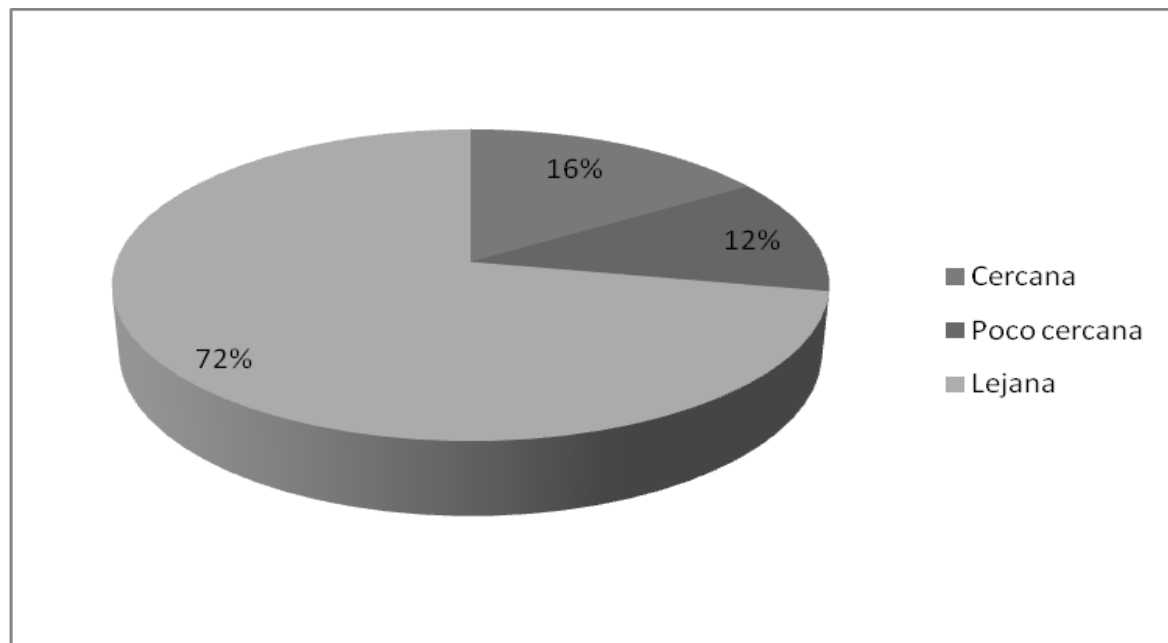
La figura 4, señala que un 36% (9) de las personas encuestadas, considera tener una relación cercana con la iglesia a la cual asiste y 64% (16) lejana. Es importante destacar, que tener esta red de apoyo es una decisión personal, que fortalece su integración social.

Figura 5 Relación con Hogar Protegido de Chillán.



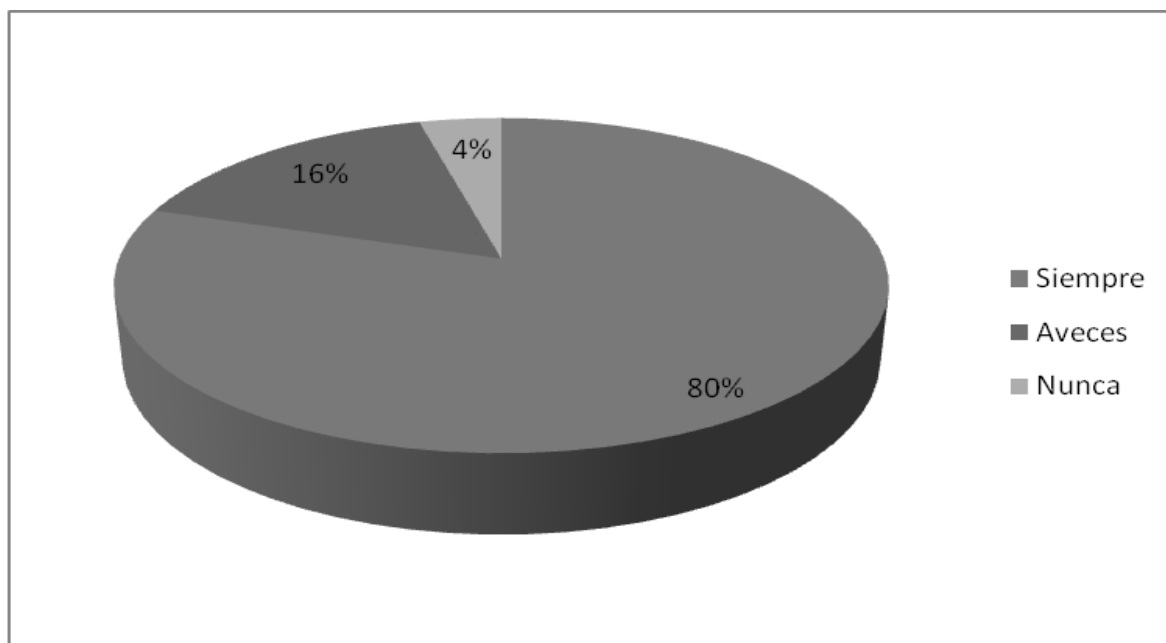
La figura 5, demuestra que un 68% (17) de los encuestados, perciben tener una relación lejana con el Hogar Protegido, mientras que un 32% equivalente a las 8 personas que viven en la Institución, considera que su relación es cercana, ya que para ellos(as) es su principal red de apoyo considerando que la familia no cumple un rol protagónico en el proceso de rehabilitación e integración a la sociedad.

Figura 6 Relación con COFAPECH.



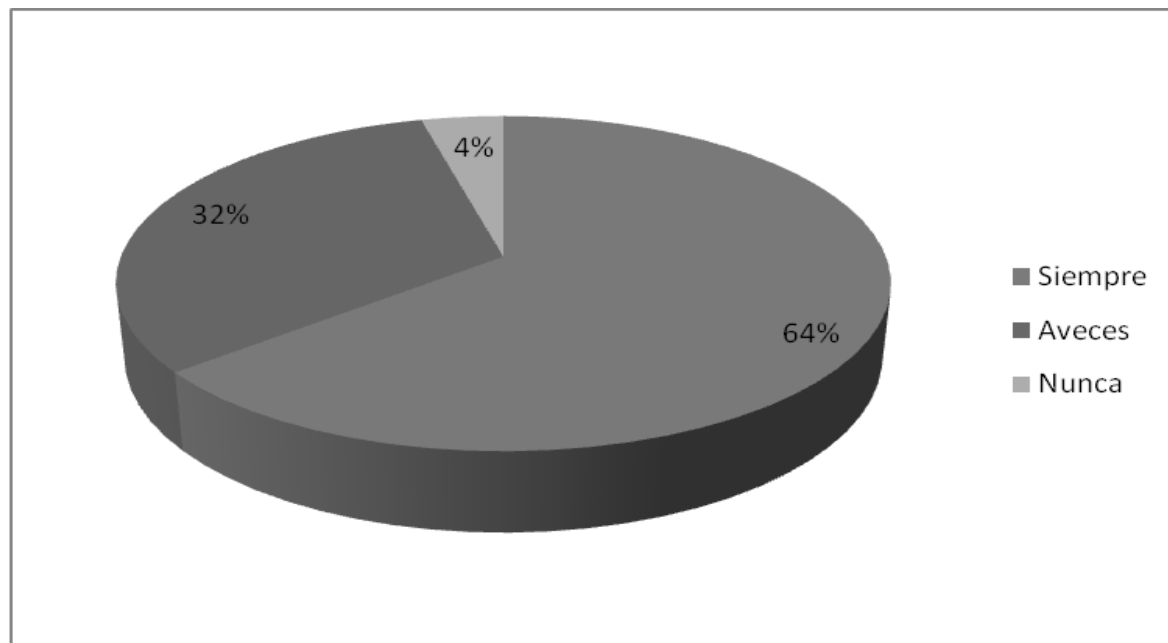
La figura 6, refleja que el 72% (18) de los encuestados(as) tiene una relación lejana con la Corporación de COFAPECH y solo un 16% (4) de ellos(as) cree que es cercana. Considerando que la totalidad de la población encuestada tiene conocimiento de la existencia de la organización.

Figura 7 Apoyo de familia en proceso de tratamiento.



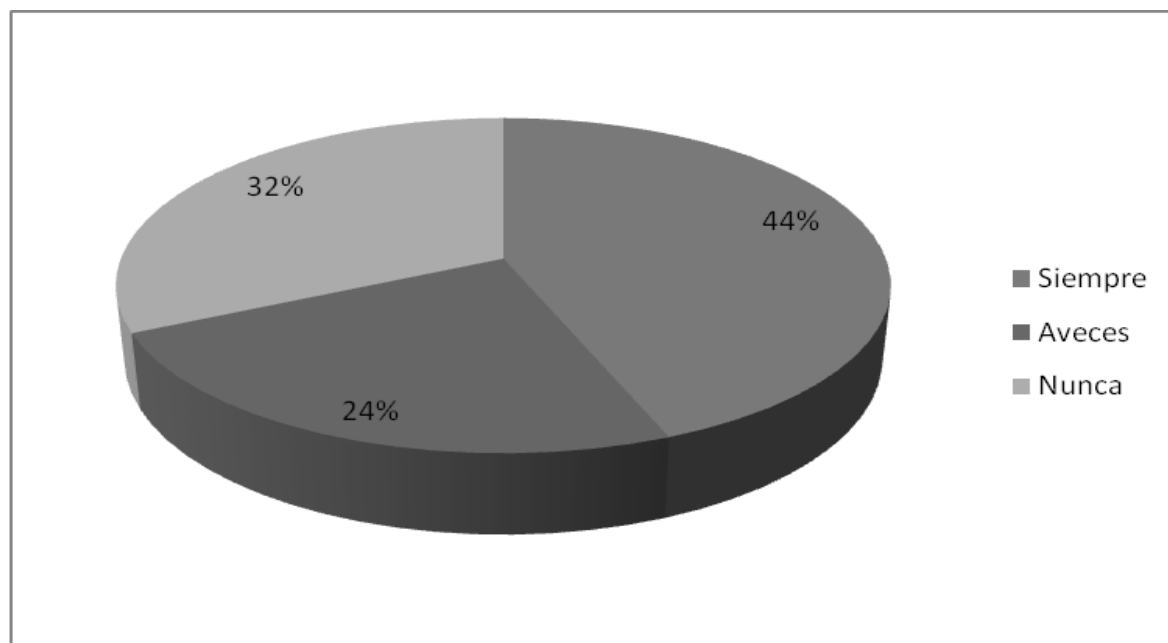
La figura 7, demuestra que un alto porcentaje, equivalente al 80% (20) de los encuestados cuentan con el apoyo de su familia en el proceso de tratamiento, mientras que un 4% (1) no ha sido así; teniendo presente a otras Instituciones como el Hogar Protegido, en el proceso de rehabilitación e integración a la sociedad. De acuerdo a la información analizada, podemos inferir que la familia es de real importancia y constituye un aporte de mayor significancia e impacto en la recuperación de la persona con esquizofrenia.

Figura 8 Integración a nivel familiar.



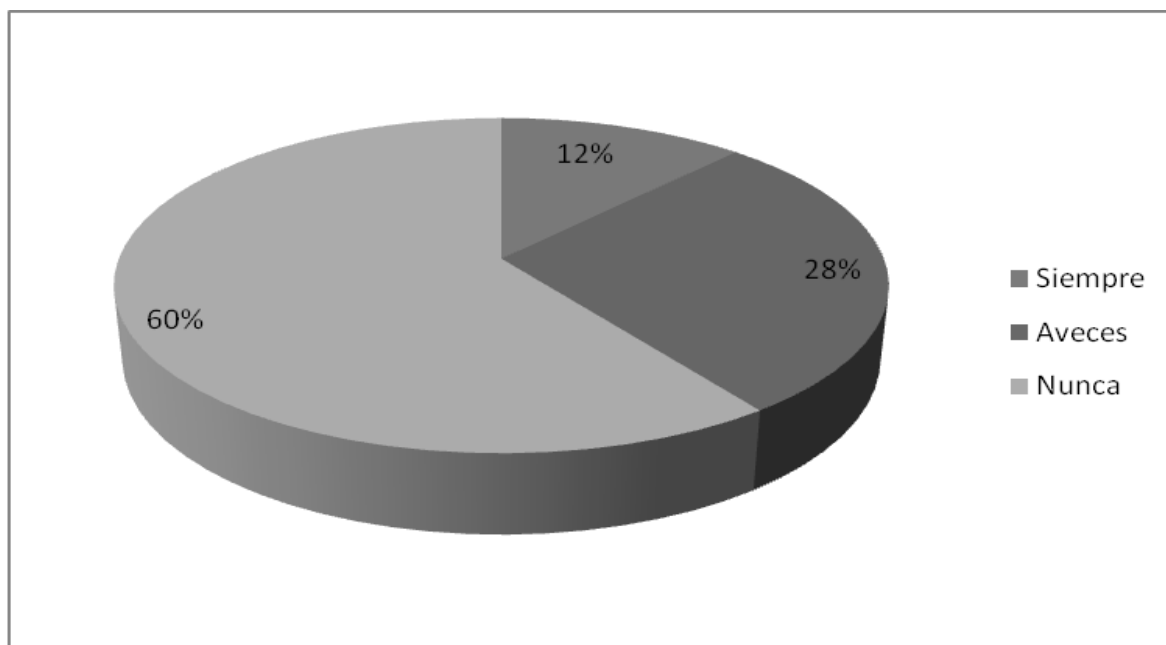
La figura 8, da a conocer que el 64% (16) de los encuestados, se siente integrado en su grupo familiar, un 32% (8) reconoce que a veces y un 4% (1) dice que nunca. Esto nos demuestra que parte de los encuestados que viven con su familia no se sienten aun integrados en su grupo familiar, pudiendo ser un factor de riesgo en el proceso de rehabilitación de la persona con esquizofrenia.

Figura 9 Oportunidad de trabajar.



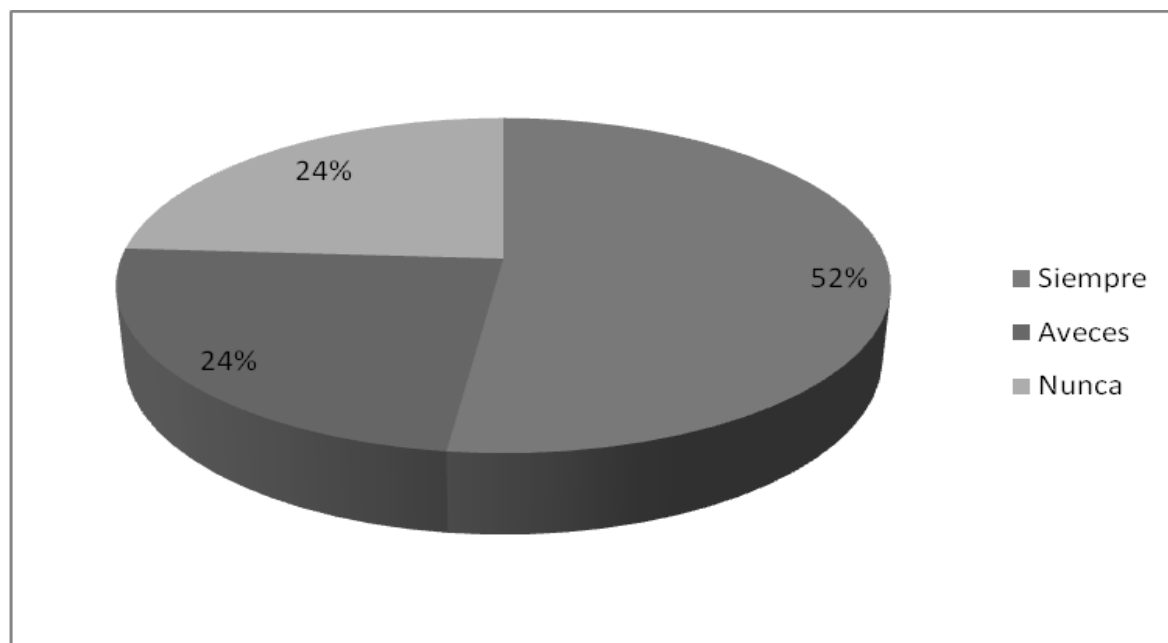
La Figura 9, muestra que un 44% (10) de la población encuestada ha tenido en algún momento la oportunidad de insertarse a nivel laboral, mientras que 24% (4) a veces y un 32% (8) nunca. De acuerdo a esta información podemos inferir que es una instancia de integración que aun no brinda los suficientes espacios a las personas con esquizofrenia, permitiéndoles desarrollarse en esta área.

Figura 10 Discriminación en el lugar de trabajo.



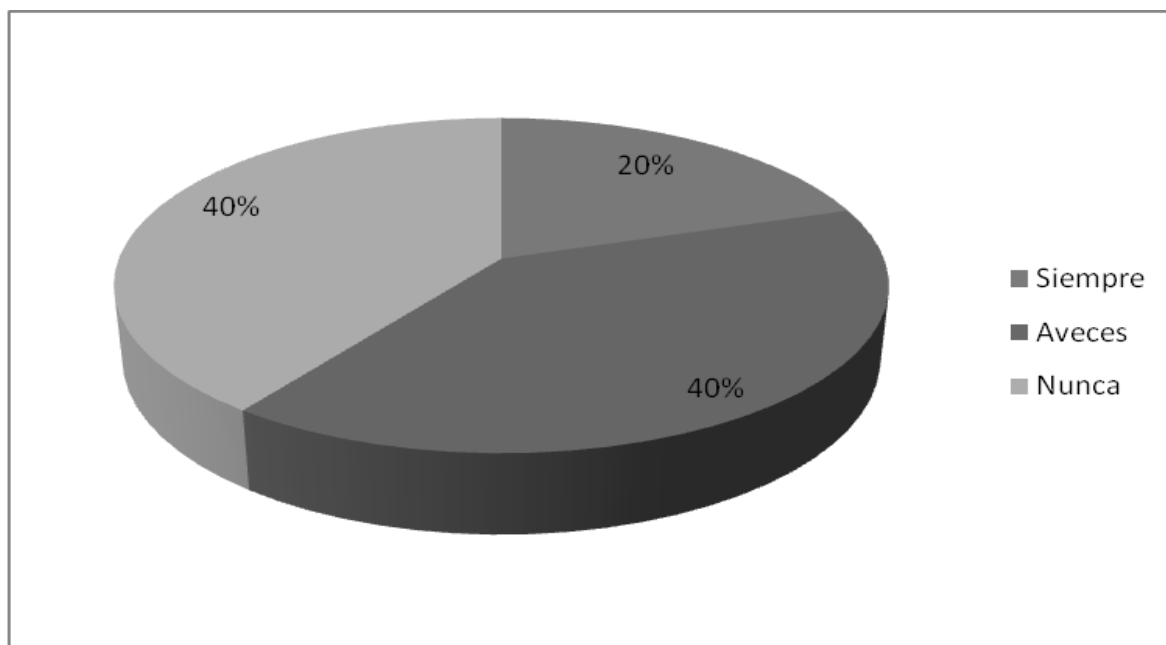
La figura 10, refleja que el 12% (3) de la población encuestada ha sido discriminada a nivel laboral, un 28 % (7) respondió que a veces y un 60% (15) dice que nunca. Esto demuestra que si las personas con esquizofrenia integradas a en esta área, han sido acogidas y en su mayoría no discriminadas, siendo un factor protector y de apoyo en su rehabilitación e integración a la sociedad.

Figura 11 Valoración en el lugar de trabajo.



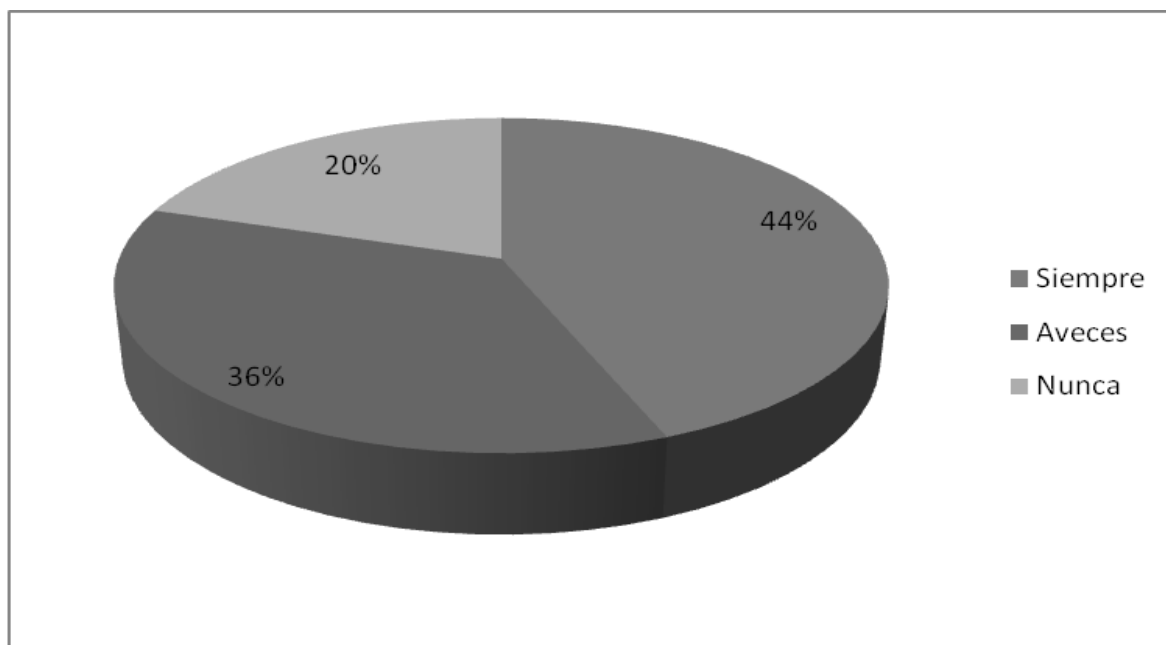
La figura 11, nos muestra que el 52% (13) de los encuestados considera 24% (considera que nunca. Esto nos permite inferir que la población que ha tenido la oportunidad de insertarse en el mundo laboral, ha recibido una acogida adecuada, favoreciendo así su proceso de rehabilitación y tratamiento.

Figura 12 Rechazo de las personas.



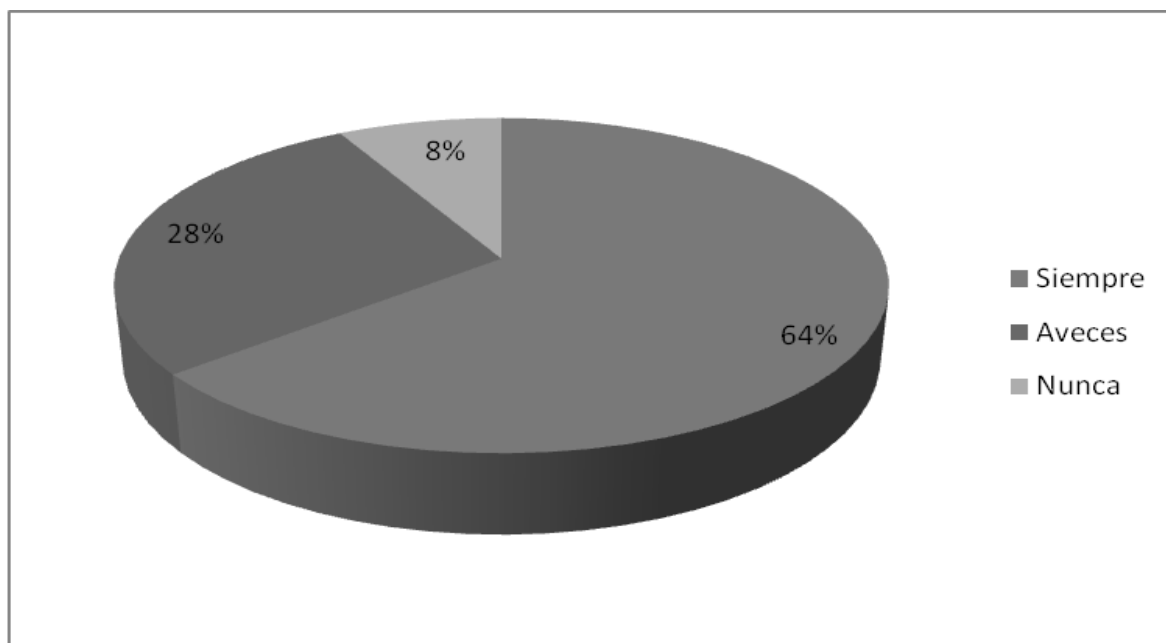
La figura 12, nos muestra que solo el 20% (5) de los encuestados, admiten sentirse rechazados por personas externas a su red habitual, al momento de insertarse en la dinámica de la sociedad; un 40% (10) percibe que a veces y un 40% (10) de ellos dice que nunca. De acuerdo a la información graficada podemos inferir que aun en las personas existen ciertos prejuicios respecto a esta enfermedad que los hacen estigmatizar a las personas que padecen esquizofrenia, limitando a su vez la total integración a la sociedad.

Figura 13 Espacios de integración en la sociedad.



La figura 13, afirma que el 44% (11) de los encuestados evalúa positivamente los espacios que brinda la sociedad en la integración de las personas con esquizofrenia, en contraste con un 20% (5) que piensa que estas instancias de integración no existen. De acuerdo a la información obtenida la sociedad brinda los espacios, pero aún es un desafío en la integración total en este nivel.

Figura 14 Participación en grupos sociales.



La figura 14, muestra un alto porcentaje equivalente al 64% (16) de los encuestados, que menciona participar en grupos que le permiten interactuar con el medio social, mientras que un 8% (2) considera que nunca se involucra en estas instancias. De acuerdo a esta información, podemos inferir que las personas con esquizofrenia efectivamente pueden desarrollar habilidades sociales que les permitan integrarse a un determinado grupo, dejando de lado el preconcepto de aislamiento continuo.

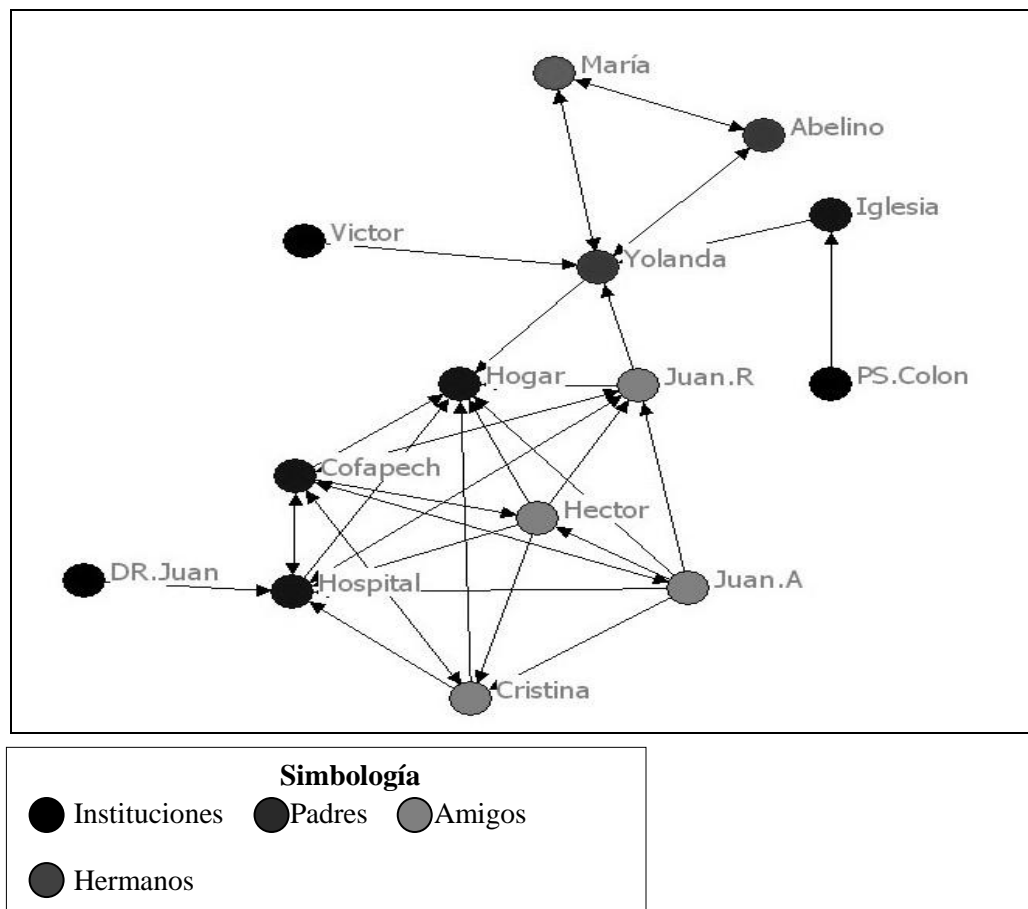
Análisis de redes sociales personales.

El análisis realizado a través de Netdraw, permitió conocer el tamaño, densidad y reciprocidad de cada una de las redes sociales de los encuestados, siendo excluidas en los siguientes diagramas las personas objetos de estudio, ya que la finalidad de nuestra investigación, fue analizar la red social de los esquizofrénicos de acuerdo a las dimensiones mencionadas.

Figura 15 Red sujeto 1.

Edad: 32 años

Tiempo de enfermedad: 10 años



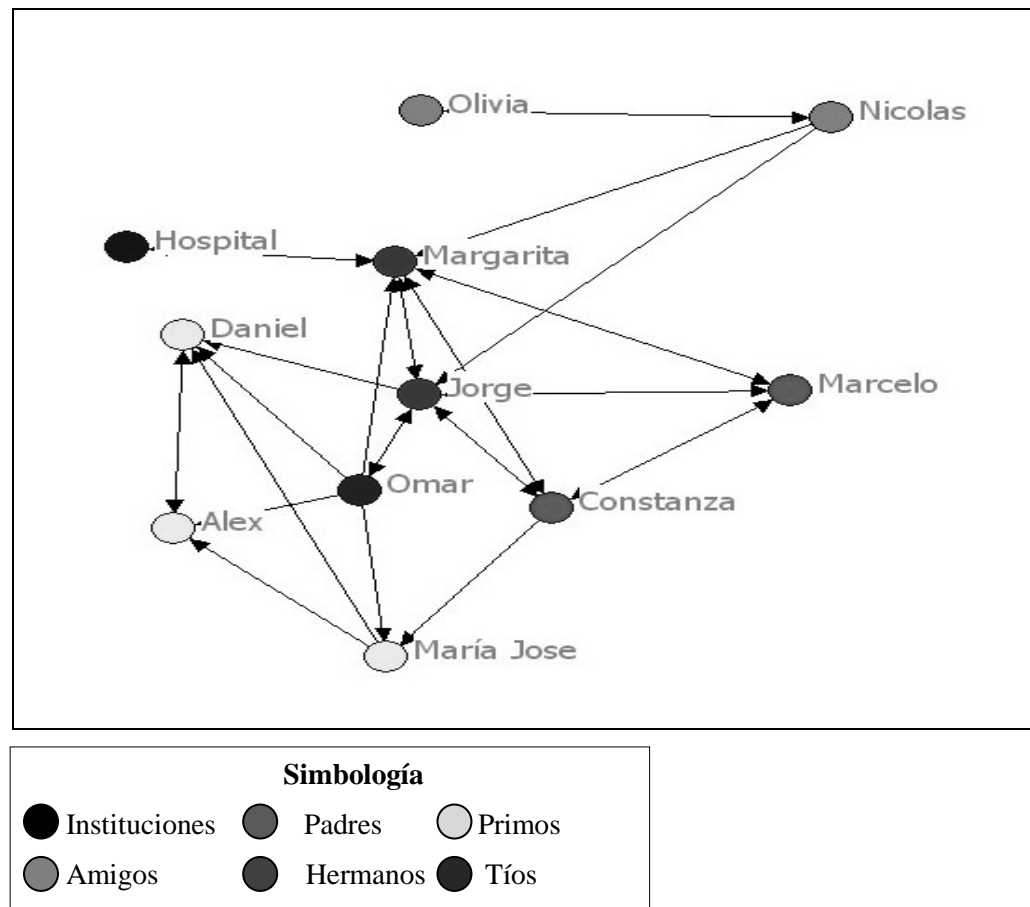
Como se observa en la red del sujeto 1, las instituciones como Hospital, COFAPECH y Hogar protegido presentan la mayor cantidad de conexiones entre del sujeto 1. Con respecto a la familia, nos podemos dar cuenta que la madre es el nodo conector entre las instituciones y

los demás miembros de la familia. Esto nos permite inferir que la familia, en este caso no asume un rol protagónico como lo demuestran las instituciones y amigos del sujeto 1; por lo tanto la densidad y tamaño de la red se ven concentradas en ellos. Como conclusión se puede observar que en aspectos tan importantes como el apoyo emocional, económico y social, se encuentra concentrado en las instituciones y amigos del sujeto 1.

Figura 16 Red sujeto 2.

Edad: 21

Tiempo de enfermedad: 3 años

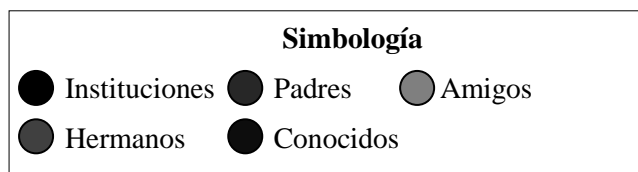
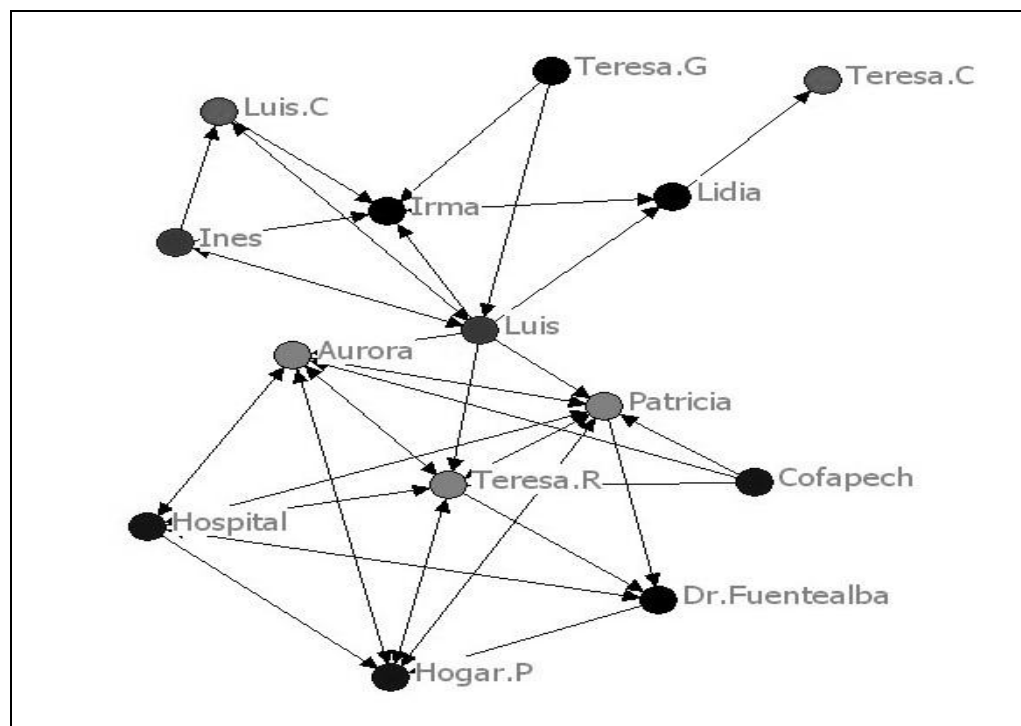


Como lo muestra la red del sujeto 2, podemos observar que la familia es la principal fuente de apoyo emocional, económico y social, ya que la relación con instituciones y amigos no presentan conexiones cercanas, sin embargo, la madre del sujeto 2 asume el rol de nodo conector entre las instituciones como el Hospital y los miembros de la familia restantes. El tamaño y densidad de la red se concentra específicamente en la familia del sujeto 2.

Figura 17 Red sujeto 3.

Edad: 44 años

Tiempo de enfermedad: 15 años

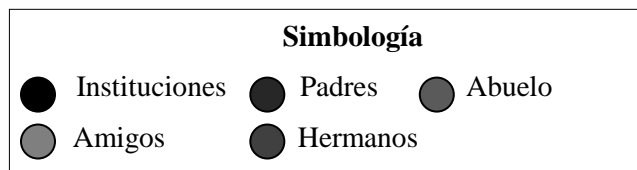
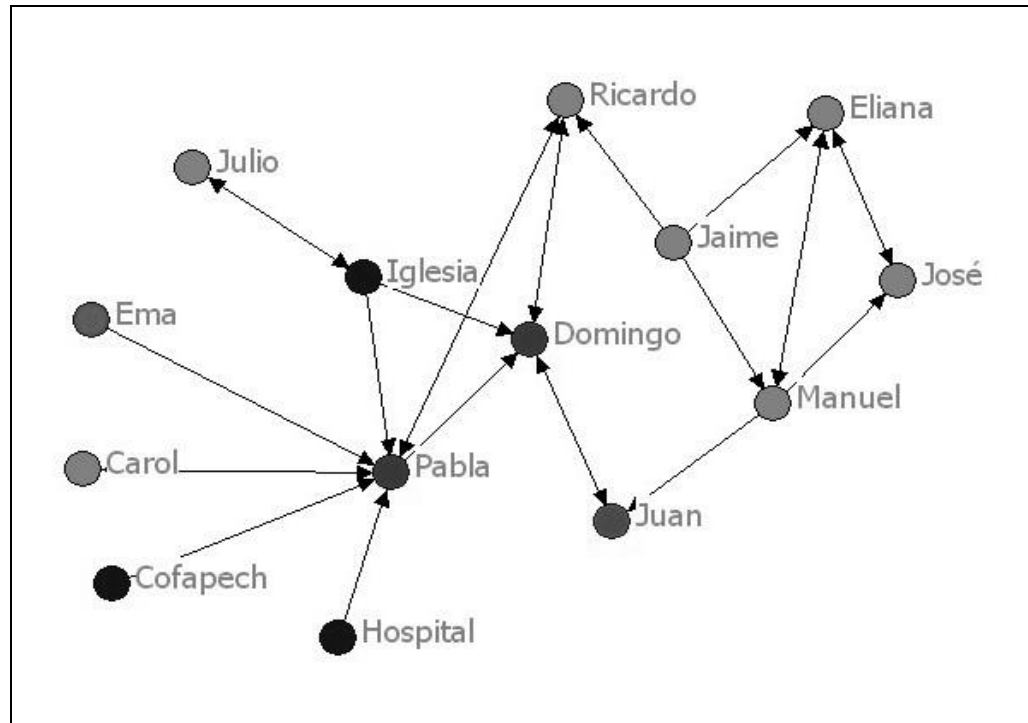


Como se puede observar en la red de Sujeto 3, con respecto a las conexiones existentes entre los amigos e instituciones, podemos destacar que la relación entre ellos es cercana, tanto así, que funcionarias del Hogar Protegido de Chillán son consideradas amigas para la sujeto 3; además podemos ver que el padre asume un rol de nodo conector entre las instituciones y la familia. El tamaño y densidad de la red de concentra en las instituciones y amistades de la sujeto 3.

Figura 18 Red sujeto 4.

Edad: 26 años

Tiempo de enfermedad: 3 años

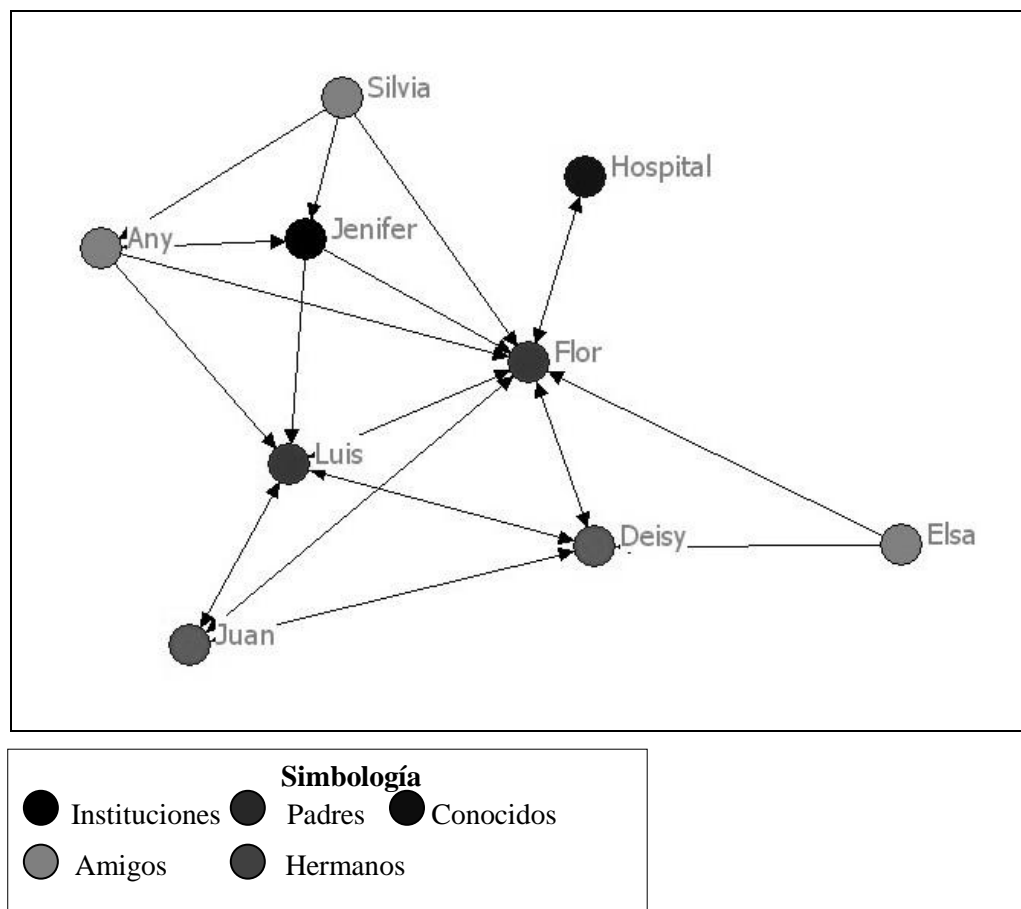


Como se puede observar en la red del sujeto 4, se puede establecer que la mayor cantidad de conexiones se concentra en los amigos y en la familia, siendo la iglesia el único nodo institucional más cercano, sin embargo, la madre es quien asume un rol de nodo conector entre las demás instituciones, familiares y amigos. Por lo tanto el tamaño y densidad de la red se ven reflejados en los amigos y padres del sujeto 4.

Figura 19 Red sujeto 5.

Edad: 25 años

Tiempo de enfermedad: 4 años

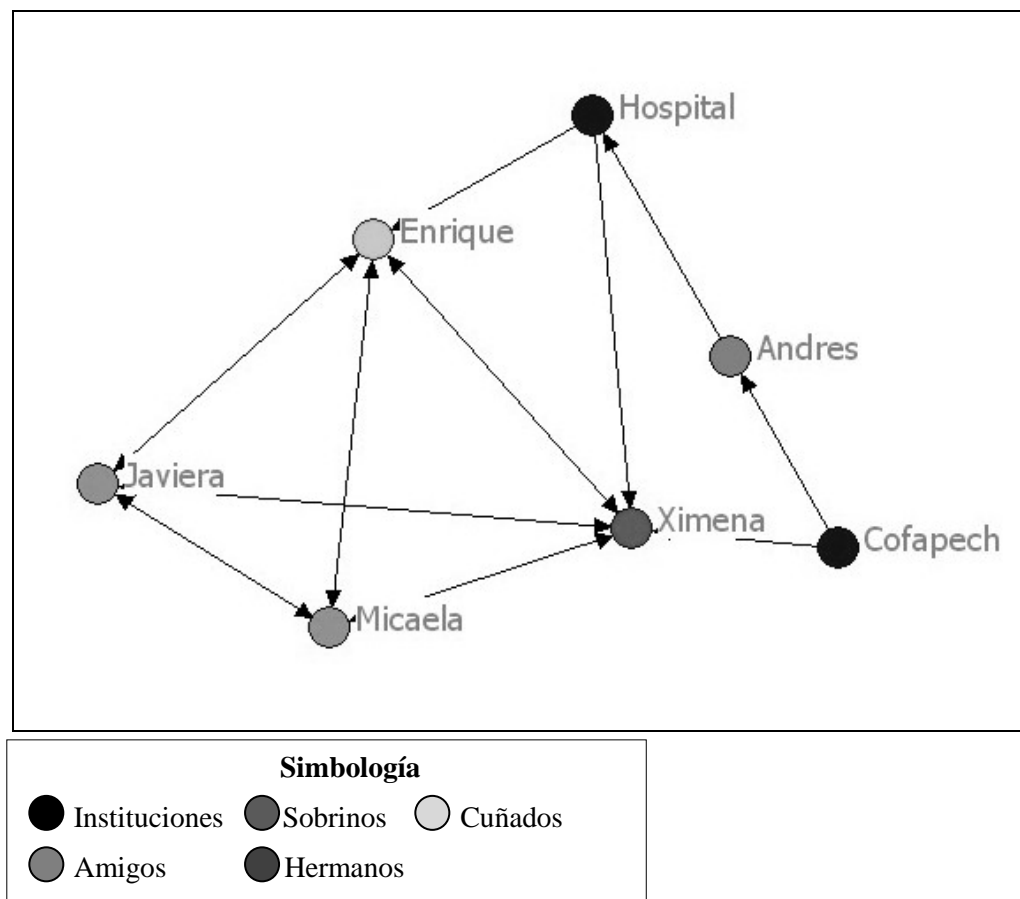


Como se observa en la red del sujeto 5, aquí el rol protagónico lo asume la familia y amigos, siendo una red caracterizada por la ausencia de instituciones, en este caso encontramos al Hospital como única institución presente en la red. La madre en este caso asume un rol de nodo conector entre la institución y la familia. El tamaño y la densidad de la red se ven concentrados en la familia y amigos del sujeto 5.

Figura 20 Red sujeto 6.

Edad: 18 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

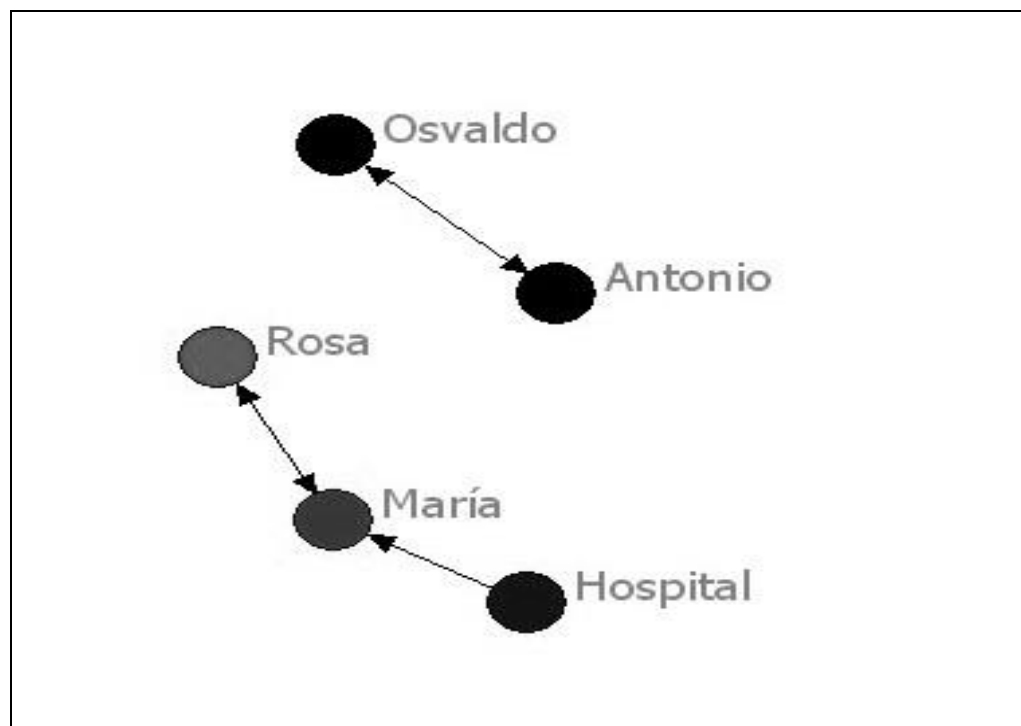


Como podemos observar en la red del sujeto 6, el mayor número de conexiones se establecen en la familia, siendo la hermana y cuñado los que asumen el rol de nodo conector entre las instituciones y los demás miembros de la familia. Con respecto al tamaño de la red, podemos observar que se trata de una red pequeña, donde la mayoría de sus nodos son de la familia cercana. La densidad de la red se ve concentrada en la familia del sujeto 6.

Figura 21 Red sujeto 7.

Edad: 34 años

Tiempo de enfermedad: 8 meses

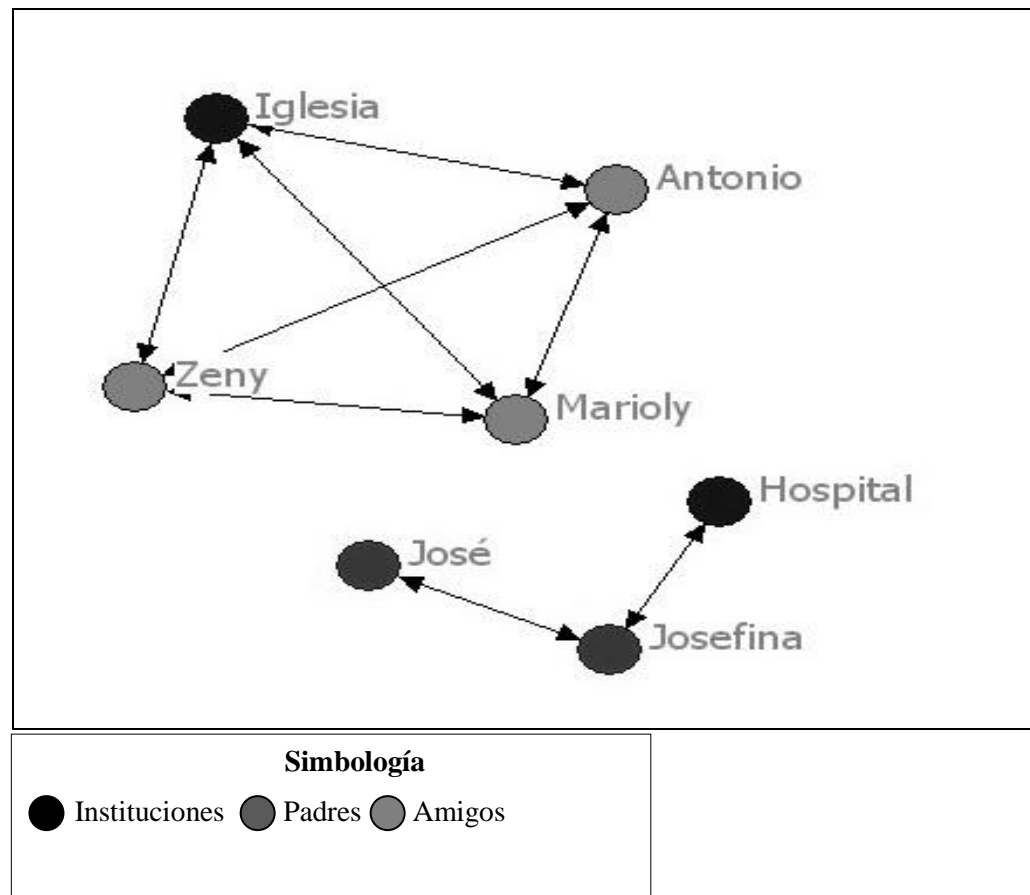


Como se observa en la red del sujeto 7 esta se encuentra dividida, como lo muestra la figura no existe conexión entre los nodos de la familia con los nodos conocidos del sujeto. Por lo tanto estamos en presencia de una red de tamaño pequeño y muy escasa densidad, siendo la institución, en este caso el Hospital de Chillán es quien asume un rol conector con su madre. Nos podemos dar cuenta que el sujeto 7 no cuenta con espacios de integración, de relaciones sociales y de apoyo de instituciones; ya que sólo podemos observar al Hospital como única institución presente.

Figura 22 Red sujeto 8.

Edad: 32 años

Tiempo de enfermedad: 4 años

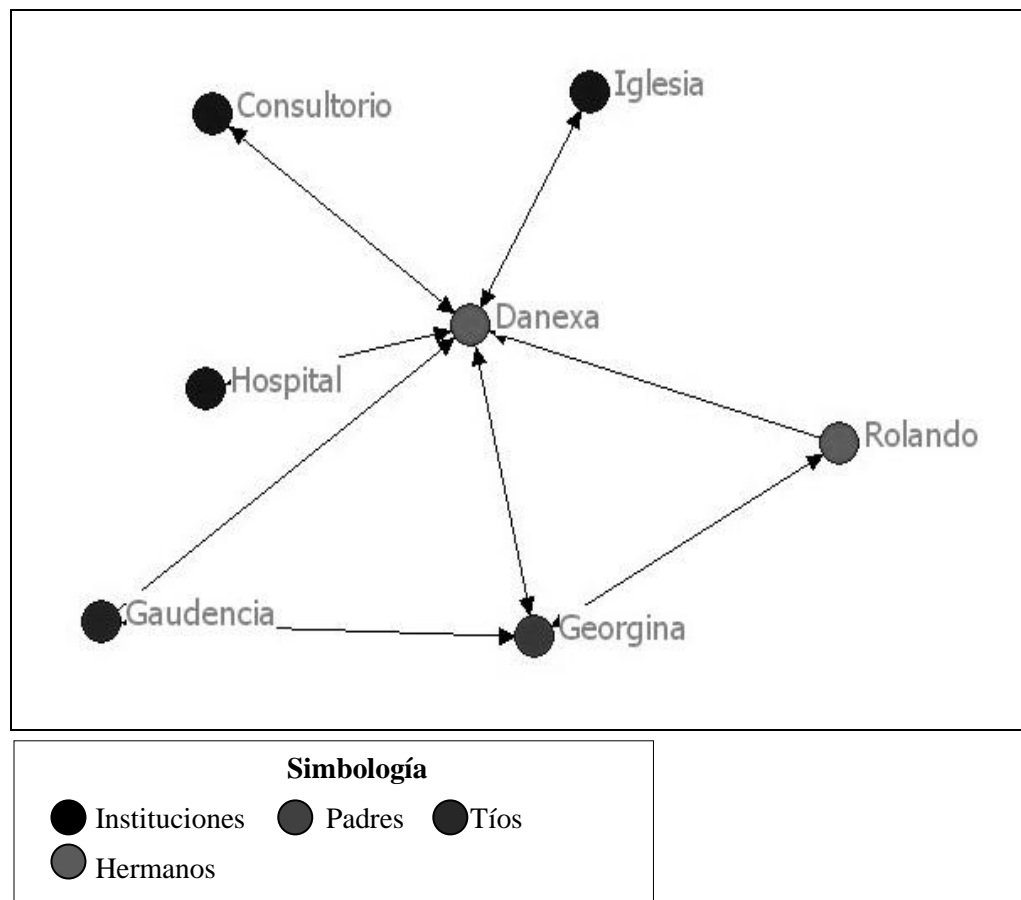


Como podemos observar en la red del sujeto 8, nuevamente nos encontramos frente a una red dividida, correspondiendo a los amigos y a la iglesia los nodos que presentan mayores conexiones a diferencia de los nodos familiares y Hospital. Por lo tanto el mayor tamaño y densidad de la red se ven concentrados en la red de amigos e Iglesia, siendo esta la institución que asume un rol protagónico en la red del sujeto 8. Además podemos observar que la madre es el nodo conector entre el Hospital y los miembros de la familia.

Figura 23 Red sujeto 9.

Edad: 20 años

Tiempo de enfermedad: 1 año y medio

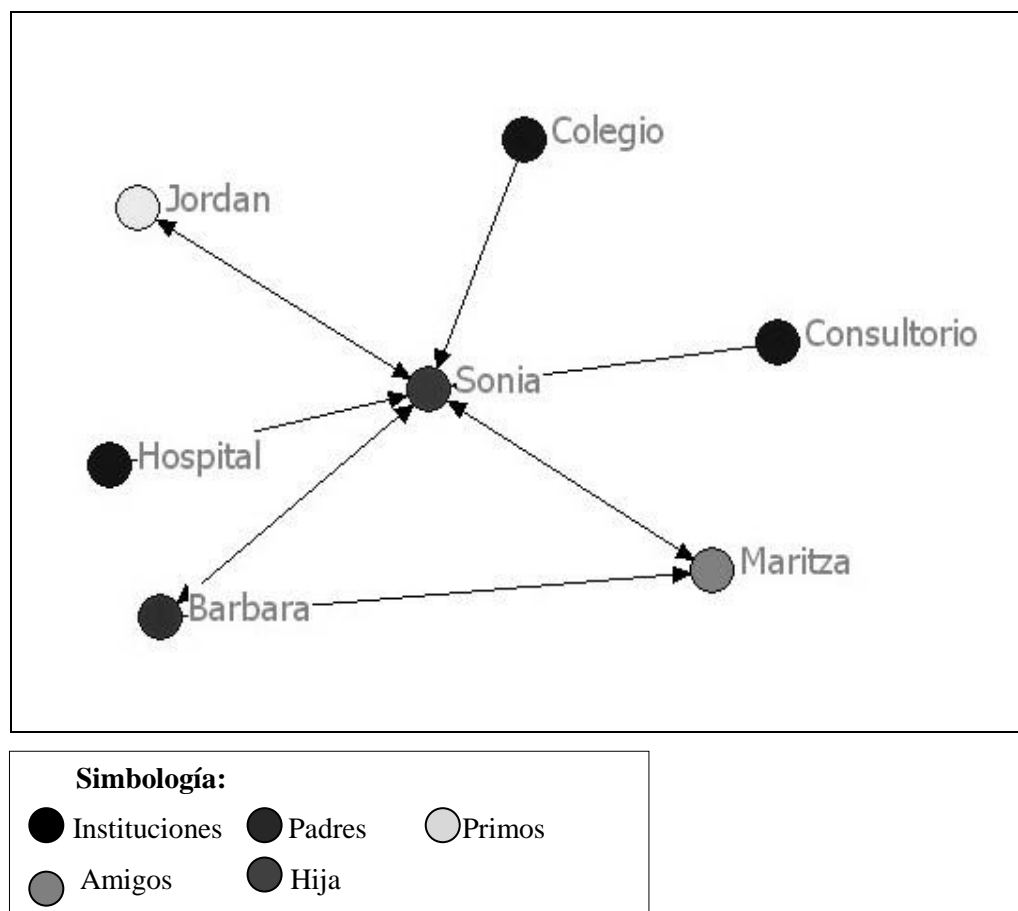


En la figura de la red del sujeto 9, se puede observar que existe una óptima conexión con las instituciones, siendo la sujeto 9 quien asume un rol de nodo conector entre las instituciones y los miembros de la familia. Con respecto al tamaño se puede concluir que la red de la sujeto presenta un buen número de instituciones y de miembros familiares. La densidad de esta red se concentra en los familiares hacia las instituciones.

Figura 24 Red sujeto 10

Edad: 28 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

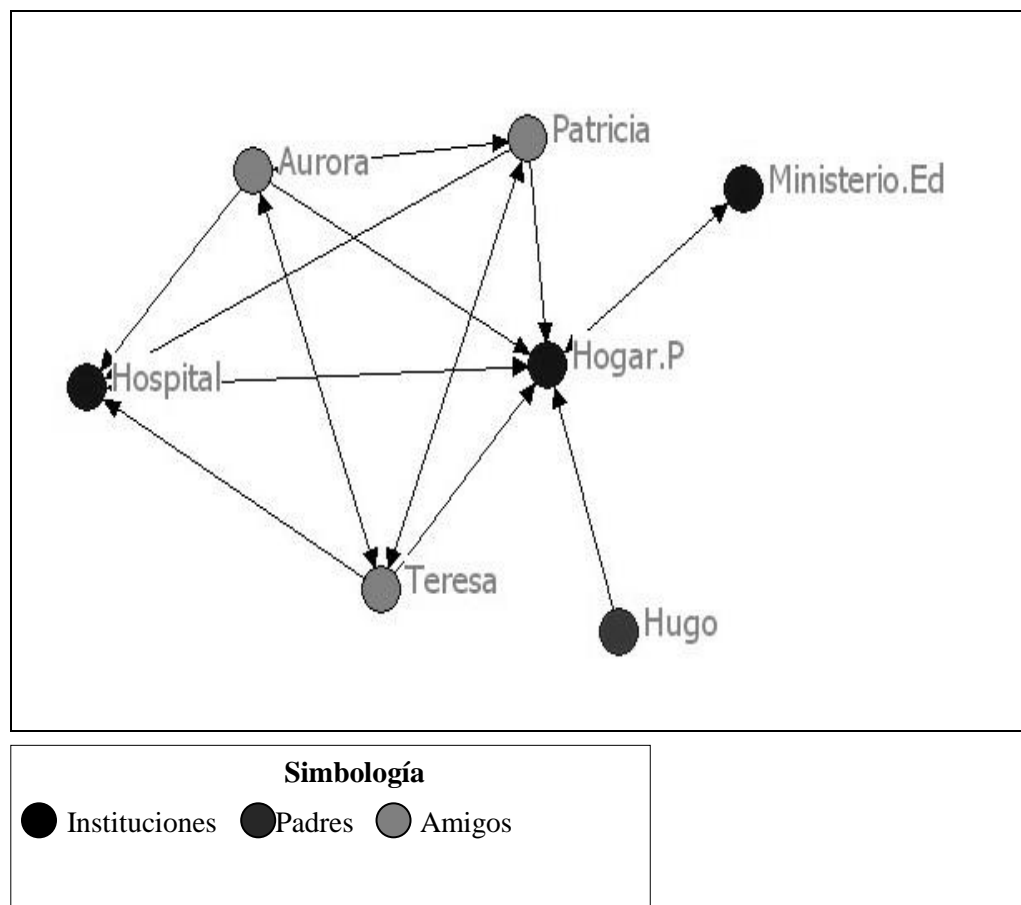


Como podemos observar en la red del sujeto 10, encontramos a un nodo conector que da forma a la red, este nodo corresponde a Sonia, madre del sujeto; siendo ella quien asume el rol de nodo conector entre las instituciones, familiares y amigos. Se observa un óptimo tamaño de la red, debido a que se presenta un buen número de instituciones, sin embargo la densidad de la red se concentra entre los familiares y amigos.

Figura 25 Red sujeto 11.

Edad: 43 años

Tiempo de enfermedad: 10 años

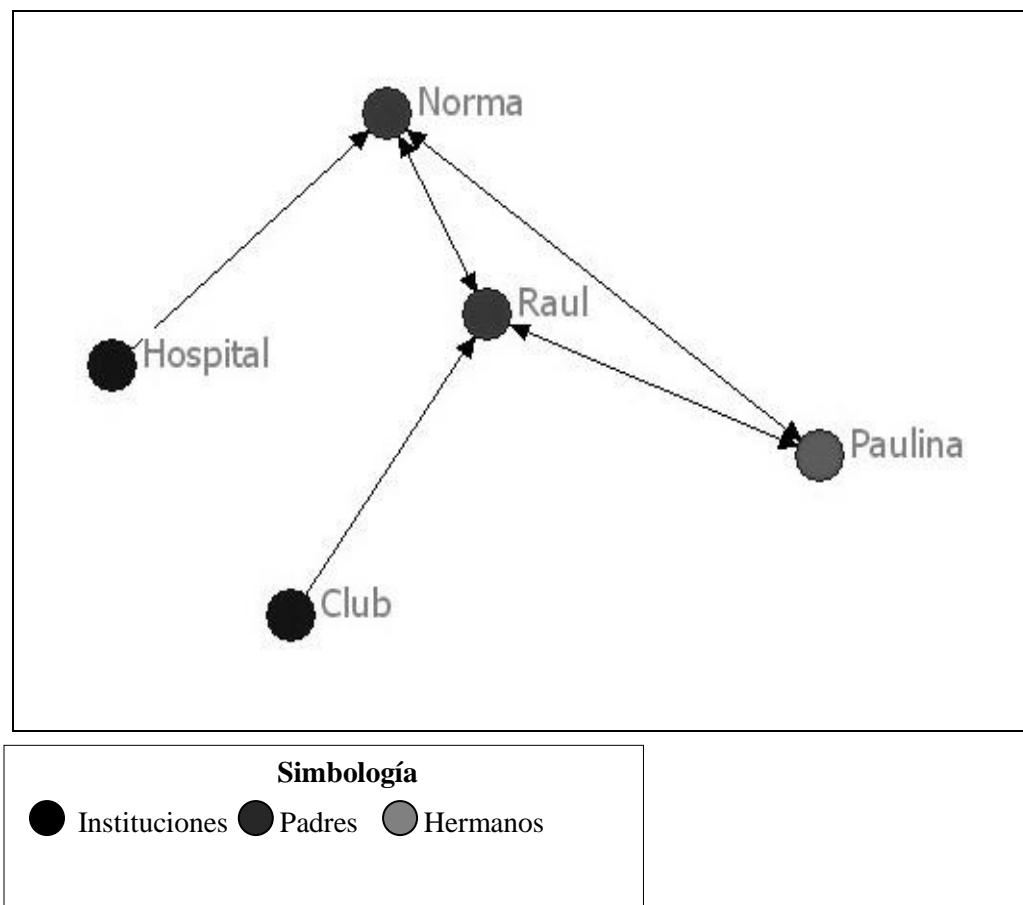


Como se puede observar en la red del sujeto 11, las instituciones como Hospital, Hogar protegido y Ministerio de Educación juegan un papel importante, siendo acá donde se encuentra el mayor número de conexiones. Quien asume el rol de nodo conector entre miembro familia y amigos del sujeto es el Hogar protegido. Así con damos cuenta que existe una escasa red familiar, ya que como lo muestra la figura, el sujeto solo cuenta con el apoyo de su padre. El tamaño y densidad de la red se ven concentradas en las instituciones y amigos del sujeto 11.

Figura 26 Red sujeto 12.

Edad: 18 años

Tiempo de enfermedad: 1 año y medio

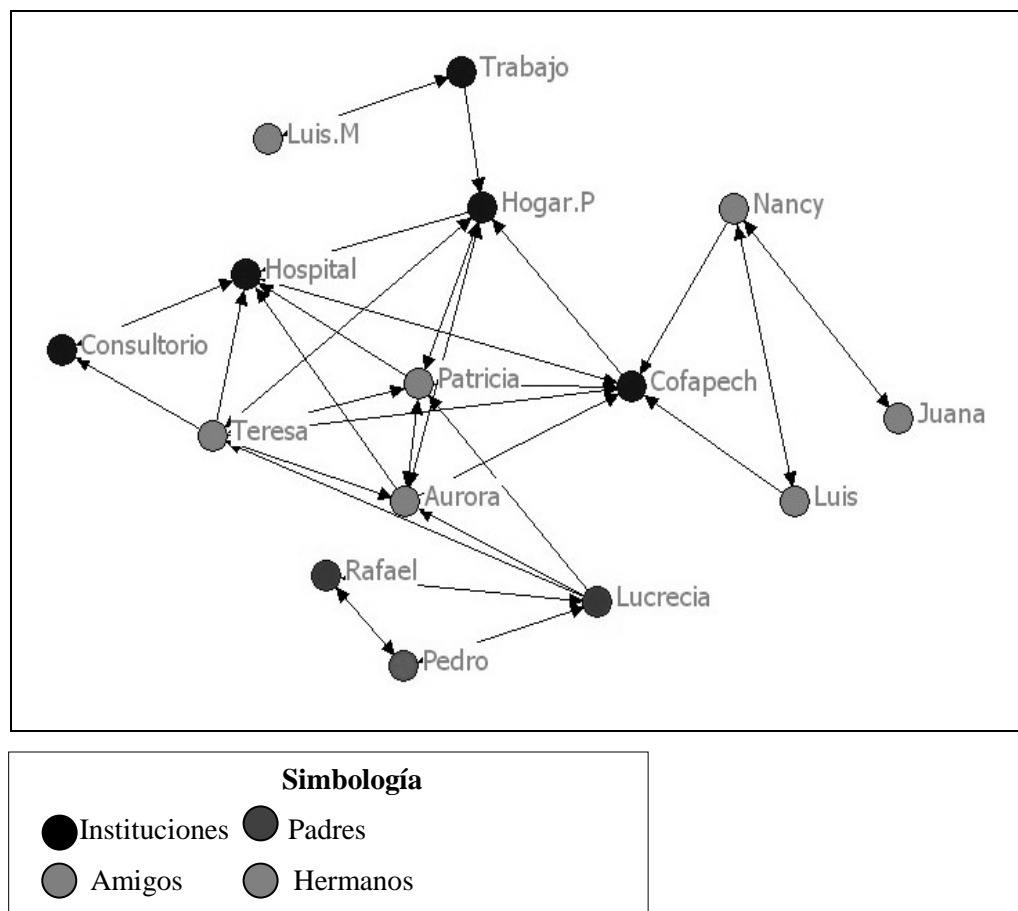


Al observar la red del sujeto 12, nos podemos dar cuenta que se trata de una red pequeña, donde el mayor número de conexiones se establecen entre los miembros de la familia. La red cuenta con la presencia de dos instituciones en las cuales no existe una relación de retroalimentación entre los integrantes del grupo familiar. El tamaño y densidad de la red se concentra en la familia del sujeto, por lo cual podemos concluir que posee muy pocas relaciones sociales, ya que no cuenta con presencia de amigos, conocidos y más instituciones.

Figura 27 Red sujeto 13.

Edad: 33 años

Tiempo de enfermedad: 15 años

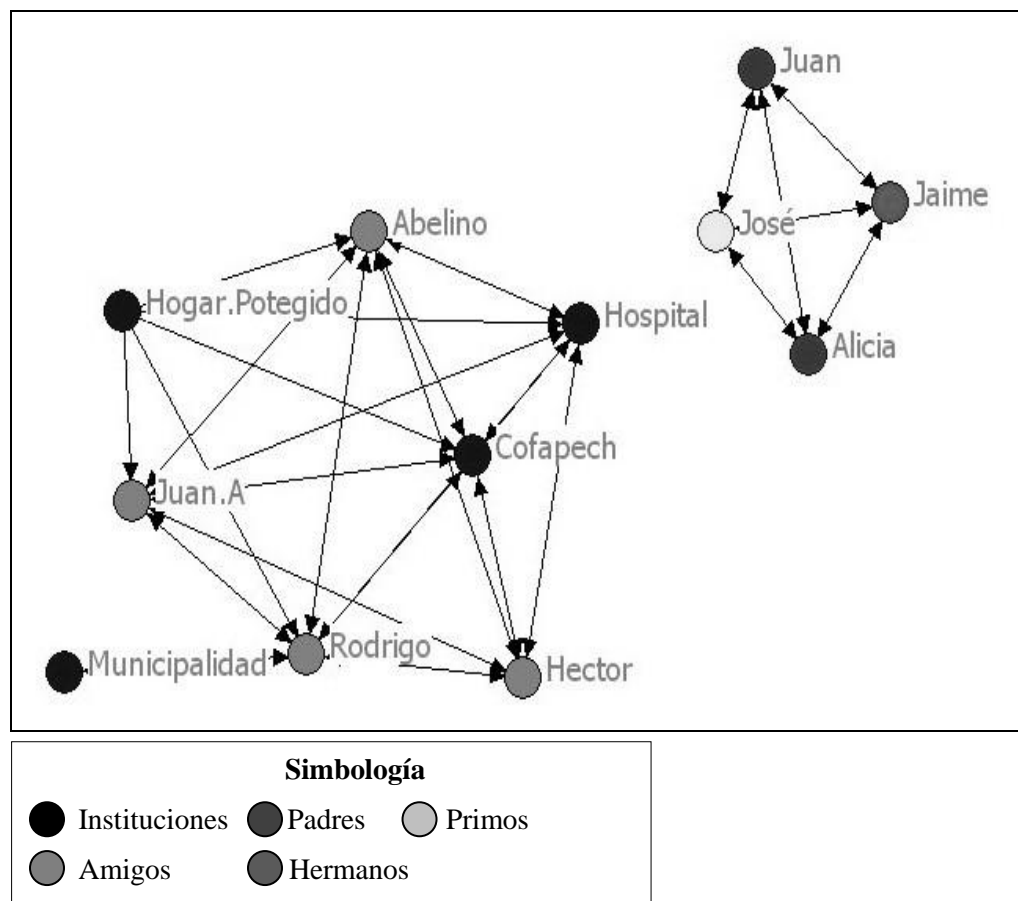


Como podemos observar en la red del sujeto 13, la densidad de la presente red se concentra específicamente en los amigos e instituciones, quienes asumen el rol de nodo conector son amigos, en este caso Patricia, e instituciones como Hospital de Chillán, Hogar protegido y COFAPECH. Podemos inferir que la familia, se encuentra distanciada de la concentración de la red, lo que nos lleva a concluir que el apoyo emocional, social y económico lo recibe principalmente de las amistades e instituciones.

Figura 28 Red sujeto 14.

Edad: 32 años

Tiempo de enfermedad: 10 años

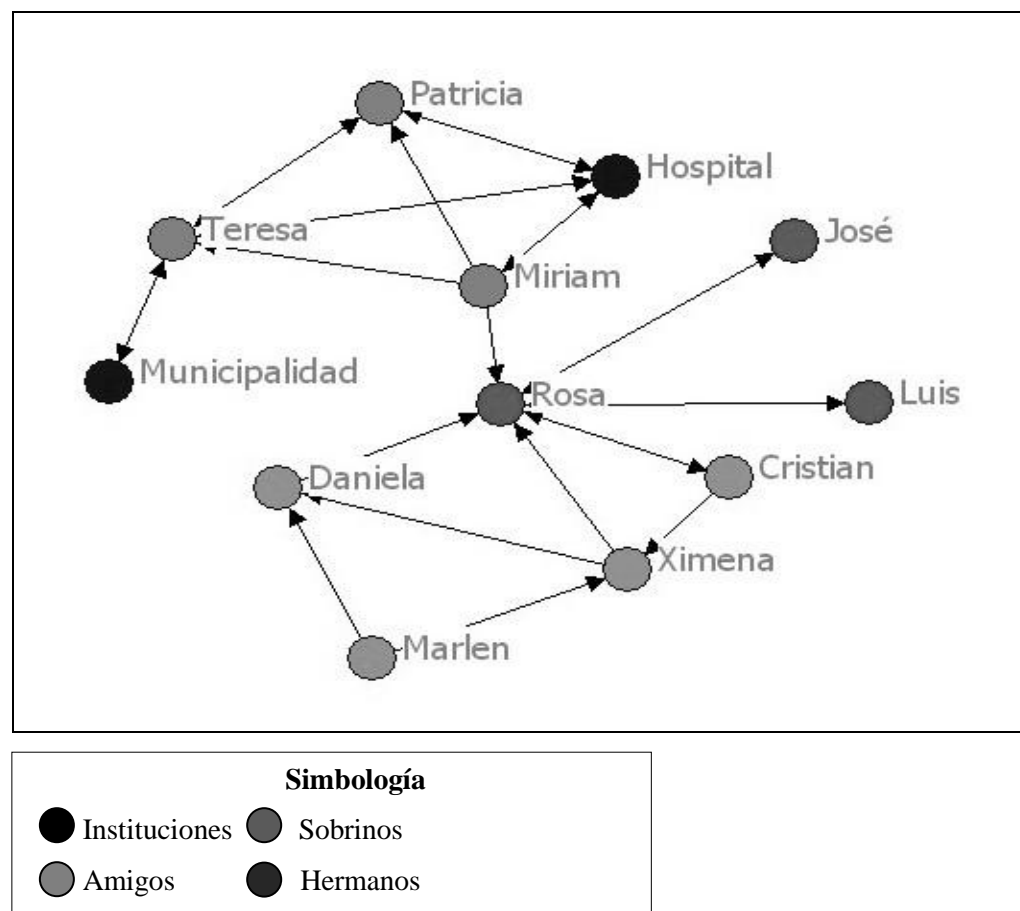


Como podemos observar en la red del sujeto 14, las principales conexiones se ven reflejadas en los amigos e instituciones de la red. Nos damos cuenta que estamos frente a una red dividida, donde la familia no tiene ninguna conexión con los demás nodos. El tamaño y densidad se ven concentrados en los amigos y en las instituciones de la red del sujeto 14. Para concluir podemos decir que recibe apoyo económico, emocional y social de manera exclusiva de las instituciones y amigos, pasando a ocupar un segundo lugar en esta red, la familia.

Figura 29 Red sujeto 15.

Edad: 54 años

Tiempo de enfermedad: 28 años

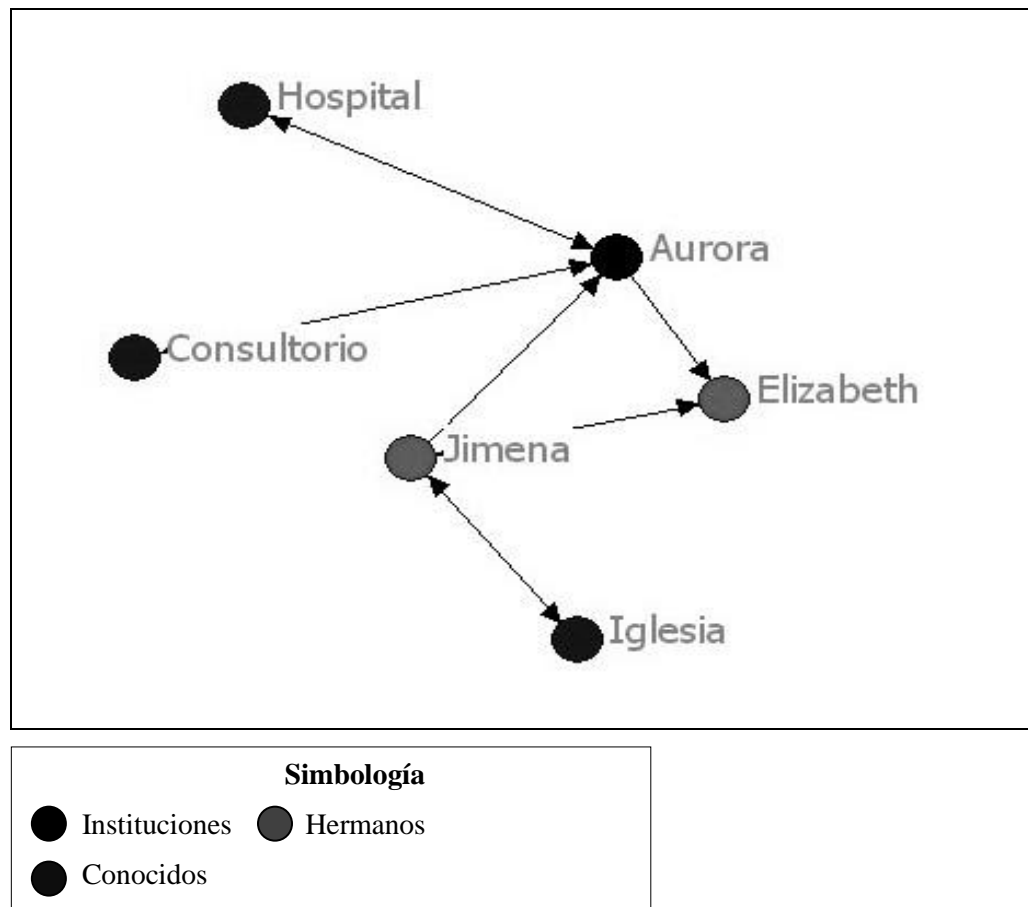


Como se observa en la red del sujeto 15, la familia ocupa un rol importante al momento de relacionarse, siendo Rosa, hermana de la sujeto el nodo conector entre los miembros de la familia, amigos y las red Institucional. Cabe destacar que el Hospital es la Institución con un mayor número de conexiones en la red de Juana. El tamaño y la densidad de la red se ven concentrados en la familia, amigos e instituciones. Para concluir podemos decir que el sujeto 15 actualmente cuenta con el apoyo emocional, económico y social de la red presentada.

Figura 30 Red sujeto 16.

Edad: 37 años

Tiempo de enfermedad: 5 años

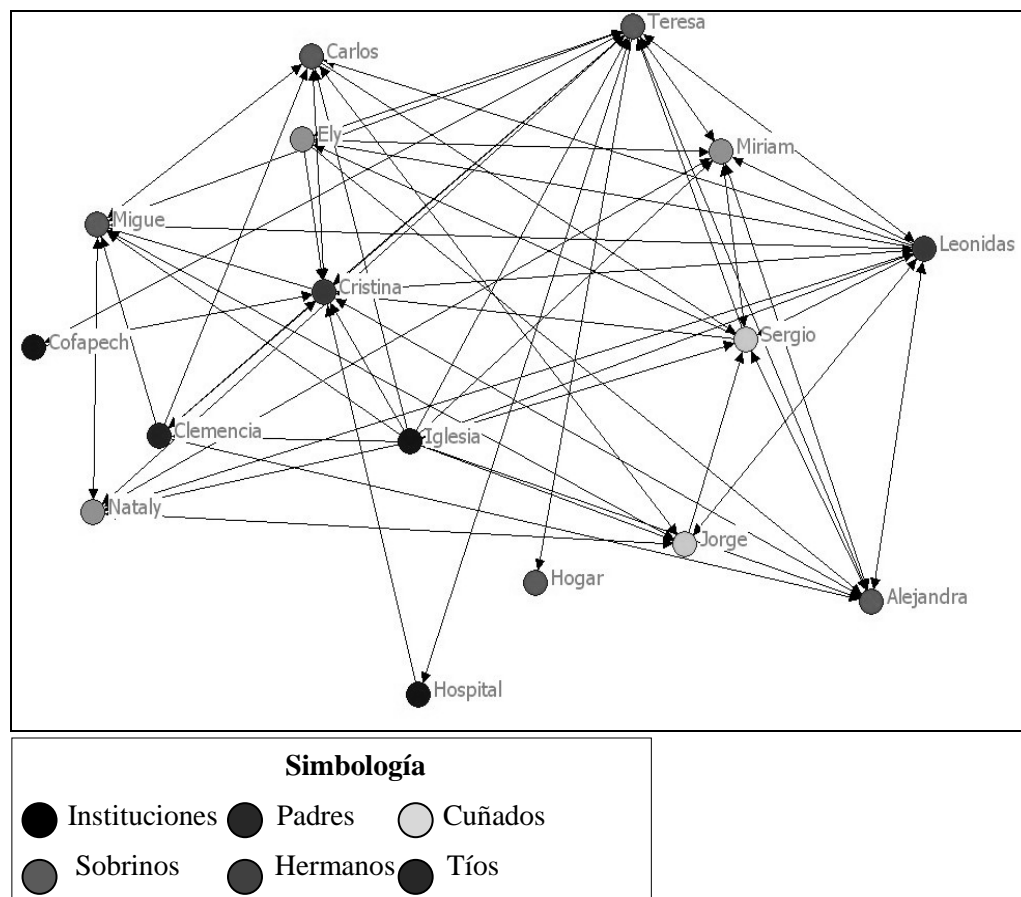


En la red graficada podemos observar que el sujeto 16, posee una red pequeña, la cual está formada por hermanas, conocidos e instituciones, actuando como nodo conector entre las instituciones y la familia, Aurora, quien es funcionaria del Hogar Protegido. En cuanto a la densidad de la red, podemos darnos cuenta que es débil. A modo de conclusión podemos decir que de los nodos que posee esta red, el sujeto 16 cuenta con apoyo emocional, económico e Institucional.

Figura 31 Red sujeto 17.

Edad: 49 años

Tiempo de enfermedad: 30 años

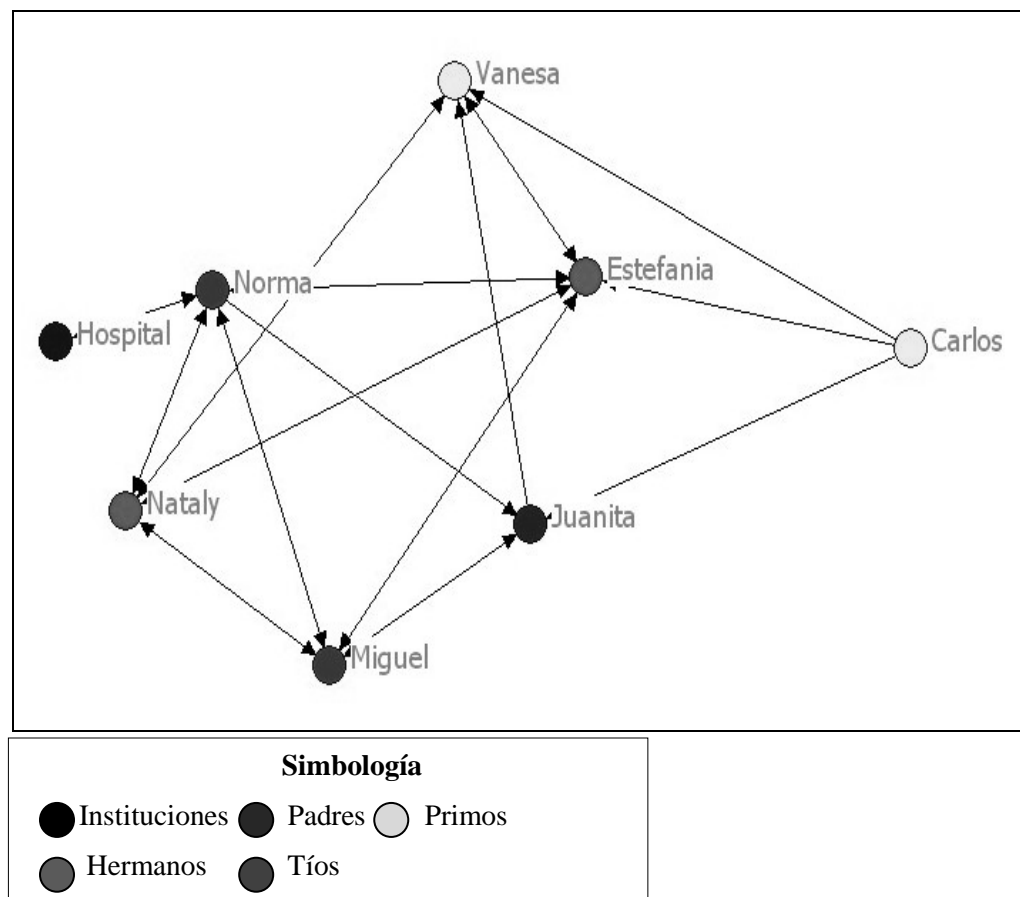


Como podemos observar en la red del sujeto 17, el tamaño y densidad se ven concentrados en la familia, por lo que estamos en presencia de una red compuesta esencialmente por familiares que se encuentran presentes en tratamiento biopsicosocial del sujeto. De las instituciones presentes la Iglesia es la presenta mayor cercanía con los demás miembros de la familia, sin embargo las demás instituciones se encuentran más bien alejadas de la concentración de la red del sujeto.

Figura 32 Red sujeto 18.

Edad: 20 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

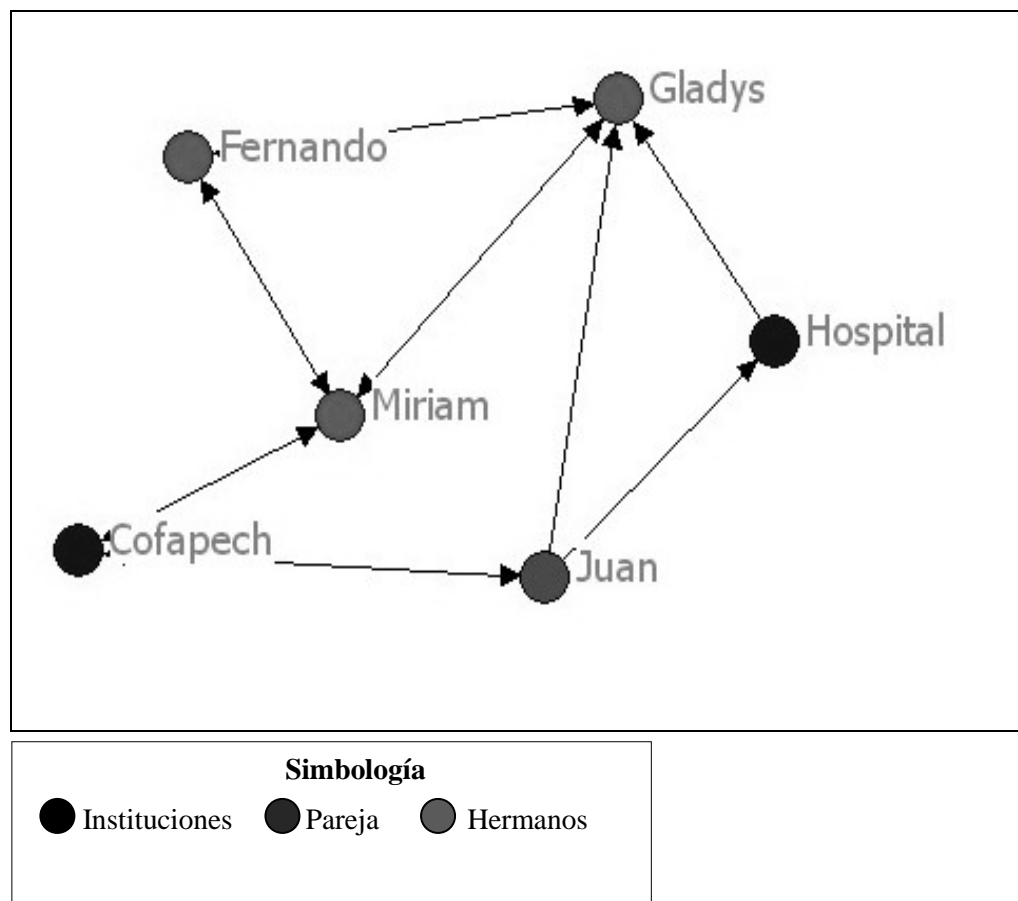


Como se observa en la red del sujeto 18, el mayor número de conexiones se ve reflejado en la familia de Miguel, donde el rol de nodo conector entre los miembros de la familia y el Hospital, lo asume Norma, madre del sujeto 18. Nos damos cuenta que en esta red solo se encuentra la presencia de hospital, como institución, y nos refleja que el mayor apoyo emocional, económico y social lo recibe de la familia, es por esto que el tamaño y densidad de la red se concentra en ellos.

Figura 33 Red sujeto 19.

Edad: 43 años

Tiempo de enfermedad: 15 años

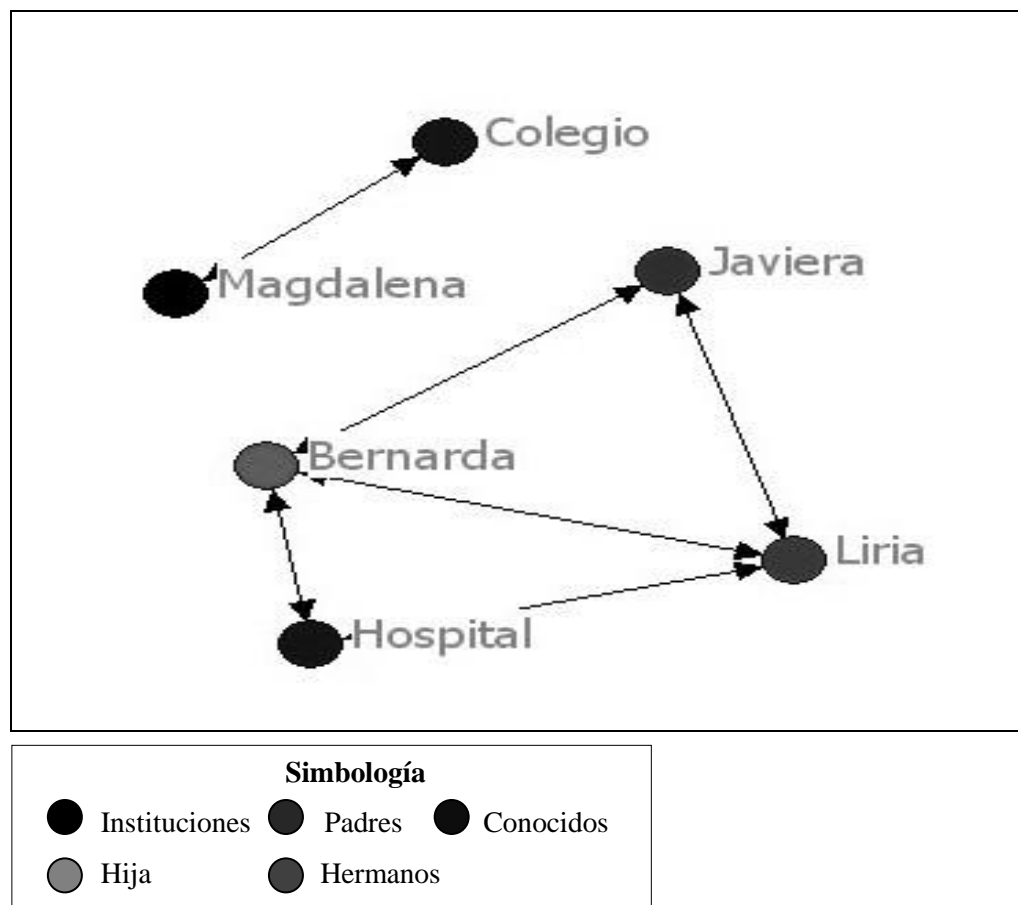


Como se logra observar en la red del sujeto 19, se trata de una red pequeña, donde las conexiones se ven reflejadas principalmente en la familia, siendo Gladys y Miriam los principales nodos conectores con los demás miembros de la familia e Instituciones. Sin embargo nos damos cuenta que la cantidad de nodos en la red de la sujeto, no es suficiente para lograr una adecuada integración en la sociedad. Actualmente el apoyo económico, emocional y social lo recibe exclusivamente de sus hermanos (a).

Figura 34 Red sujeto 20.

Edad: 26 años

Tiempo de enfermedad: 8 meses

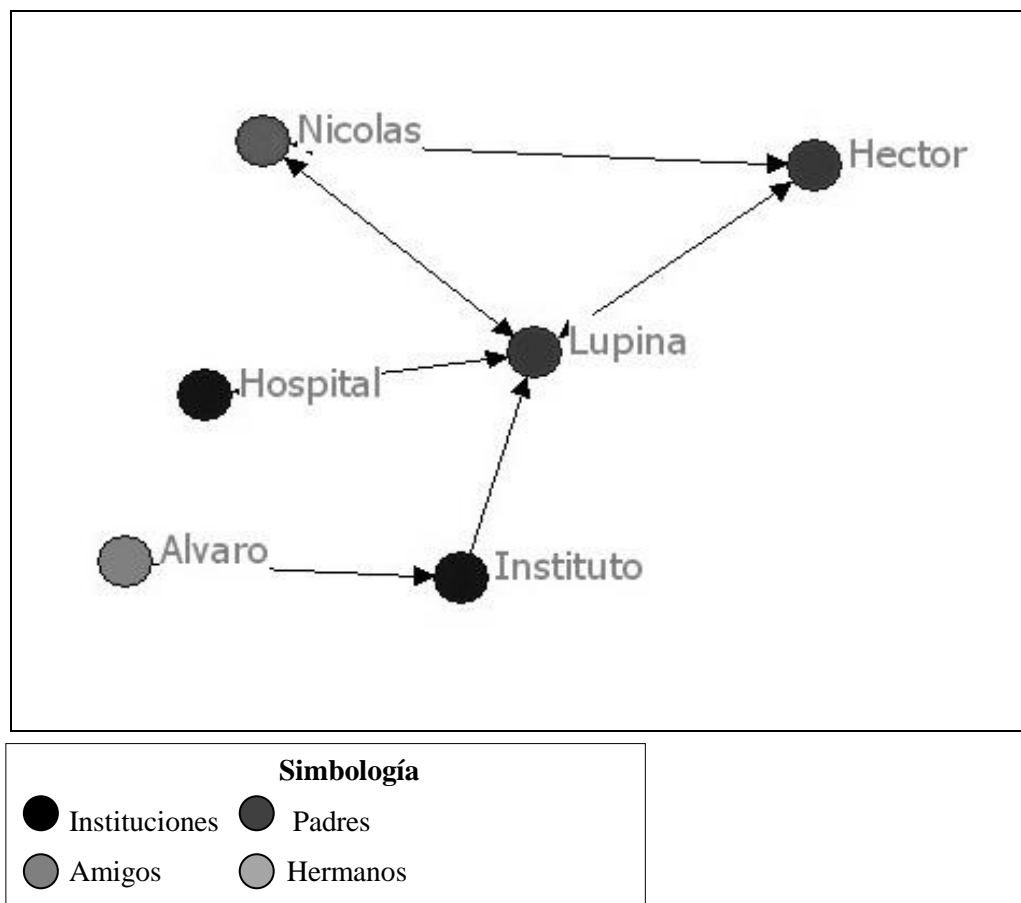


Como podemos observar en la red del sujeto 20, las conexiones se ven concentradas principalmente en la familia del sujeto y Hospital. Siendo Liria, la madre y Bernarda, su hermana, quienes asumen el papel de nodo conector entre el Hospital y la familia. Nos damos cuenta que de las instituciones presentes; el Hospital es la institución más cercana en la red de la sujeto, quedando el colegio como una institución más lejana de la red. Con respecto al tamaño de la red, podemos ver que no se encuentra compuesta por gran cantidad de nodos, lo que también influye en la baja densidad que presenta la red, concentrada principalmente en Liria, Bernarda, Javiera y Hospital de Chillán.

Figura 35 Red sujeto 21.

Edad: 22 años

Tiempo de enfermedad: 7 años

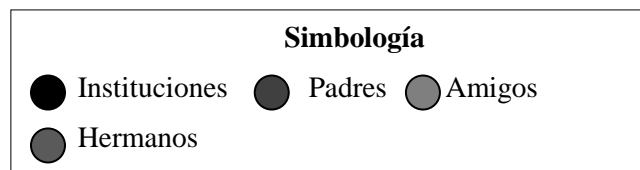
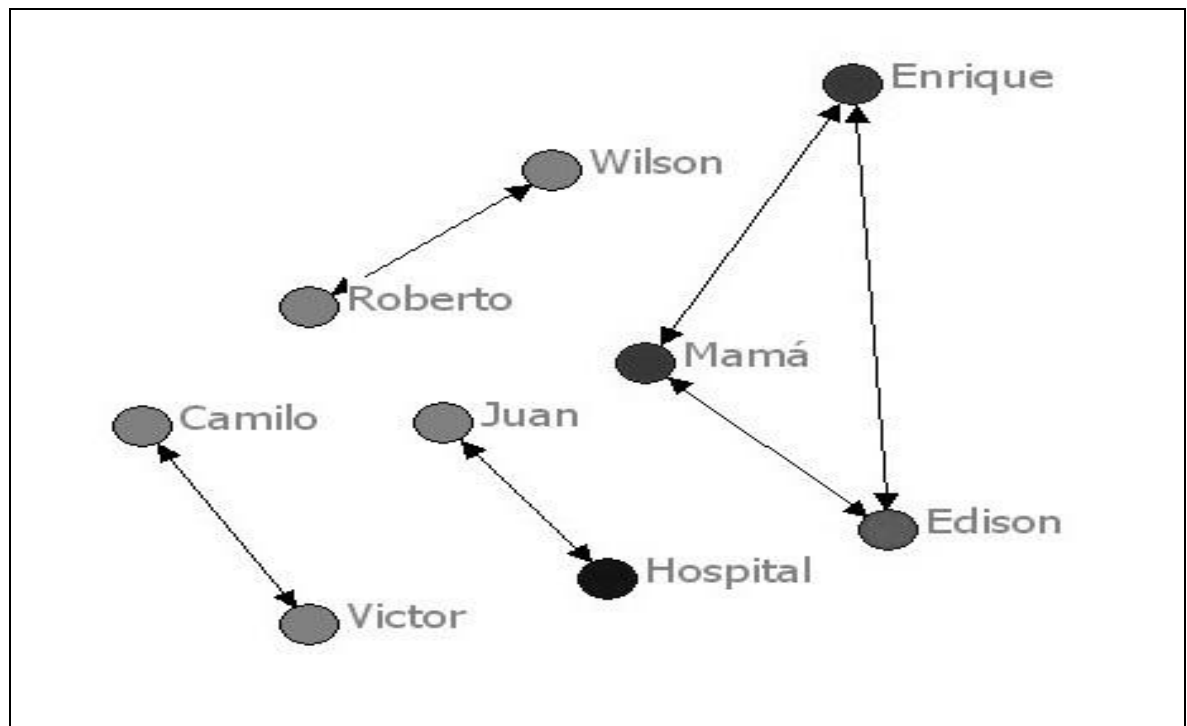


Al observar la red del sujeto 21, nos damos cuenta que se trata de una red pequeña, y que los nodos representativos son familiares, un amigo y dos instituciones. Las conexiones y densidad de esta red se encuentran concentradas en la familia de la sujeto; siendo Lupina, su madre, la que asume en este caso el rol de nodo conector entre las instituciones presentes y los demás miembros familiares. Al concluir podemos decir que la sujeto cuenta con un bajo nivel de relaciones sociales, sin embargo cuento hoy en día con el apoyo económico, social y emocional de su familia.

Figura 36 Red sujeto 22.

Edad: 30 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

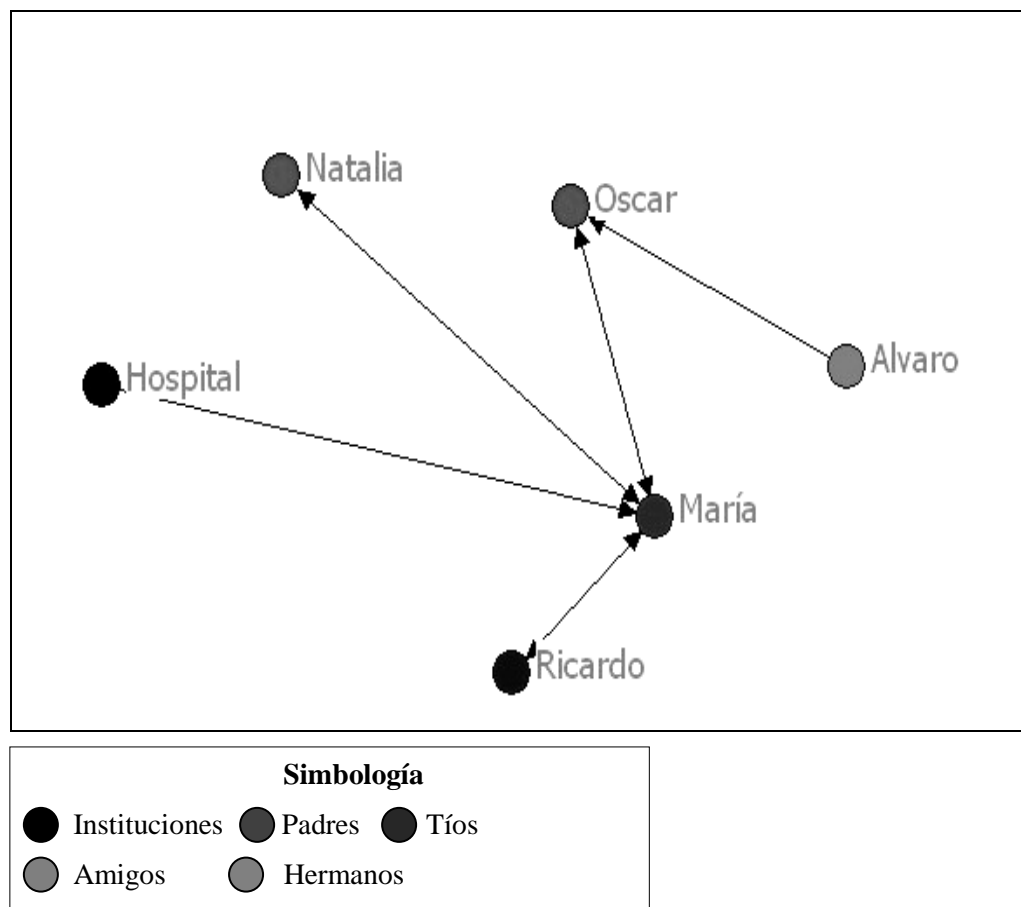


Como podemos observar en la red del sujeto 22, nos encontramos con una red dividida, la cual principalmente está conformada por familiares y amigos. Las mayores conexiones se ven reflejadas entre los familiares de Rodrigo. El tamaño y densidad de la red se ven concentrados en los padres y hermano del sujeto. Nos podemos dar cuenta que el sujeto cuenta con muy poco apoyo institucional, ya que como podemos ver solo vemos la presencia de una institución.

Figura 37 Red sujeto 23.

Edad: 20 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

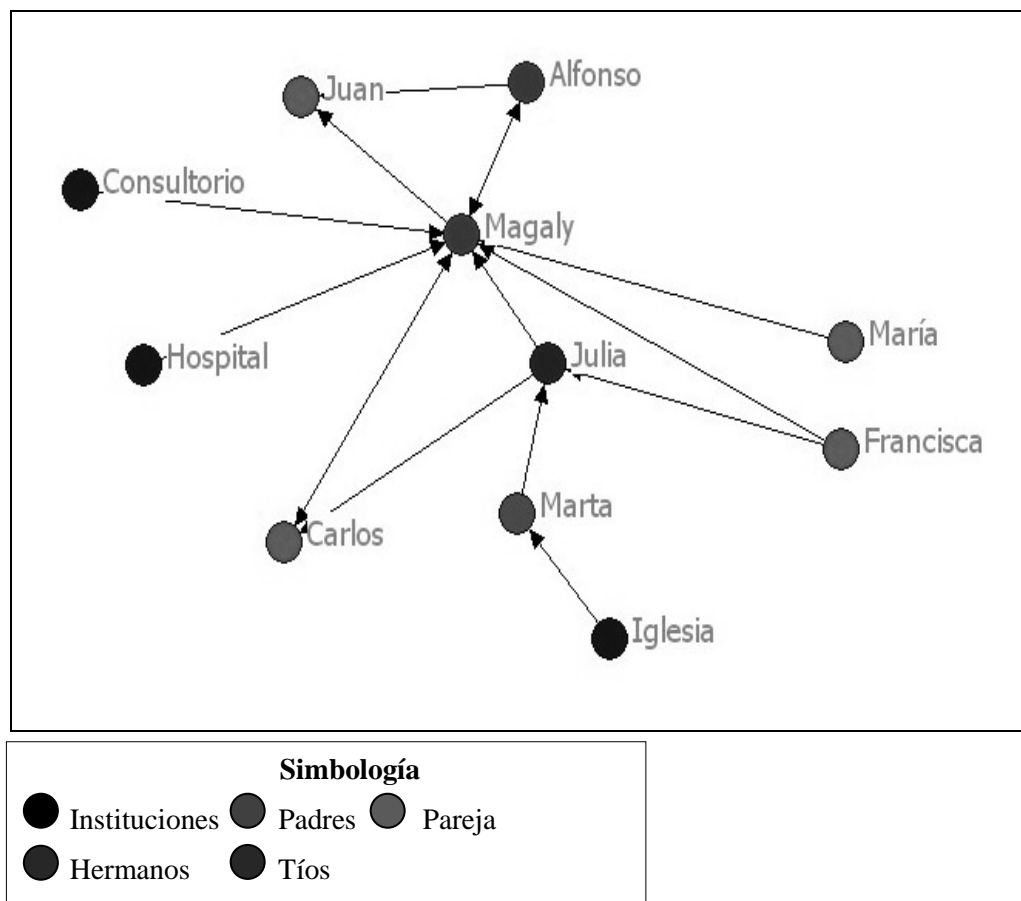


Al observar la red del sujeto 23, nos damos cuenta que la mayor cantidad de nodos identificados son miembros de la familia; siendo María, madre del sujeto quien asume un rol protagónico de nodo conector entre los miembros familias, amigos y institución. Al hablar de instituciones, vemos reflejada la presencia de solo una, la cual es el hospital, lo que nos lleva a concluir que existe una escasa red institucional en la red de Samuel. El tamaño y densidad de la red se concentra principalmente en la familia del sujeto.

Figura 38 Red sujeto 24.

Edad: 27 años

Tiempo de enfermedad: 2 años

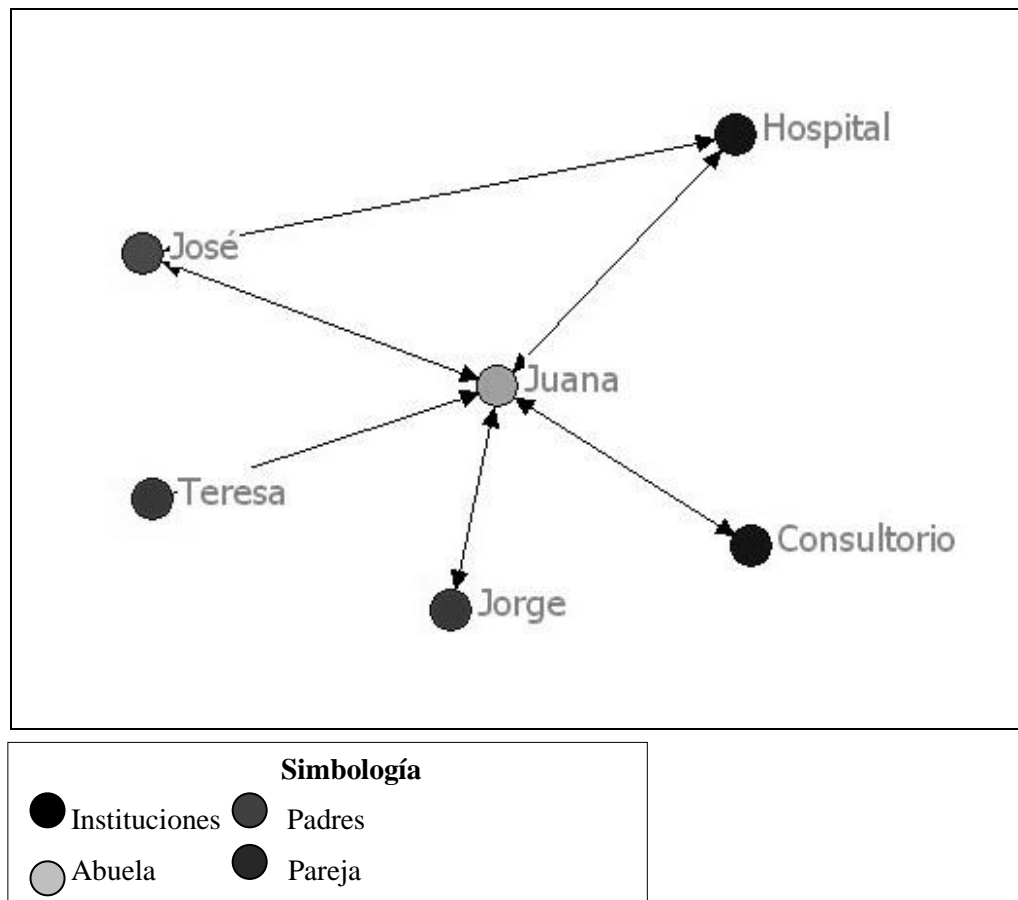


Como se puede observar en la red del sujeto 24, existe un gran número de conexiones entre los nodos, donde Magaly, madre del sujeto asume un rol de de nodo conector entre los miembros de la familia y las instituciones. El sujeto cuenta con apoyo emocional, social y económico de parte de su familia, pareja e instituciones. El tamaño y densidad de la red se encuentra concentrada en familiares y en instituciones.

Figura 39 Red sujeto 25.

Edad: 17 años

Tiempo de enfermedad: 1 año



Como se logra observar, en la red del sujeto 25, con respecto a las conexiones existentes, nos damos cuenta que Juana, abuela de la sujeto asume un rol de nodo conector con los demás miembros de la familia e instituciones. Podemos decir que el tamaño y densidad de la red se ven concentrados en la familia de la sujeto. Cabe destacar que de las dos instituciones presentes, es el hospital que posee mayor nexo con los miembros de la familia. Al mirar la red nos damos cuenta que se trata de una red pequeña, con poca presencia de nodos, lo que hace que el sujeto 25 no tenga mayor apoyo de redes.

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Resumen.

La esquizofrenia es un trastorno mental que altera el comportamiento de la persona a nivel físico y psicológico, actuando como limitante al momento de insertarse normalmente a la sociedad. Debiendo someter a la persona a un tratamiento biosicosocial; siendo de real importancia el control bajo medicamento, pero también el apoyo de su entorno, especialmente familiar en el proceso de integración laboral y social.

La presente investigación tiene como propósito conocer y analizar a una población de 25 personas que padecen la enfermedad de esquizofrenia. En este proceso se analizará el tamaño, la densidad y la reciprocidad al momento en que el individuo interactúa con su red social de apoyo.

Es una oportunidad de generar nuevo conocimiento respecto a esta enfermedad de origen no específico, que durante años ha estigmatizado a las personas que la padecen, siendo un obstáculo al momento de insertarse a la sociedad.

A través de esta investigación se logró conocer la realidad de los encuestados, desde una perspectiva más cercana, permitiendo inferir, aportar y plantear nuevos desafíos para el entorno familiar, social y laboral en el apoyo, desarrollo e integración de las personas con esquizofrenia.

5.2 Conclusiones.

De acuerdo al proceso de investigación realizado, debemos mencionar que la población analizada se formó de veinticinco personas que padecen esquizofrenia, de la ciudad de Chillán, siendo ocho personas del Hogar Protegido, quince personas que componen el Programa de Esquizofrenia primer brote del Hospital y dos personas pertenecientes a COFAPECH. Las edades de los encuestados fluctúan entre diecisiete y cincuenta y cuatro años de edad, con tiempos de enfermedad entre diecisiete hasta veinte años.

A través de la presente investigación, se demostró la influencia que tiene la red de apoyo a nivel familiar, social y laboral, siendo estas dimensiones la base fundamental para el análisis de integración en cada uno de los encuestados; lo que ha permitido conocer cómo estas influyen en su proceso de tratamiento y rehabilitación. De lo anterior podemos inferir que el apoyo familiar es un factor determinante en cuanto a la integración a la sociedad, ya que la familia es el primer nivel de socialización de una persona, entregando herramientas básicas que dan mayor seguridad para insertarse a nivel macro social.

Si hablamos de la relación de las personas que padece la enfermedad con su red social, a través de nuestra investigación podemos establecer que efectivamente existe reciprocidad; presentándose en forma dinámica en las distintas realidades de los encuestados. Frente a esto encontramos que la variable se presenta con mayor intensidad a nivel familiar e Institucional, específicamente el Hospital e Iglesias.

En cuanto al tamaño de la red social podemos inferir que la mayoría de los encuestados posee redes pequeñas donde los principales nodos conectores entre amigos, Instituciones y conocidos son familiares. Además el análisis de redes nos permitió evaluar la densidad de las distintas redes, lo que nos muestra que la mayor concentración de conexiones se presentaba entre el encuestado y su familia; exceptuando a los encuestados residentes en el Hogar Protegido, donde la densidad se reflejaba en las Instituciones, amigos(as) y conocidos(as). En general las redes de los estudiados son densas y de un tamaño promedio en relación a las personas que no poseen el diagnóstico de Esquizofrenia.

A lo largo de nuestra investigación hemos podido reafirmar lo expuesto en el marco teórico en aspectos en los cuales se mencionaba que una persona que padece esquizofrenia puede desarrollar habilidades sociales, si cuenta con el apoyo constante de un cuidador, en

especial si es familiar, ya que constituye el medio más cercano y permite una inserción más eficiente al mundo real.

En conclusión la investigación desarrollada, permitió conocer la realidad de las personas con esquizofrenia, las similitudes que se presentan entre una experiencia y otra, la red personal que cada uno tiene, y cómo influyen en el proceso de integración social. Siendo una oportunidad de aportar al acervo de conocimientos teórico práctico respecto a las personas que padecen esta enfermedad y que durante años han sido estigmatizadas ante la sociedad.

5.3 Recomendaciones.

Como primera recomendación debemos mencionar que resulta de suma importancia la creación de nuevos espacios para personas que padecen esquizofrenia, a pesar de que actualmente existen instituciones donde pueden desarrollar destrezas y habilidades como por ejemplo el Hospital de Chillán, se considera que es necesario seguir avanzando en espacios que faciliten y fomenten la participación, no sólo como instancias necesarias para generar socialización, sino como herramientas para generar instancias a nivel laboral, a fin de que cada vez exista mayor conciencia de que la esquizofrenia es una realidad presente en nuestra sociedad. Además es necesario capacitarlos para que en aquellos espacios, puedan desempeñar y demostrar las destrezas y/o habilidades, debido a que el desconocimiento de los logros que se pueden conseguir no facilita la apertura a mayores instancias de capacitación, por lo tanto, al capacitarlos se genera un autoconocimiento y fortalecimiento de sus capacidades.

La educación a la sociedad frente a los mitos y realidades frente a la esquizofrenia y las personas que la padecen, requieren de un mayor conocimiento de la enfermedad, y cómo esta puede sobrellevarse de una manera adecuada siguiendo el tratamiento correspondiente, ya que actualmente existe desconocimiento de la enfermedad, que lógicamente desencadena mitos que no se condicen con la verdadera realidad de una persona que padece esta enfermedad, por lo tanto, sólo derribando estos mitos a través de la educación social, podremos disminuir aquellos temores que actualmente el común de los actores sociales presente frente a la enfermedad y los que la padecen.

Otra recomendación importante, dice relación al fortalecimiento de las instituciones que actualmente existen, ya sea a nivel económico, en asesoramiento, etc, a fin de que estas no desaparezcan. Esto tiene relación al evento de que durante el desarrollo de la presente investigación, se pudo presenciar la desintegración y el cese de las funciones de COFAPECH, institución que permitía la participación tanto de pacientes, como de familiares que apoyaban el proceso de tratamiento. Dicha situación, nos lleva a reflexionar que eventos como este no deben suceder, ya que no contribuyen al avance en la generación de nuevas instituciones que se dediquen al trabajo con personas que padecen esquizofrenia.

La sensibilización de la sociedad frente a las personas que padecen esquizofrenia, también es un aporte necesario en la presente investigación; todo ello con el objetivo de generar más

integración y derribar la indiferencia que existe en la colectividad frente a las personas que sufren de esta enfermedad, entendiendo que son personas que poseen los mismos derechos y oportunidades pero por sobretodo necesitan nuestra atención.

Nuestra investigación, sugiere la posibilidad de servir de base para futuras investigaciones en el tema, permitiendo abrir nuevos espacios de investigación de la Esquizofrenia desde los aspectos sociales que esta enfermedad presenta, siendo esta área escasamente estudiada, ya que las personas que padecen este trastorno no logran insertarse de manera completa en la sociedad, aumentando el desconocimiento de ella.

Fortalecer en la importancia de la existencia de los roles que asumen las redes sociales que trabajan en beneficio de las personas que padecen Esquizofrenia, ya sea en roles como: redes sociales motivadoras, educadoras, apoyadoras y supervisoras del tratamiento.

LISTA DE REFERENCIAS

- Amar, José. (1989). Infancia y calidad de vida. Universidad del Norte, Revista del Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano. Barranquilla. [documento de WWW]. URL <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut código=313931>.
- Estévez, R. y Aravena, R. (1988). Conocidos, Amigos y Salud mental: "La Red Personal y las Transacciones de la Vida Adulta". Revista de Psiquiatría, pp. 4.
- Gallino, L. (2009, 03 de diciembre). [documento de WWW] URL <http://www2.mdp.edu.ar/index.php?key=4524>.
- Glosario. (2008). Espacio Logopedico. Obtenido en Mayo 29, 2009, [documento de WWW]. URL <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=436>.
- Guerrero, L.; Pavez, A. (1988). Redes Sociales en sujetos depresivos y no depresivos: un estudio descriptivo comparativo. Tesis para optar al título de psicólogo. P.U.C., Santiago de Chile, pp. 4.
- Hales, Robert E y Yudofsky, Stuart C. (2000). DSM-IV Tratado De Psiquiatría (3°. ed.). Barcelona, España: Masson S.A.
- Heerlein A. (2000). Ediciones de la sociedad de neurología, psiquiatría y neurocirugía. Psiquiatría Clínica. Chile.
- Hernández, R y Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación (3°.ed.). México: Mc Graw Hill.
- Leibe, M y Kallert T.W. (2001). Integración social y calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos en tipos de asistencia complementaria diferentes. [documento de WWW]. URL <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/europeanpsymarzo/93-104.pdf>.
- Ministerio de salud del Gobierno de Chile. (2005). Guía clínica Primer Episodio Esquizofrenia. (1°. ed.). Santiago, Chile.
- Mosher, L y Keith, S. (1980). Psychological Treatment: individual, group, family and community support approaches, pp. 4.
- Myers, David G. (2005). Psicología (7°. ed.). Argentina: Medica Panamericana.
- Pattison, E. y Pattison, M. (1981). Analysis of Schizophrenic Psychosocial Network. Schizophrenia Bulletin. Vol. 7. pp. 135;143.
- Pérez, F. (2007), Esquizofrenia, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile; Campus Sur, Santiago.

- Pueyrredon, Alba (Abril 2008). Red Social: Sus Características Estructurales. Obtenido en Mayo 22, 2009, [documento de WWW]. URL <http://www.editum.org/Red-Social-Sus-Caracteristicas-Estructurales-p-866.html>.
- Sokolovsky, J; Cohen, C.; Berger, D. y Geiger, J. (1978). Personal Networks and Ex Mental Patients in a Manhattan S.R.O. Hotel. Human Organization. pp. 5-15;37.
- Tolsdorf, C. (1976). Social Networks, Support and Coping: An Exploratory Study. Family Process. Vol. 15. pp. 407-412.
- Troncoso, Marcela, Álvarez, Claudia y Sepúlveda, Rafael. (1995). Redes sociales, salud mental y esquizofrenia. Obtenido en Mayo 30, 2009, [documento de WWW]. URL www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/redes_soc_y_eqz.doc.
- Vicente B, Vielma M, Rioseco P. (1994). Un programa de epidemiología Psiquiátrica para Chile. Revista psiquiatría, pp. 11: 160-71.

APENDICE



INSTRUMENTO DE MEDICION

NOMRE:

EDAD:

SEXO:

TIEMPO DE ENFERMEDAD:

Niveles	Preguntas	Siempre	A veces	Nunca
Integración familiar	¿Ud. cuenta con el apoyo de su familia en el proceso de tratamiento de la enfermedad?			
	¿Ud. Tiene un integrante de su familia que ha estado presente en el proceso de tratamiento y rehabilitación?			
	¿Se siente integrado dentro de su grupo familiar?			
Integración laboral	¿Se siente Ud. Capacitado para ejercer algún tipo de trabajo?			
	¿Ha tenido Ud. la oportunidad de desempeñarse laboralmente en un puesto de trabajo? (Si la respuesta en nunca pasa a la pregunta de integración social)			
	¿Ha sentido que su trabajo es valorado en el lugar donde se ha desempeñado?			
	¿Se ha sentido discriminado por su enfermedad en el lugar de trabajo?			
	¿Se ha sentido discriminado por su enfermedad al momento de postular a un trabajo?			
	¿Se ha sentido presionado al realizar su trabajo?			
Integración social	¿Se siente Ud. integrado en la sociedad?			
	¿Le da temor participar en actividades masivas que involucren a gran cantidad de personas?			
	¿Se siente rechazado por las personas?			
	¿Cree Ud. que la sociedad brinda los espacios necesarios para integrar a personas como esquizofrenia?			
	¿Cree Ud. que las personas con esquizofrenia pueden integrarse socialmente de forma completa, según las capacidades individuales de los pacientes?			
	¿Le agrada participar en grupos sociales (iglesia, club)?			

RED PERSONAL DE ALTER (Según lista mencionada)

N°	De la lista mencionada ¿Con quién tiene una relación más cercana?	¿Quién de ellos se visitan 1 o 2 veces por semana?	¿A quién visitas 1 o 2 veces por semana?	¿Con quién compartes tus problemas y temas importantes?	De la lista ¿Quiénes se conocen entre sí?
P1					
P2					
P3					
P4					
P5					
P6					
P7					
P8					
P9					
P10					

RELACION CON INSTITUCIONES

INSTITUCIONES	Relación cercana	Relación cercana	Relación lejana	¿Te sientes importante para ellos?	¿Participas activamente de las actividades que estas te ofrecen?
Hospital					
Hogar protegido					
Consultorios					
COFAPECH					
Municipalidad					
Carabineros					
Otros (Iglesia, club)					

