

## **FUNCION DEL SOPORTE SOCIAL EN EL DESORDEN DE ADAPTACION**

CARLOS ALVARADO \*

KEY WORDS: *Social support — Adjustment Disorder — Supportive psychotherapy*  
PALABRAS CLAVE: *SopORTE social — Desorden de Adaptación — Psicoterapia de apoyo*

*Entendiendo el concepto de soporte social como la ayuda importante que proviene de personas o instituciones con las que un sujeto se relaciona y que se actualiza en situaciones de pérdida o de crisis por efecto de estresores psicosociales, se lleva a cabo la presente investigación con la finalidad de comprobar si existe relación entre el Desorden de Adaptación y un sistema de soporte social deficiente y si hay relación directa entre un pronóstico favorable de recuperación del Desorden de Adaptación y un adecuado soporte social. El estudio fue realizado en el Servicio de Consulta Externa de Adultos del INSM. Se totalizaron 32 casos diagnosticados bajo los criterios del DSM-III como Desorden de Adaptación, con un seguimiento de doce semanas, cuantificándose tanto el soporte social como la intensidad de la sintomatología del desorden mediante la aplicación del Inventario de la Red de Soporte Social de Flaherty-Gaviria-Pathak, así como el SCL 90 R de Derogatis, respectivamente. Los resultados comprueban ambas hipótesis pero se les da a las mismas un carácter de primera aproximación al problema.*

### **The function of social support in Adjustment Disorder**

*With the understanding that the concept of social support is the important help provided by persons and institutions with which a subject relates itself and is highlighted in situations of loss or of crisis determined by psychosocial stressors, we carried out the present investigation trying to prove if there is a relationship between the Adjustment Disorder and a deficient system of social support and if there is a direct relationship between a favorable prognosis of the disorder and an adequate social support. The study was carried out in the Out-patient Department of Adults of NIMH. We totalize 32 cases diagnosed under the DSM-III Criteria as Adjustment Disorder, with a follow-up of 12 weeks. The social support was quantified by means of a Social Support Inventory. The evolution of the psychopathological symptoms was determined with the SCL 90 R by Derogatis. The results proved both hypothesis.*

\* Psiquiatra Asistente, Dpto. de Adultos y Geriátría del INSM. Dpto. de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

## INTRODUCCION

La constante preocupación en el quehacer de la salud mental respecto a los campos de la prevención en sus diversos niveles, encuentra todavía interesantes probabilidades de lograr sus objetivos, aunque éstos sean sólo un fragmento de todo un contexto en el que la dificultad sigue siendo la falta de objetivación del problema mental. Así, pues, debemos considerar el estudio del soporte social como una de las posibilidades de esclarecimiento de ciertos fenómenos que influyen en la salud mental, lo que pretendemos dilucidar.

Definiremos y utilizaremos el término *red social* como las múltiples relaciones que un sujeto mantiene, dentro de su medio ambiente, con otras personas, bien en forma individual o grupalmente; el *soporte social* es la ayuda importante que en circunstancias de pérdida o de crisis proviene de parte de personas o instituciones con las que el sujeto está relacionado (Val, Gaviria & Flaherty, 1982).

## MARCO TEORICO Y DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA

En la actualidad los aspectos de soporte social, así como de red social, cobran singular importancia, puesto que las condiciones generales de vida se tornan más difíciles debido a los marcados cambios económicos, sociales y familiares. La exploración de estos sistemas de soporte y el trabajo que se pueda realizar en base a ellos, podrían beneficiar al individuo, de tal manera que ocurra un atenuamiento de los procesos psicopatológicos

reactivos tanto en el área preventiva como en la terapéutica (Heller, 1979). Por un lado, se incrementaría la capacidad de control, y por el otro, se evitaría o contrarrestaría el sentimiento de desamparo, el cual, en última instancia, puede ser el precipitante de la sintomatología del paciente.

Los conceptos de red social y soporte social, estudiados ampliamente durante las décadas del 50 y del 60, continúan aún vigentes y suscitan todavía mucho interés, aunque se les discuta mucho.

Conocedores de las dificultades y deficiencias metodológicas en la investigación de aspectos sociales es nuestro deseo estudiar de modo directo la relación de los conceptos antedichos con respecto a la problemática de índole reactiva, pues hay un nexo común a través de los eventos vitales estresantes (definidos como "conjunto de circunstancias que impactan en el sujeto y que requieren de cambios de los patrones básicos de la vida del individuo") (Holmes y Rahe, 1967). Esto ha sido establecido mediante estudios que correlacionan las variables en cuestión, es decir, los eventos vitales estresantes y los desajustes psicológicos (Dunner, 1979; Wilcox, 1981). También hay que tener siempre en cuenta la influencia de las variables biológica, psicológica y comportamental, así como los factores situacionales. En efecto, suele encontrarse una estrecha relación entre la presencia de estos eventos vitales generadores de estrés y el soporte social, así como con la sintomatología reactiva puesta de manifiesto en el Desorden de Adaptación, lo cual se conceptúa en el DSM-III.

Hay evidencia que indica que la red social y el sistema de soporte social tienen influencia en la vida de las personas (Heller, 1979; Brown, 1975; Flaherty y Gaviria, 1983; Holahan y Moos, 1982; Lin y Dean, 1981; Surtees, 1980; Vinokur y Selzer, 1975; Eaton, 1978), sea que se trate de una enfermedad o no, ya que pueden actuar bajo enfermedad o bajo estrés (Val, Gaviria & Flaherty, 1982), llegando la ayuda en el aspecto del recurso médico o de la adaptación a la vida comunitaria. De aquí nuestra inquietud por cotejar las variables que pretendemos estudiar a fin de observar en qué medida las personas que están desposeídas de una apropiada red social o de un soporte social conveniente tienen mayor riesgo. Asimismo, averiguaremos si cuando estos elementos se manifiestan tenuemente en la vida de los individuos hay mayor posibilidad para el desencadenamiento de un cuadro clínico denominado Desorden de Adaptación; posteriormente, estableceremos una comparación entre los sujetos que habiendo presentado tal desorden manifiestan diferencias dentro de su evolución, para así poder determinar si aquellos que mejoran más pronto poseen o no una mejor red y soporte sociales, los cuales permitirían un rápido ajuste y, consecuentemente, una recuperación más acelerada.

La literatura en relación a los efectos del soporte social proviene de una variedad de fuentes. Las más comunes son aquellas que refuerzan la teoría del "amortiguamiento" (Brown, 1975; Nuckolls *et al.*, 1972; Holahan y Moos, 1982; Wilcox, 1981). Otros autores enfocan el problema en el sen-

tido de la "pérdida" de soporte social como un factor de riesgo (Blazer y Williams, 1980; Sarason, *et al.*, 1978; Warheit, 1979; Cobb, 1974). De cualquier manera, nos interesa establecer una relación con la clínica para así proceder a medidas de prevención adecuadas (Gruenberg, 1959).

No se puede aún, a pesar de los extensos estudios en este campo, establecer una relación causal (Rabkin y Struening, 1976), entre el soporte social y el estrés psicológico, en el sentido de una integración de dos categorías de eventos en la que cualquier cambio en la calidad o presencia de uno de ellos dé lugar a alteración en el otro (Leighton, 1967). Hay que tener en cuenta que se trata de una variable de difícil estudio y que, de una u otra forma guarda estrecha asociación con el desajuste emocional, considerando la temporalidad, fuerza y consistencia con que éste ocurre (Broadhead y Kaplan, 1983). De otro lado, hay también cambios, no necesariamente de salud, que se dan en estos eventos, tales como relaciones negativas significantes entre el estrés vital y el rendimiento académico (Sarason, *et al.*, 1978). Además, un bajo soporte social puede estar relacionado con sintomatología psicósomática (Gore, 1978).

Cuando examinamos la potencialidad del soporte social en relación a los eventos vitales estresantes y a la enfermedad como consecuencia, encontramos más información proveniente de estudios previos acerca de circunstancias de vida y enfermedad. Sin embargo, el soporte social aún no ha sido claramente correlacionado

con el estresor o el modelo de la enfermedad (Lin, *et al.*, 1979) Esto, hipotéticamente, podríamos hallarlo si lo estudiamos en referencia con el Desorden de Adaptación, con lo que se encontraría una probable relación inversa, que sustentaría la función que cumple el soporte social específicamente en este cuadro clínico, que a pesar de ser un desorden leve o transitorio, puede ser observado cada vez con mayor frecuencia. Por ejemplo, en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" durante el primer año de atención se pudo comprobar que el Desorden de Adaptación llegó a ocupar el segundo lugar en la estadística registrada entre todas las categorías diagnósticas en el Servicio Externo de Adultos: de un total de 814 pacientes atendidos, el 25% (208) correspondió a este diagnóstico; asimismo, se constató en el mismo servicio durante el año siguiente que, de 847 casos nuevos admitidos, 69 (8.1%) correspondieron a esta categoría. También estamos informados de que en otros centros asistenciales esta categoría puede alcanzar hasta el 5% de los internamientos, lo que refuerza la validez descriptiva del cuadro, que no se debería subestimar, sobre todo si hay la posibilidad de una predictibilidad para otros desórdenes mayores (Andreasen, 1982).

### HIPOTESIS

1. Existe relación entre la presentación de un Desorden de Adaptación y un sistema de soporte social deficiente.
2. Existe una relación directa en-

tre pronóstico favorable de recuperación del Desorden de Adaptación y un adecuado nivel de soporte social.

### MATERIAL Y METODO

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Consulta Externa de Adultos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". La muestra está constituida por 32 casos clínicos diagnosticados con la categoría de Desorden de Adaptación, luego de haber cumplido los criterios que para el caso exige el DSM-III, según se indica a continuación:

A. Reacción desadaptativa a un estresor psicosocial identificable (eje IV) que se presenta dentro de los tres meses luego de la aparición del estresor.

B. La naturaleza desadaptativa de la reacción se indica por una de las siguientes modalidades:

(1) Desmedro del funcionamiento social y laboral (eje V).

(2) Síntomas que exceden a una reacción normal o predecible frente a un estresor (eje I).

C. El desorden no es meramente ejemplo de un patrón de hiperreacción al estrés o una exacerbación de desórdenes mentales previamente descritos.

D. Se asume que el desorden remitirá luego que el evento o el estresor cese o, si el estresor persiste, cuando se logre un nuevo nivel de adaptación.

E. El desorden no reúne los criterios para ninguno de los desórdenes específicos listados previamente.

Los casos clínicos fueron identificados por el Servicio de Admisión,

con cuyo personal se llevaron a cabo reuniones previas, estableciéndose el primer nivel de selección de la muestra, que debería constar de pacientes de ambos sexos entre los 18 y los 50 años de edad, con un cuadro agudo de desorden de emociones, conducta y/o rendimiento, con relación temporal más o menos estrecha a un evento ocurrido en su vida dentro de los tres meses previos al inicio de los síntomas. Los eventos podrían ser tales como pérdida de un ser querido, migración, separación, abandono u otras situaciones importantes, siguiendo los lineamientos de diversos inventarios de estresores psicosociales, en especial el que establece el DSM-III para la valoración del eje IV del diagnóstico multiaxial, así como la escala de Holmes y Rahe para tal efecto (Holmes & Rahe, 1967).

Asimismo, los pacientes deberían carecer de antecedentes de enfermedades mentales durante su vida. Estos puntos se concretaron, a través de un breve interrogatorio, de la manera siguiente:

a. ¿Ha sido usted siempre "nervioso"?

b. ¿Algo en especial le ha ocurrido durante los últimos tres meses?

c. ¿Relaciona usted tales hechos a su situación de salud actual?

d. ¿Ha disminuido usted en su normal funcionamiento en la vida diaria en general?

Cumplidos estos requisitos, se procedió a la primera entrevista diagnóstica según los criterios del DSM-III. Esta fue llevada a cabo única y exclusivamente por el investigador, debido a que el estudio incluía un programa de psicoterapia individual y por lo

tanto fue preciso el evitamiento de la participación de otros evaluadores circunstanciales. Resuelto así el problema diagnóstico y admitido el paciente en el estudio se continuó con la aplicación de las siguientes escalas:

1. Inventario de la Red de Soporte Social de Flaherty, Gaviria y Pathak;

2. SCL 90 R de Derogatis.

La aplicación de dichas escalas estuvo a cargo de un Interno de Psicología, entrenado previamente para tales fines. En el caso de la SCL 90 R, ésta fue aplicada además en una segunda instancia al final del seguimiento, es decir a la décimo-segunda semana de la primera entrevista. Los resultados de las aplicaciones correspondientes de estos instrumentos fueron mantenidos en reserva por el evaluador, y recién después de la finalización del estudio fueron reveladas al investigador las puntuaciones obtenidas.

Se pactó un compromiso formal con cada uno de los pacientes, quienes garantizaron su asistencia a los controles y sesiones terapéuticas, que fueron realizadas en la primera, segunda, cuarta, sexta, octava y décimo segunda semanas. En éstas se desarrollaron las sesiones psicoterapéuticas homogenizadas para todos los casos, siguiendo el modelo propuesto por Perales (simplificado) (Perales, 1979). Cada entrevista tuvo un tiempo límite de 30 minutos y siempre bajo las mismas características: sesiones individuales, frente a frente y utilizando únicamente técnicas de psicoterapia de apoyo, en donde el terapeuta se convierte esencialmente en un yo auxiliar del paciente con la misión de reforzar la función de percepción e

integración de estímulos, organización del juicio y toma de decisiones, sin considerar las asociaciones libres ni la interpretación de elementos inconscientes. Se tuvieron en cuenta las siguientes pautas:

1. Establecimiento de una relación emocional positiva, manteniendo distancia y objetividad.

2. Estimulación de la verbalización de los sentimientos, ya que ella constituye un elemento terapéutico importante, sobre todo si es aceptada sin crítica.

3. Alentar al sujeto en todo momento a mantenerse en su realidad haciendo siempre los señalamientos precisos a fin de que su fantasía no se expanda.

4. Fomentar el sentimiento de esperanza real, dentro de la seriedad que brinda la confianza y no la falsa promesa.

5. Combatir los falsos conceptos o prejuicios, evitando la continuidad entre la idea y el temor.

6. Medicación coadyuvante de acuerdo a las necesidades del cuadro clínico: a) sin medicación; b) diazepam 5 mg. condicional a estados de tensión; c) diazepam en forma regular, 5 mg. cada 8 horas.

Se excluyeron todos aquellos casos que presentaron otro diagnóstico psiquiátrico mayor concomitante al buscado, y que prevalecía sobre la enfermedad actual. Asimismo, no fueron admitidos quienes, por una u otra razón, presentaron impedimentos de orden lingüístico que dificultaran el diálogo y la comprensión del interrogatorio, así como el proceso psicoterapéutico. Finalmente, fueron excluidos aquellos en quienes se detectaron

otros tratamientos simultáneos que significaran franca interferencia con el estudio.

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron:

1. Historia clínica computarizada del INSM.

2. Escala de valoración DSM-III para estresores (eje IV).

3. Inventario de la Red de Soporte Social de Flaherty, Gaviria y Pathak (1983) (10).

4. SCL 90 R de Derogatis (1973) (6).

#### *Historia clínica*

La Historia Clínica empleada en el INSM tiene un carácter semi-estructurado, y es la versión castellana de la desarrollada en la Universidad de Pittsburgh (Mezzich, *et al.*, 1981). Está orientada hacia un diagnóstico multiaxial según el DSM-III. Consta de una sección estructurada y de otra descriptiva, con lo cual nos ofrece la ventaja de poder obtener una estandarización en las entrevistas, así como de valernos de los registros computarizados que posee para facilitar la información con mayor prontitud.

#### *Escala de Valoración DSM-III para estresores (Eje IV)*

El Eje IV de la valoración diagnóstica multiaxial del DSM-III mide la intensidad del estrés psicosocial, que guarda estrecha relación con la manifestación clínica desarrollada posteriormente, así como con el pronóstico de la misma en una relación inversa, lo cual ha quedado ampliamente demostrado. Esta escala mide el es-

trés psicosocial en una persona "promedio" en circunstancias similares y con semejantes valores socio-culturales, y estima el grado de modificación de la vida del individuo en sus patrones básicos como consecuencia del impacto producido. Se califica de la siguiente manera: 1. Ninguno; 2. mínimo; 3. leve; 4. moderado; 5. severo; 6. extremo; 7. catastrófico; 0. no especificado.

### *Inventario de la Red de Soporte Social*

Consta de 11 preguntas referidas a cuatro personas y una institución, señaladas por el propio paciente como los más conspicuos exponentes de la red de soporte social que posee y que le son planteadas mediante las siguientes instrucciones: "Haga una lista de los nombres o iniciales de los nombres de todas las personas que son importantes para Ud. en su vida actual. Tales personas podrían ser miembros de su familia, amigos, vecinos, compañeros de estudios o de trabajo, médicos, enfermeras, sacerdotes, jefes, profesores, alumnos, compañeros de juegos o deportes, etc. Coloque tales nombres en orden de importancia, empezando con el que tenga mayor relación emocional, psicológica, y material. Si la lista excede de 5 personas también las puede considerar, pero sólo es necesario que conteste preguntas con relación a las cuatro primeras. Asimismo, si Ud. tuviera una especial relación con alguna institución u organización (iglesia, escuela, clínica u hospital, instituciones benéficas, etc.), inclúyala en la lista anterior en el quinto lugar". Las áreas a evaluarse

dentro del cuestionario cuantifican el soporte social desde el punto de vista de: disponibilidad, reciprocidad, apoyo práctico, apoyo emocional y, finalmente, apoyo relacionado con el problema actual. El puntaje medio de las 55 respuestas dadas por el examinado determina el nivel de soporte social que pudiera tener (deficiente, moderado o elevado).

Los rubros A, B, C, D, E, F se refieren exclusivamente a los aspectos demográficos del grupo que se estudia. G, H, I exploran la disponibilidad, lo cual hablan en favor de la potencialidad que tiene el individuo de recibir ayuda si la situación lo requiriera o, lo que equivale decir, los recursos latentes con que podría contar la persona en caso de ser necesario. J, K representan el apoyo práctico en la medida que resuelve problemas concretos y los que el cuestionario considera sólo se darían siempre y cuando se manejen relaciones interpersonales estrechas. K, L, M constituyen la reciprocidad, que tiene un papel definido de balance y equilibrio; el dar y recibir tiene una importancia básica, ya que no sólo se obtiene bienestar siendo el receptor de la ayuda sino también a través de la satisfacción que produce proporcionar soporte a otros, con lo que se estaría incrementando el sentimiento de autoestima. L, M, N, O, cuantifican el apoyo emocional propiamente dicho, que es consignado por los autores como la variable más representativa del soporte social y, finalmente, P, Q se refieren al apoyo relativo al problema actual e indican las posibilidades de respuesta del paciente ante su situación presente.

En lo referente a la calificación de esta escala se estiman tres niveles, a saber: bajo soporte social (valores promedios menores de 3); moderado soporte social (valores entre 3 y 4 de promedio) y, finalmente, alto soporte social (entre 4 y 5). Un promedio igual o mayor a 4, lo estimamos adecuado y conveniente, y por debajo de 4, deficiente.

### *SCL 90 R. de Derogatis*

Es un listado de 90 síntomas agrupados en 10 áreas y que se califican del 0 al 4 de la siguiente manera:

0. El síntoma no está presente o lo está en su mínima expresión y por lo tanto no es registrado por el paciente.

1. *Un poco.* Se estima que la intensidad y frecuencia del síntoma son extremadamente bajas.

2. *Moderadamente.* Los registros de tales síntomas causan molestias de regular intensidad y se presentan con relativa frecuencia.

3. *Bastante.* Los síntomas causan interferencia en la vida del sujeto; se presentan con regularidad e intensidad elevadas.

4. *En extremo o mucho.* Intolerancia del síntoma debido a su gran intensidad y frecuencia casi constante.

Habida cuenta que la sintomatología que caracteriza al Desorden de Adaptación tiene que ver con sólo algunas de las 10 áreas de este instrumento, se ha trabajado en forma selectiva con aquéllas que son representativas, descartando las que se refieren a: obsesividad-compulsividad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, dimensión adicional. Por

ello, las áreas que se han considerado para el estudio son las siguientes:

Area I. Somatización, conformada por las preguntas N° 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58.

Area III. Sensibilidad interpersonal, constituida por las preguntas N° 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73.

Area IV. Depresión, correspondiéndole las preguntas N° 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79.

Area V. Ansiedad. Aquí se consignan las preguntas N° 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86.

Area VI. Hostilidad, explorada por las preguntas N° 11, 24, 63, 67, 74 81.

### *R E S U L T A D O S*

Fueron estudiados 32 pacientes que, habiendo sido admitidos por el Servicio de Consulta Externa de Adultos del INSM con el diagnóstico de Desorden de Adaptación, durante el período comprendido entre enero y agosto de 1984, completaron 12 semanas de seguimiento. Se realizaron seis entrevistas por cada caso, las mismas que se llevaron a cabo en las semanas 1, 2, 4, 6, 8, 12. La muestra representa el 52.45% de un total de 61 casos admitidos al Servicio durante el período señalado, y que pudieron ser incluidos para este fin por referencia directa de la Estación de Admisión, que en total derivó 40 casos (65.57%). De estos, se completó el estudio de 32 casos (que representan el 80% de los que ingresaron al proyecto, pues de los 8 casos excluidos, en 2 se comprobó posteriormente, duran-

## C U A D R O N° 1

## DISTRIBUCION SEGUN EL TIPO DE D.A.

<i>Tipo de Desorden de Adaptación</i>	<i>Cod.</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
D. A. con ánimo deprimido	309.00	17	53.1%
D. A. con ánimo ansioso	309.24	4	12.5%
D. A. con mezcla de rasgos emocionales	309.28	5	15.6%
D. A. con mezcla de disturbios de emociones y conducta	309.40	3	9.3%
D. A. con disminución de rendimiento laboral o académico	309.23	2	6.2%
D. A. con rasgos atípicos	309.90	1	3.1%

## C U A D R O N° 2

## TIPOS DE ESTRESORES PSICOSOCIALES

<i>Estresores</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Conflictos familiares	7	27.87%
Separación conyugal	3	9.68%
Muerte de pariente cercano	4	12.5%
Enfermedad grave de familiar	3	9.3%
Alejamiento de familiar	3	9.3%
Divorcio	2	6.25%
Enfermedad grave del propio paciente	2	6.25%
Desempeño de nueva actividad	2	6.25%
Discusión con otros	1	3.1%
Preocupaciones menores	1	3.1%
Pérdida de cantidad importante de dinero	1	3.1%
Alejamiento de amigo cercano	1	3.1%
Infidelidad conyugal	1	3.1%
Violación	1	3.1%

te el seguimiento, características de otros desórdenes de connotación neurótica —desorden distímico—, otros 2 desertaron por dificultades horarias en su centro de trabajo y 4 por ausentarse en forma definitiva o prolongada de la ciudad). El grupo definitivo (32 casos) estuvo integrado por 23 mujeres (71.8%) y 9 hombres, (28.

1%), con un promedio de edad de 27 años (rango: 18 a 47).

La distribución, según el tipo de Desorden de Adaptación hallado, la presentamos en el Cuadro N° 1

En el Cuadro N° 2 se señalan los estresores ligados a cuadro clínico, mientras que en el Cuadro N° 3 reunimos estos mismos estresores de

CUADRO N° 3

INTENSIDAD DE ESTRESORES  
PSICOSOCIALES (EJE IV)

Intensidad del estresor	N°	%
1 = ninguno	0	—
2 = mínimo	1	3.1%
3 = ligero	1	3.1%
4 = moderado	15	46%
5 = severo	8	25%
6 = extremo	7	21.8%
7 = catastrófico	0	—
0 = inespecífico	0	—

acuerdo a su intensidad según la escala de 0 a 7 establecida por el DSM-III (eje IV).

El nivel de funcionamiento adaptativo durante el año previo a la aparición del Desorden está registrado en el Cuadro N° 4.

CUADRO N° 4

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO  
ADAPTATIVO PREVIO AL  
DESORDEN (EJE V)

Nivel Adaptativo	N°	%
1.— superior	1	3.1%
2.— muy bueno	6	18.7%
3.— bueno	24	75.0%
4.— medio	1	3.1%

En lo referente a la cuantificación del soporte social mediante el Inventario de Flaherty *et al.*, encontramos 19 (59.37%) casos con soporte social bajo, 10 (31.25%) con moderado y 3 (9.37%) con alto. Estos los orde-

CUADRO N° 5

VALORES INICIALES Y FINALES  
DE LA SINTOMATOLOGIA AGRU-  
PADOS SEGUN EL NIVEL DE  
SOPORTE SOCIAL

Caso	Soporte Social	SCL 90 Evaluación Inicial	SCL 90 Evaluación Final
<i>Bajo</i>			
2	2.5	3.0	3.1
3	2.4	2.9	1.8
6	2.8	2.6	0.6
9	2.4	2.3	2.1
12	2.9	2.5	1.7
14	1.9	2.6	2.2
15	2.5	1.3	1.8
16	2.7	2.1	1.8
18	2.7	2.4	1.1
20	1.9	2.7	2.5
22	2.6	2.0	1.6
24	2.8	2.3	1.6
25	2.3	2.4	1.6
26	2.9	2.4	1.8
27	2.7	2.7	1.7
28	2.4	2.1	1.2
30	2.5	2.3	1.6
31	2.9	2.5	1.7
32	2.9	2.4	2.5
<i>Moderado</i>			
1	3.9	2.3	0.7
4	3.2	2.8	0.5
7	3.5	2.0	1.6
10	3.6	2.1	0.7
11	3.5	1.9	0.6
13	3.4	2.0	0.5
17	3.3	0.8	0.8
21	3.1	1.9	0.6
23	3.2	2.4	0.5
29	3.3	2.4	0.8
<i>Alto</i>			
5	4.8	1.3	0.5
8	4.0	2.8	0.5
19	4.3	2.0	0.6

namos nuevamente tomando como referencia definitiva el puntaje 4 para considerar a aquéllos por debajo de este guarismo como integrantes del grupo con soporte social bajo o débil y por encima del mismo a los que poseen un soporte social elevado o conveniente; de esta manera establecemos la siguiente relación: 19 (59.37%) + 10 (31.25%) = 29 (90.62%) con soporte social bajo o débil contra 3 (3.75%) con soporte social alto o adecuado.

Considerando solamente 5 áreas del SCL 90 R (I, III, IV, V, VI) y teniendo en cuenta el número 2 como límite de normalidad (Castillo, 1975), establecemos una relación de dos instancias: en primer lugar, la del registro inicial obtenido de la aplicación del cuestionario en la primera semana, frente al logrado en las mismas condiciones en la décimo-segunda semana, con la finalidad de establecer por diferencia de puntajes la condición de mejoría, modificación o empeoramiento, que al agruparlos en relación al nivel de soporte social (Cuadro N° 5) nos permite hacer la comparación de los hallazgos. Por el método de ajuste de regresión por mínimos cuadrados a una curva parabólica obtenemos, como se registra en los Gráficos Nos. 1, 2 y 3, el comportamiento de los 3 grupos según la intensidad baja, moderada o alta de soporte social que poseen.

## DISCUSION

El presente estudio tuvo como finalidad observar el comportamiento directo de una muestra, si bien es cierto reducida, pero que representa un

alto porcentaje de la población que acude al Servicio de Consulta Externa de Adultos del INSM por Desórdenes de Adaptación, y tratar así de establecer la relación existente entre el soporte social y el Desorden de Adaptación. Teniendo presentes las serias dificultades que plantea el estudio psiquiátrico social, como se demuestra en muchos trabajos en ese sentido (Mitchell y Hodson, 1983; Bloom y Hodsos, 1981) los comentarios se limitarán aquí a los hallazgos de nuestra experiencia.

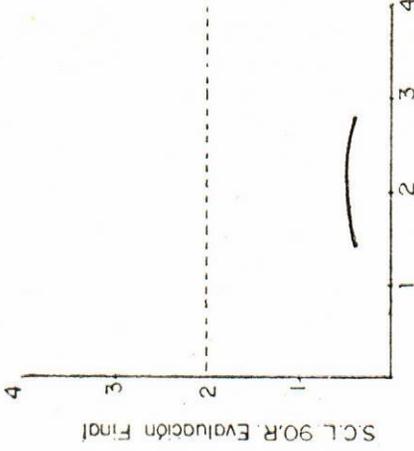
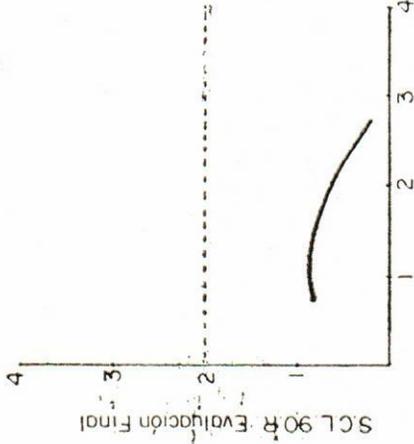
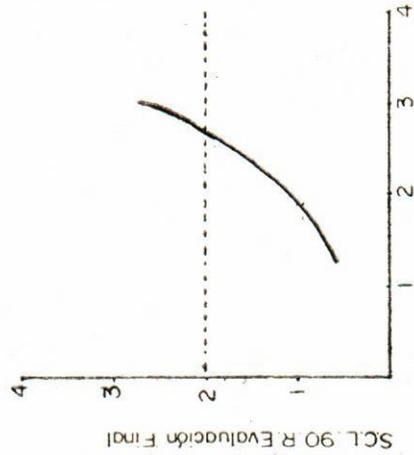
En primer lugar queremos destacar, como ya hemos mencionado, que la muestra de 32 pacientes representa el 52.45% de los 61 casos codificados como Desorden de Adaptación entre enero y agosto de 1984, los cuales a su vez son el 8.4% de la totalidad de los casos admitidos (725) durante el mismo período. Tratándose de un estudio de seguimiento de 12 semanas, consideramos que el índice de deserción es mínimo, lo cual podría explicarse por las expectativas de la población en el INSM. De otro lado, la facilidad de poder realizar visitas domiciliarias con participación de Servicio Social y Enfermería contribuyó a nuestro propósito.

En lo referente al sexo, la relación que se establece aproximadamente es de 5 a 2 a favor de las mujeres, relación que en cierta manera estaba dentro de lo esperado, ya que guarda concordancia con lo que ocurre en la población total de la consulta externa. Esto vale también para el factor edad (promedio de 27 años; rango de 18-49 años).

El interés puesto en el Desorden de Adaptación como tema de estudio

EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO SEGUN LA INTENSIDAD CON QUE SE

PRESENTE EL SOPORTE SOCIAL



referido al soporte social estuvo impulsado principalmente por la relación directa de ambas instancias con los eventos vitales estresantes, ya que de un lado es requisito esencial la presencia de tales eventos para establecer el diagnóstico de Desorden de Adaptación, así como también para poner de manifiesto la presencia del soporte social que posee la persona una vez aparecida la dificultad. Además, pensamos que el Desorden de Adaptación considerado como leve, transitorio, breve o prolongado, que puede presentarse a cualquier edad en personas sin antecedentes de patología mental y que necesariamente tiene que ver con circunstancias específicas, aun siendo reversible, posee una alta carga de riesgo debido a la constelación depresiva, la cual queda demostrada por la mayor incidencia del Desorden de Adaptación con Animo Depresivo (309.00), que en la muestra está representado por el 53% del total, así como la mayor evidencia de la presencia del factor depresivo en el SCL 90 R (Area IV), lo cual da énfasis al cuadro clínico desarrollado por estos pacientes, que los incapacita para responder con conductas efectivas y adecuadas ante las situaciones planteadas, con los cambios cognoscitivos inherentes a la depresión y caracteres de aflicción patológica. Proponemos, entonces, que este desorden no es una entidad simple, residual o secundaria, como se suele suponer, o una suerte de "fondo de saco", pues además de las características señaladas debemos considerar la frecuencia con que se presenta y las repercusiones que se podrían derivar, así como las consideraciones de índole predictiva que

algunos casos aportaría (Andreasen y Hoenck, 1982).

Tenemos pues, en estos desórdenes, en los cuales la sintomatología tiene connotación reactiva, la tristeza evidente o "enmascarada", la angustia, la culpa y la vergüenza, que pueden estar presentes y que se manifiestan a través de expresiones claras de somatización: cafales, mareos, desmayos, precordalgias, lumbalgias, náuseas, dispepsia, mialgias, disnea, parestesia, debilidad, etc., así como sensibilidad interpersonal: temor a la crítica, susceptibilidad, sensación de "caer mal", sentimientos de inferioridad, inseguridad, incomodidad frente a otros, etc. También encontramos depresión propiamente dicha: desinterés, decaimiento, ideación suicida, labilidad emocional, culpabilidad, desesperanza, minusvalía, auto-estima disminuída, etc.; angustia: miedo, temblores, tensión, inquietud, presagios adversos o catastróficos, expectación, etc.; y, finalmente, hostilidad: irritabilidad, descontrol, impulsividad, agresividad, conflictos, etc. Fue por todo esto que decidimos utilizar el SCL R 90 en forma fraccionada, considerando solamente las áreas ya mencionadas y que se codifican de la siguiente manera: Area I: somatización; Area III: sensibilidad interpersonal; Area IV: depresión; Area V: ansiedad, y Area VI: hostilidad, dejando de lado las otras cinco áreas, constituídas por síntomas que generalmente no se manifiestan en esta entidad clínica.

En lo referente a los estresores o eventos de vida estresantes, nuestros hallazgos resaltan la frecuencia de conflictos familiares como los de mayor incidencia (21.8%). El sentido de

disarmonía crea sentimientos de re-óeldía, malestar, frustración, impotencia y desesperanza. Esto hay que tenerlo presente para canalizar la acción terapéutica mediante el abordaje del problema en el grupo familiar, al mismo tiempo que logrando una mejor interacción en esa pequeña red social, para que puedan beneficiarse aquellos pacientes que no evolucionan favorablemente en forma individual. En segundo lugar, destaca con un 12.5% la muerte de seres queridos, un estresor de alta calificación y que desarrolla verdaderas reacciones de duelo con las desventajas que implica. Los otros estresores encontrados se presentan en forma muy dispersa dentro de la muestra, correspondiéndoles porcentajes bajos, tal vez porque la muestra es pequeña.

En cuanto a la intensidad del estresor, vemos que no siempre se requiere uno de marcada severidad, puesto que encontramos que en un 53.1% de los casos fueron precisos solamente estresores menores o iguales a 4, tales como alejamiento de familiares, desarrollo de nueva actividad, conflictos familiares, etc. para desencadenar un desorden de este tipo.

En lo referente al nivel de funcionamiento adaptativo previo (eje V), el hecho de situarse nuestra muestra en forma íntegra dentro de los cuatro primeros niveles refuerza la condición diagnóstica por tratarse de sujetos que se han desempeñado adecuadamente, o con algún deterioro moderado, en las áreas social y laboral, así como en la utilización de su tiempo libre. Por lo tanto, ellos están en condiciones, dentro del plazo establecido, de volver al nivel de funciona-

miento inicial al desaparecer el estresor o, de persistir éste, de alcanzar un funcionamiento en un nivel adaptativo mayor.

Considerando que el Inventario de Soporte Social de Flaherty *et al.* es un instrumento confiable de medición cuantitativa, y encontrando nuestra muestra agrupada según sus niveles bajo, medio y alto, con 59.37%, 31.25% y 9.37%, respectivamente, consideramos que hemos hallado un alto porcentaje de casos que presentan bajo soporte social dentro del grupo, así como también es elevado el porcentaje que tiene sólo un soporte social moderado. Así, pues, los casos registrados con un valor menor de 4 representan el 90.25%. Este es un valor ampliamente mayoritario dentro de la casuística. Es posible que lo mismo ocurra en la población general que presenta el desorden, puesto que se ha establecido la relación entre el Desorden de Adaptación con un sistema de soporte social débil.

Finalmente, valiéndonos de un ajuste de regresión por mínimos cuadrados a una curva parabólica, encontramos interesantes diagramas, en los que en forma esquemática podemos observar que, en el grupo que posee bajo soporte social (Gráfico N° 1), los valores asignados a la intensidad de los síntomas iniciales se mantienen casi idénticos al final del estudio, de tal manera que obtenemos una curva ascendente que agudiza su tangente a partir del grado 2 del síntoma inicial, lo que quiere decir que la presencia del síntoma persiste en igual o mayor intensidad luego de 12 semanas de seguimiento. Esto no ocurre con los grupos de mediano y alto soporte so-

cial (Gráficos Nos. 2 y 3), en los que los valores finales de los síntomas están muy por debajo del nivel clínico inicial, observándose un notable grado de mejoría. Entonces, podemos afirmar que en nuestra muestra la evolución ha sido más favorable mientras más adecuado era el soporte social del sujeto.

### CONCLUSIONES

1. El Desorden de Adaptación en nuestro medio es frecuente y no debe-

ría desestimarse, debido a su interés clínico.

2. Este desorden incluye síntomas depresivos entre sus principales componentes.

3. Se ha comprobado nuestra primera hipótesis: el Desorden de Adaptación está relacionado con un sistema de soporte social de baja intensidad.

4. El pronóstico del Desorden de Adaptación ha sido, en nuestra muestra, tanto mejor cuanto más adecuado era el soporte social del paciente. Este hallazgo valida la segunda hipótesis.

### REFERENCIAS

1. ANDREASEN, N.; HOENCK, P. (1982): "The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study". *Am. J. Psychiatry* 139: 584-590.
2. BLAZER, D.; WILLIAMS, C. (1980): "Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population". *Am. J. Psychiatry* 137: 439444.
3. BLOOM, B.L. y HODSES, W.F. (1981): "The predicament of the newly separated". *Community Mental Health J.* 17: 277-295.
4. BROADHEAD, W.E.; KAPLAN, B. H.; SHERMAN, A.J.; WAGNER, E.H.; SCHOENBACH, V.J.; GRIMSON, R.; HEYDEN, S.; TIBBLIN, G. y GEHLBACH, S. (1983): "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health". *Am. J. of Epidemiology* 117: 521-537.
5. BROWN, G.W. (1975): "Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population". *Sociology* 9: 225-254.
6. DEROGATIS, L.; LIPMAN, R.; RICKELS, K.; UHLENHUTH, E. y COVI, L. (1974): "The Hopkins Symptoms Checklist; a Self-Report-Symptoms Inventory" *Behavioral Science* 19: 1-15. Citado por Castillo Durante, Aitor (1975): "Dimensiones Psicopatológicas en Pacientes no Psiquiátricos", Tesis de Bachiller en Medicina Humana, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
7. COBB, S. (1974): "Physiological changes in men whose jobs were abolished". *Journal of Psychosomatic Research* 18: 245-258.
8. DUNNER, L.; VIJAYALAKSHMY, P. y FIEVE, R. (1979): "Life events at the onset of bipolar affective illness". *Am. J. Psychiatry* 136: 508-511.
9. EATON, W.W. (1978): "Life events, social support and psychiatric symptoms: A reanalysis of the New Haven data". *Journal of Health and Social Behavior* 19: 230-234.
10. FLAHERTY, J.; GAVIRIA, M.; BLACK, E. M.; ALTMAN, E. y MITCHELL, T. (1983): "The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression" *Am. J. Psychiatry* 140: 473-476.
11. GORE, S. (1978): "The effect of special support in moderating the Health consequences of unemployment". *Journal of Health and Social Behavior* 19: 157-165.
12. GRUENBERG, E. (1959): "Prevention of mental disorders". *Journal of Chronic Disabilities*.

15. HELLER, K.; GOLDSTEIN, A.P. y KAUFER, F.H. (1979): *The Effects of Social Support: Prevention and treatment implications*, Academic Press, New York.
14. HOLAHAN, Ch. y MOOS, R. (1982): "Social support and adjustment: Predictive benefits of social climate indices". *Am. J. of Community Psychology* 10: 403-415.
15. HOLMES, T.H., y RAHE, R.H. (1967): "The social readjustment rating scale" *Journal of Psychosomatic Research* 11: 213-218.
16. LEIGHTON, A. (1967): "Some notes about preventive Psychiatry". *Canadian Psychiatric Association Journal* 12.
17. LIN, N.; DEAN, A., y ENSEL, W. (1981): "Social support scales: A methodological note". *Schizophrenia Bulletin* 7: 73-78.
18. LIN, N.; ENSEL, W. y KUO, W. (1979): "Social support, stressful life events, and illness: A model and an empirical test" *Journal of Health and Social Behavior* 20: 108-119.
19. MEZZICH, J.E.; DOW, R.; COSTELLO, A.J., y HIMMELHOCH, J.M. (1983): "A semi-structured psychiatric evaluation procedure". (Presentado en la Reunión Anual de la A.P.A., New York). Inédito.
20. MITCHELL, R.E. y HODSON, C.A. (1983): "Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered woman", *Am. J. Community Psychology* 11: 629-654.
21. NUCKOLLS, K.B.; CASSEL, J. y KAPLAN, B.H. (1972): "Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of the pregnancy". *Am. J. of Epidemiology* 95: 431-441.
22. PERALES, A. (1979): "¿Qué es la psicoterapia de apoyo?" *Diagnóstico (Lima)* 4: 159-164.
23. RABKIN, J.G., y STRUENING, E. L. (1976): "Life events stress and illness". *Science* 194: 1013-1020.
24. SARASON, I. G.; JOHNSON, J.H. y SIEGEL, J.M. (1978): "Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 932-946.
25. SURTEES, P. G. (1980): "Social support, residual adversity and depressive outcome". *Social Psychiatry* 15: 71-80.
26. VAL, E.; GAVIRIRA, M. y FLAHERTY, J. (1982): *Affective Disorders: Psychopathology and Treatment*. Year Book Medical Publishers, Chicago.
27. VINOKUR, A. y SELTZER, M.L. (1975): "Desirable vs. undesirable life events: Their relationship to stress and mental distress" *Journal of Personality and Social Psychology* 32: 329-337.
28. WARHEIT, G.J. (1979): "Life events, coping, stress, and depressive symptomatology". *Am. J. Psychiatry* 136: 502-507.
29. WILCOX, B.L. (1981): "Social support, life stress, and psychological adjustment: A test of the buffering hypothesis". *Am. J. of Community Psychology* 9: 371-386.

Dirección Postal:  
 Clínica Ricardo Palma  
 Av. Javier Prado Este 1048  
 Of. 201  
 Lima 27