



La red social del paciente con diagnóstico de episodio sicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas

Gloria Patricia Hernández

Psicóloga

*Coordinadora del equipo de asesoría psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás
Universidad Santo Tomás
Bogotá, Colombia*



Adriana María Contreras

*Investigadora en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz
Bogotá - Colombia*

 Ver perfil del autor

Fecha publicación: 10/mayo/1999

Para citar este artículo:

Gloria Patricia H. (1999, 10 de mayo). La red social del paciente con diagnóstico de episodio sicótico agudo como factor de rehabilitación y prevención de recaídas. *Revista Psicología Científica.com*, 1(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-172-1-la-red-social-del-paciente-con-diagnostico-de-episodio-sicot.html>

RESUMEN

El presente estudio forma parte de la línea de investigación de Trastornos Severos desarrollada por el equipo de la Maestría de Psicología Clínica y de Familia, y se realizó con dos pacientes hospitalizados en la Clínica de la Paz (Bogotá, Colombia) y su red, diagnosticados con Episodio Sicótico Agudo. Se describió la dinámica de la red social como factor de rehabilitación y prevención de recaídas, teniendo en cuenta las siguientes categorías: sistemas de creencias respecto a la enfermedad mental, la rehabilitación y la prevención de recaídas; patrones de interacción, comunicación, y la red vista desde su estructura, función y vínculo. Este estudio se enmarca dentro de la investigación cualitativa y su diseño es multidimensional eco-sistémico-constructivista. Los resultados muestran cómo la red social del paciente puede llegar a potenciarse para lograr la rehabilitación del paciente, de manera que no se perpetúen los patrones relacionales que se dan al interior de los sistemas que conforman la red y que son mantenedores de la patología. Permite observar la relación que se da entre el tamaño de la red, las funciones que ésta cumple con el paciente y los vínculos que se establecen en su interior, de manera que puedan ser recursos potenciales para evitar el proceso de recaídas tan frecuente en estos pacientes. Se hace evidente la necesidad de re-significar los sistemas de creencias alrededor de la enfermedad mental para cambiar el estigma social que se tiene de estas personas, ya que tales creencias orientan el tipo de intervención que se ofrece al paciente y a sus familias. Permite ver cómo sistemas que hasta el momento no han sido tomados en cuenta en el tratamiento tienen un gran significado en las vidas de estos pacientes, tales como: algunos amigos, compañeros del contexto laboral o educativo, los cuales, en un momento dado podrían contribuir en los procesos de rehabilitación, ya que desempeñan funciones de red muy importantes para ellos. Por último, los aportes de esta investigación van encaminados también a reformular las políticas gubernamentales respecto a la salud mental, buscando construir una nueva cultura frente a la construcción de nuevas realidades.

Palabras clave: psicosis, esquizofrenia, red social, rehabilitacion

Marco paradigmático de la esquizofrenia y el episodio sicótico agudo

Una de las formas de comprender la esquizofrenia es a partir de la visión sistémica constructivista, la cual es base fundamental para esta investigación.

A partir de este modelo, Bruno y Hernández (1983) mencionan que la esquizofrenia es un fenómeno humano complejo que tiene componentes:

- *Genéticos:* que aparecen como alteraciones cromosómicas.
- *Biológicos:* que aparecen como alteraciones enzimáticas confirmadas y que responden a tratamientos farmacológicos.
- *De la psicología individual:* manifiestos como alteraciones de todas las funciones psíquicas.
- *Del contexto familiar:* identificados como patrones de interacciones que aparecen típicos en estas familias.
- *Socioculturales:* en cuanto que el sentido, el tratamiento, y las implicaciones sociales de estos trastornos varían con las creencias y los mitos culturales acerca de la locura y de las conductas desviadas de los estándares sociales.
- Todos esos componentes interactúan de acuerdo con patrones que aún no se conocen claramente, de tal forma que no puede afirmarse con certeza de qué manera cada uno de ellos contribuye al surgimiento y mantenimiento del trastorno esquizofrénico.

Además, existen los estudios realizados por Selvini y colaboradores (1990), quienes proponen la teoría de los juegos sicóticos como una explicación sistémica para mantener la sintomatología sicótica y la posibilidad de descubrir al individuo.

De las redes

Elkaim (1989) desarrolla el concepto de red social (el cual será base para esta investigación) que implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Lo considera como un sistema abierto y que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes, y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potenciación de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece por medio de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, pues como lo manifiesta Sluzki (1990), la red social representa la sumatoria de todas las relaciones que cuentan realmente o que son percibidas como tales por un individuo; éste define el nicho social propio que contribuye a su reconocimiento. La red constituye una fuente esencial del sentimiento de identidad, del deber ser, de la competencia, de la acción, así como las actitudes habituales a nivel de la salud y del modo de adaptación en caso de crisis.

Características de la red

Atneave y Ross (1982) afirman que la red social es depositaria de la identidad y de la historia individual, y es una fuente de retroalimentación y reconocimiento social, en el sentido de que en tales interacciones cada persona refleja y mantiene una imagen de sí misma, relacionada con el o los roles que cada quien desempeña o asume en esa relación; tales relaciones se caracterizan por ser intensas, recíprocas, valiosas, irremplazables y mantenidas voluntariamente, pero no son exclusivas ni estrictamente esenciales para la supervivencia; abarcan diferentes esferas de la vida social y su utilización afectiva mejora la adaptación a la crisis. Estos autores manifiestan que en toda red social es posible identificar atributos estructurales, funcionales y de vínculo.

Características estructurales de la red

Tamaño o dimensión

Se refiere al número de miembros. Parece ser que las redes de mediana dimensión son más eficaces que las pequeñas o muy grandes. Las pequeñas son menos eficaces en las situaciones de larga duración, en donde los miembros tienden a eludir el contacto para evitar una sobrecarga. Los factores que modifican la dimensión de la red comprenden las migraciones o las emigraciones (que la reducen dramáticamente, cuando ellos no se incapacitan) y el paso del tiempo (la red social de las personas de edad se reducen por la incapacidad de renovarlas y por causa de los duelos) Atneave y Ross (1982), Sluzky (1993).

Densidad

Es la conexión entre los miembros de la red fuera del informante o externos a él (mis amigos son también los amigos de mis amigos, mis parientes próximos con ellos, también son íntimos entre ellos). Un nivel de densidad mediana o moderada aumenta la eficacia del grupo, puesto que permite el intercambio de impresiones, por ejemplo: "ella se nota deprimida, ¿te fijaste!". Una red de mayor densidad favorece entre los miembros un deseo de conformidad - en donde se ejerce presión sobre el individuo para que se adapte a las reglas del grupo - y si las desviaciones del individuo persisten, es amenazado con la expulsión y, por lo tanto, se da una gran inercia y una menor eficacia. Por último, una red de baja densidad presenta una eficacia reducida, esto por la ausencia de un potencial de cambio (Sluzky, 1993).

Composición o distribución

Es la proporción de miembros de la red distribuidos dentro de cada cuadrante y dentro de cada círculo. Las redes con una distribución muy localizada son menos flexibles, menos eficaces y permiten menos opciones que las redes con una distribución difusa. Encontramos personas para quienes la red significativa está centrada sobre la familia, generalmente dos miembros, ubicados en el círculo interior, mientras que el resto se encuentra en el círculo intermedio, reflejándose la dependencia del informante con esas dos personas y con la familia en general. Atneave y Ross (1989) y Sluzky (1993). Ver figura No. 1.

Dispersión

Es la distancia geográfica entre los miembros, que refleja evidentemente la red más sensible durante los cambios del individuo y afecta la rapidez o la eficacia de la respuesta durante las situaciones de crisis.

La homogeneidad o heterogeneidad

Según la edad, el sexo, la cultura y el nivel socio-económico, con las ventajas y los inconvenientes que ellos representan en términos de identidad, reconocimiento de signos estresantes, activación y utilización.

Funciones de la red

- *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, empatía, estimulación y apoyo. Es el tipo de funciones poco ambivalentes, características de amistades íntimas y de las relaciones familiares cercanas.

- La guía cognitiva y los consejos. Representa 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 que comprende los servicios de salud (realmente son un componente importante dentro de la red de pacientes psiquiátricos crónicos).

Cada una de estas redes puede reemplazar muchas de estas funciones, por ejemplo, puede ser que una hermana no sea una confidente de asuntos íntimos, pero sí la compañía perfecta en la enfermedad. Puede ser la interlocutora para las charlas ociosas mientras ordena la alcoba (compañía social y ayuda material). Por el contrario, un amigo puede ser confidente de las intimidades, sobre todo si sus consejos resultan ser poco normativos (apoyo emocional y regulación social).

En circunstancias laborales, el saludo respetuoso de la recepcionista le recuerda que usted está es un punto de vista de rol social (regulación social), al igual que puede ayudarlo o aconsejarlo sobre el problema que usted tiene con su carro (ayuda material), o pedirle una recomendación para otro trabajo (ayuda material, pero en sentido inverso) (Sluzky, 1993).

Atributos de los vínculos

Cada uno de los vínculos puede ser analizado en términos de:

Funciones principales

Son las funciones o combinaciones que caracterizan los vínculos de manera preponderante.

Multidimensionalidad

Es el número de las funciones reemplazadas.

- *Reciprocidad*: Saber si una persona cumple con otra el mismo tipo de funciones, o funciones equivalentes a las que esa persona cumple para ella o no. Es decir (simetría- asimetría). Por ejemplo, las relaciones padres hijos, sin duda, no son recíprocas durante las primeras décadas de la vida (salvo en caso de emergencia o de los hijos emparentados) pero, en la mayor parte de los casos ellas se separan y subsecuentemente cuando los padres se envejecen y se fragilizan, la relación se torna complementaria, no obstante, en el otro sentido.

- *Intensidad o compromiso de la relación*: Es el tropismo o la atracción (empatía entre los miembros). Es conocida como el grado de intimidad.

- *Frecuencia de los contactos*: Aquí conviene resaltar que entre mayor sea la distancia, mayor es la necesidad de mantener el contacto vivo para preservar la intensidad. Para otros, los lazos intensos pueden ser reanimados rápidamente, sin importar que haya pasado un lapso de tiempo entre los contactos.

Tabla No. 1 - Características estructurales funciones y cualidades de los lazos de las redes sociales.

Características estructurales	Funciones de redes	Calidad de los lazos
Tamaño	Compañía social	Función esencial
Distribución	Apoyo emocional	Multidimensionalidad
Densidad	Guía cognitiva y consejos	Reciprocidad
Homogeneidad/heterogeneidad	Ayudas materiales y de	Frecuencia
Dispersión	servicios	Historia
	Regulación social.	Intensidad

Mony Elkaim, citando a Desamarais y col. (1989) señala que "el campo de intervención en salud mental se inscribe en un marco multidimensional, que incluye la dimensión individual, fisiológica y psicológica, la dimensión interaccional y, por último, la ambiental, que tejen la trama de los problemas relacionados con la psiquiatría".

Al confrontar los anteriores problemas se evidencia al paciente identificado, a aquel que lo interviene, su medio ambiente y sus comportamientos, enmarcados en un contexto económico-socio-político e ideológico propio de la época.

Los autores mencionados anteriormente optaron por explorar la dimensión ambiental propia de la salud mental mediante el concepto de red, llegando a formular un modelo de intervención que se apoya en la red primaria para elaborar una aplicación comunitaria de la salud mental.

Desamarais y colaboradores (1989) dividen la red en primaria y secundaria, la primaria, es una entidad micro-sociológica constituida por un grupo de individuos que se comunican entre sí a partir de afinidades personales, fuera de todo contexto institucionalizado; la red secundaria la define a partir de una tarea, institución etc. Es el conjunto de las personas reunidas a partir de una misma función, en un marco institucionalizado, tal como un sindicato, una cooperativa, o un club social.

Asimismo, ellos describen la red de los pacientes sicóticos con un alcance más débil que la de los no clínicos, cuatro o cinco personas la conforman y son sobre todo miembros de la familia; los lazos son densos y frecuentemente asimétricos (van siempre en la misma dirección).

En el mismo sentido, al comparar sujetos sicóticos con no sicóticos, Sokolovsky y otros autores (1978) han observado que los segundos tienen más lazos con contenidos múltiples (un lazo que suma dos funciones, por ejemplo, el apoyo social y la ayuda material) con los miembros de su red, y más relaciones recíprocas que los primeros.

Entre los sujetos sicóticos, los que tienen relaciones menos numerosas y de menor densidad, corren mayor riesgo de hospitalización que los no sicóticos, cuya red es mayor y más densa.

Tolsdor (1976) observa que en una situación de crisis, la actitud de los clientes psiquiátricos se diferencia de la actitud de la población en general. La población en general tiende a solicitar ayuda y sostén a los miembros de su red cuando la movilización individual no es suficiente; en cambio, los clientes psiquiátricos utilizan su red de manera superficial: no se entregan suficientemente como para que los miembros de su red puedan brindarles verdadero apoyo.

Cuando el estrés proviene de la red, los sujetos no psiquiátricos tienden a utilizar el mecanismo de retro terapéutico más selectivamente, mientras que los sujetos denominados psiquiátricos tienden a cortar todos los contactos íntimos.

Retomando la dimensión ambiental, Bronfenbrenner (1987) dice que el ambiente ecológico se concibe como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. En el nivel más interno está el entorno inmediato que contiene la persona en desarrollo; el segundo nivel va más allá de cada entorno por separado a las relaciones que existen entre ellos, las cuales pueden ser tan decisivas para el desarrollo como lo que sucede dentro de un entorno determinado. El tercer nivel del ambiente ecológico nos lleva aún más lejos, evoca la hipótesis de que el desarrollo de la persona se ve afectado profundamente por hechos que ocurren en entornos en los que la persona ni siquiera está presente.

Una de las unidades del nivel interno del esquema ecológico es la díada o el sistema de dos personas. La capacidad de una díada para servir como contexto efectivo para el desarrollo humano depende de forma crucial, de la presencia y la participación de terceras personas, como los esposos, familiares, amigos y vecinos. Si no hay terceros, o si desempeñan un papel destructivo más que de apoyo, el proceso de desarrollo considerado como sistema se desintegra. Por lo tanto, en la intervención en salud mental, el apoyo material, afectivo y de otras clases que puede ofrecer la red, influye también sobre la evolución, la resolución y la actitud de una persona ante las crisis.

De la rehabilitación y la prevención de recaídas

Sarmiento (1993) definió la estructura de rehabilitación como la compleja organización que en un hospital, o un servicio oficial, se ocupa del diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico y las secuelas de las enfermedades y las malformaciones congénitas. Esta organización es una red de relaciones, competencias y servicios que comparten la finalidad de rehabilitar en los usuarios las funciones afectadas.

Para lograr este objetivo la estructura, desde la visión sistémica, debe ser armónica pero articulada y extremadamente adaptable para responder a las necesidades de los usuarios. La estructura indica que cada operador debe reconocer y asumir un rol definido, tomando conciencia de las relaciones que lo ligan a los otros, de forma tal que pueda ejecutarse una intervención armónica. La estructura de rehabilitación, sea que forme parte de un establecimiento hospitalario o que constituya una estructura independiente especializada, debe presentarse al usuario como una organización de finalidades compartidas. Por lo tanto, los problemas que debe enfrentar la rehabilitación requieren de la participación de varios profesionales. El trabajo en equipo es la única modalidad capaz de proponer a los usuarios un proyecto que no sea sectorial y que, por ende, satisfaga sus necesidades y le ofrezca seguridad.

Fundamentos de la rehabilitación social

La rehabilitación social es una etapa en la que las acciones se establecen con el entorno y facilitan la integración y reintegración de la persona con el medio familiar y social. También incluye la preparación de estas personas para que se desarrollen en la vida social y cumplan sus obligaciones de acuerdo con su edad y condición.

Estas acciones deben tener en cuenta al sujeto y al contexto. Por un lado, el sujeto debe responder a las exigencias del medio y, por otro, el contexto debe prepararse para no crear barreras que limiten o impidan la inserción de la persona a su medio.

Consideramos que algunas de estas acciones van dirigidas a la familia. Éstas pretenden buscar un compromiso y facilitar un medio donde sea propicia la rehabilitación, teniendo en cuenta su autonomía, sus recursos y potencialidades, así como sus expectativas, temores y angustias. Otras apuntan a la comunidad, donde se requiere un trabajo de coordinación y compromiso y donde las diferentes instancias que le dan soporte e identidad asumen su responsabilidad frente a la persona que presenta una crisis para así garantizar su participación.

Las autoras opinan que aunque las acciones mencionadas anteriormente son importantes y pueden facilitar el proceso de rehabilitación, dichos procesos deberán abarcar contextos más amplios, de manera que se haga un verdadero trabajo de red, y para ello es necesario intervenir conjuntamente con instituciones gubernamentales que puedan crear leyes por medio de las cuales se propague la participación e integración social y laboral de las personas que presentan dificultades y trastornos mentales, pues como veremos a continuación, la familia y la red del paciente que presenta una crisis sufre un gran impacto que debe atenderse de una manera integral.

En el momento en que se diagnostica a un paciente con EPA, éste causa inevitablemente un impacto en la vida social de los pacientes y en las redes sociales de sus familias. Con el tiempo, algunos de sus síntomas (problemas de atención, delirios o paranoias) pueden inducir a los enfermos a cuestionar o percibir equivocadamente la intención y el significado de las comunicaciones emitidas por otros integrantes de su mundo social, como sus amigos y familiares, evitando el contacto con estos, siendo este un proceso de doble vía, así, las personas que integran los otros contextos debido a las representaciones sociales que tienen del enfermo mental lo estigmatizan y lo rechazan contribuyendo a su aislamiento.

Cuanto más se prolongue el aislamiento social, tanto más tenderán a disminuir las habilidades sociales y a la larga, las conductas extrañas se arraigarán. Las reiteradas respuestas negativas del ambiente mantendrán aún más las pautas disfuncionales y la necesidad de retraerse, ya que la apatía, la falta de motivación y la disminución de sus energías deteriorarán su funcionamiento y alejarán a los otros.

Por lo tanto, es importante conectar a estos pacientes, relativamente inmotivados, con una variedad más amplia de

contactos sociales. De tal modo, el clínico debe trabajar sobre esto, ya que amigos, conocidos y familiares suelen sentirse inseguros con respecto a: - ¿hasta dónde acicatear al paciente, puesto que, directa o indirectamente, esto podría provocar un resurgimiento de los síntomas positivos?; y ¿hasta dónde tolerar su falta de iniciativa o reciprocidad?, porque conformarse con mucho menos de lo que el paciente es capaz de lograr, mantendrá un estado deficitario, ya que el esfuerzo exigido para ser frente a las cuestiones inherentes a la convivencia con un paciente esquizofrénico deja a los demás integrantes de la familia sin entusiasmo, interés, ni siquiera capacidad para emprender muchas actividades sociales fuera del hogar.

Otro elemento que aísla a la familia de su círculo social es el temor de dejarlo solo, al igual que muy pocos amigos o miembros de la familia extensa comprenden verdaderamente lo que significa vivir con un enfermo mental crónico. Algunas personas, a quienes los familiares desearían recurrir en busca de ayuda y consuelo, no están disponibles o niegan su apoyo.

Por tanto, el clínico debe tratar de facilitar al paciente y a su familia el uso de los sistemas de apoyo existentes y el establecimiento de otros nuevos, con miras a combatir el aislamiento de ambos (Anderson y Reiss, 1982).

Prevención de recaídas

Diversos estudios han demostrado que el hospital psiquiátrico con frecuencia actúa para perpetuar la falta de adecuación social del paciente y principalmente al paciente diagnosticado con esquizofrenia se le connota con rótulos de enfermedades de pronóstico pobre, sin tener en cuenta la calidad del tratamiento el cual debe ser un factor importante para determinar los resultados. Con base en esta reflexión, las autoras de esta investigación se preguntan, entonces: ¿cómo se explica la preferencia del tratamiento en el hospital sobre otras alternativas?, es decir, ¿por qué la única solución frente a las recaídas termina siendo la re-hospitalización?

Quizá porque la creencia de que el hospital es el único medio para el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades, lo que perpetúa el mito, especialmente frente al enfermo mental, quien es considerado como alguien que requiere de un tratamiento en una entidad separada y lejos de la gente "normal". Otra razón podría ser la relacionada con el manejo del estigma social de mantener un "loco" en la familia, ante lo cual se recurre a aislarlo y hacerlo poco público.

Minuchín (1992) opina respecto de la recaída, que otra de las razones para depender del encuadre hospitalario es la necesidad de respiro que tiene la familia de un paciente mental, ya que éste se convierte en una carga insoportable de atención permanente, haciendo que con frecuencia se sientan atrapadas, culpabilizadas, con miedo, enojo, frustración e impotencia. Si no tienen apoyo psiquiátrico al alcance de la mano pueden sentirse aniquilados, y si no pueden recurrir a ninguna otra parte la internación comienza a aparecer como la única solución ante la crisis.

Esta investigación pretendió dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Qué componentes de la red social del paciente con diagnóstico de Episodio Sicótico Agudo se dinamizan y como se relacionan en el proceso de rehabilitación y prevención de recaídas?

Como objetivos se propusieron los siguientes:

- Identificar los componentes de la red social y los patrones de interacción que se construyen entre ellos en el proceso de rehabilitación y prevención de recaídas del paciente con diagnóstico de Episodio Sicótico Agudo.

- Describir la red social del paciente con diagnóstico de Episodio Sicótico Agudo, teniendo en cuenta los patrones de relación que se establecen entre los componentes de la red, relacionándolos con su proceso psicopatológico.

- Describir cómo los marcos de referencia de los diferentes sistemas sociales se relacionan para facilitar o no el proceso de rehabilitación del paciente con diagnóstico de Episodio Sicótico Agudo, describiendo los vínculos que establecen con los otros elementos de la red.

- Identificar las pautas comunicativas que se establecen entre los diferentes contextos que integran la red social en el proceso de rehabilitación y prevención de recaídas en el paciente diagnosticado con Episodio Sicótico Agudo.

- Describir las características de estructura, funciones y atributos del vínculo que cumplen los diferentes sistemas sociales que integran la red social en el proceso de rehabilitación y prevención de recaídas en el paciente diagnosticado con Episodio Sicótico Agudo.

Marco metodológico

Este estudio está enmarcado en la investigación cualitativa de tipo descriptivo y pertenece a la línea de investigación de trastornos severos desarrollada por el equipo de la Maestría en Psicología Clínica y de Familia. Como estrategia metodológica se realizó un diseño multidimensional eco-sistémico-constructivista.

Multidimensional, ya que se refiere a la complejidad de perspectivas, de niveles y focos comprometidos en la comprensión de la "realidad", que para este caso fue la red, definida por sistemas observantes, y redefinida continuamente a partir de las necesidades humanas vitales. Es así como convergen en cada lectura múltiples dimensiones relacionadas, como son los componentes de la red, los factores propios de las enfermedades mentales de los pacientes, el número de ingresos previos, los departamentos en los cuales se ubica dentro de la clínica, como piso o UCI, por ejemplo, los culturales y otros que serían muy extensos de referir, y que de cualquier manera están presentes en cada caso. Multidimensional también en cuanto que hizo referencia a la complejidad de perspectivas teóricas y epistemológicas de niveles y focos comprometidos en la comprensión de la "realidad" de la acción profesional en el contexto asistencial, de las relaciones familiares, laborales, construidas por todos los miembros del sistema de investigación definidas y redefinidas continuamente a partir de las necesidades humanas y vivenciales de todos los participantes en el desarrollo del trabajo.

Ecológico, por cuanto tiene en cuenta las relaciones seriadas entre los diferentes sistemas-contextos en las cuales, como desde la teoría de los fractales, desde la conceptualización sobre isomorfismo, favorecen la comprensión de las interacciones en contextos cada vez más amplios, invitando a ver la coreografía cultural de la concepción sobre la enfermedad mental, la posibilidad de rehabilitación y la prevención de recaídas.

Sistémico, por cuanto la intención fue ver circularmente las interacciones, así como acercarse a los diferentes sistemas-contextos desde lecturas propias del enfoque sistémico, de la cibernética de segundo orden y del paradigma de la complejidad. Diseñar los instrumentos para generar la información a partir de los principios del paradigma, tales como formulación de preguntas relacionales, circulares y reflexivas, considerar distintos niveles de observación y sistemas observantes. Y finalmente, los principios teóricos que sustentan la concepción sobre enfermedad mental, esquizofrenia y rehabilitación.

Constructivista, en principio por aceptar la propuesta de Milán, como guía conceptual-epistemológica. Por la posibilidad de construir escenarios en los cuales se "sientan a dialogar los saberes" y así desarrollar propuestas para la prevención de la recaída como una acción y compromiso de todos los miembros de la red.

Instrumentos

Los instrumentos construidos son especialmente aptos para aprehender las intenciones de los sujetos, así como los aspectos dinámicos, complejos y cambiantes de la red social del paciente diagnosticado con Episodio Sicótico Agudo. Son ellos la observación activa realizada desde diferentes niveles, las guías de entrevista semi-estructurada: para el P. I., para la familia, el equipo terapéutico y para los otros sistemas de la red, al igual que la guía de análisis para los investigadores. La guía de observación durante la entrevista y la guía para lo observación de documentos escritos y, por último, el mapa de red, graficado por cada uno de los sistemas participantes.

La grabación y la transcripción de las anteriores entrevistas fue otro instrumento para la recolección de información.

Para la creación de los instrumentos y para el análisis de la información se tuvieron en cuenta las siguientes

categorías:

- Patrones de interacción: quien hace qué - a quién- para qué- cómo y cuándo.
- Sistema de creencias: con respecto a la enfermedad mental, la rehabilitación y prevención de recaídas.
- Comunicación: teniendo en cuenta la comunicación formal e informal, el uso de metáforas y analogías, la congruencia entre la comunicación digital y la analógica.
- Estructura de la red: que comprende el tamaño o dimensión, la densidad, composición o distribución, la dispersión, homogeneidad/ heterogeneidad.
- Función de la red: la cual comprende compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y servicios.
- Vínculo: comprende función prevaleciente, multidimensionalidad, reciprocidad, intensidad o compromiso, frecuencia del contacto y la historia.

Resultados y discusión

Los resultados que se presentan a continuación son la información levantada a partir de dos casos que sirvieron de fuente para reconocer cómo se organiza la red y, a partir de ello, pensar acerca de la potenciación de la misma en la rehabilitación y en la prevención de recaídas.

En cada uno de los casos se realizaron entrevistas con componentes de la red activa en ese momento, como P. I., familia nuclear, familia extensa, amigos, compañeros de trabajo o estudio, jefes inmediatos, e integrantes del equipo terapéutico.

A partir de esta recolección se levanta la información que permite evidenciar cómo se dan las interacciones en términos de pautas y patrones.

La descripción de la dinámica de la red social del paciente con diagnóstico de EPA como factor de rehabilitación y prevención de recaídas se describe así:

De los dos casos en estudio se puede describir el patrón de red de la siguiente forma. Un P. I., que presenta una dinámica relacional familiar que mantiene el síntoma. Después de intentar diferentes alternativas de acuerdo con su sistema de creencias y sin encontrar solución alguna, busca la hospitalización como última opción en ese momento, con la expectativa de que allí el personal que labora en la clínica pueda aliviar la "carga" que dichas familias han sentido por determinado lapso de tiempo.

Cuando P. I. ingresa a la clínica, su caso es estudiado por el comité de ingresos, donde se le asigna un médico psiquiatra profesional que mantiene un sistema de creencias frente a la enfermedad mental, la rehabilitación y la prevención de recaídas, que en lugar de cumplir con las expectativas de la familia lo que hace es mantener el síntoma.

En este punto las investigadoras encuentran cómo el patrón familiar que mantiene el síntoma se complementa y sigue siendo mantenido por el sistema de creencias del médico tratante al negar cualquier opción posible de recuperación para los pacientes - a menos que sea el tratamiento farmacológico, lo cual alimenta las conductas de pasividad de los actores - mantiene las pautas de funcionamiento y crea una cierta dependencia al contexto hospitalario.

Continuando con la descripción de esta dinámica, una vez que el paciente es hospitalizado inicia un tratamiento farmacológico cuyo objetivo es reestablecer el equilibrio biológico y nivelar los procesos bioquímicos de la

enfermedad. Los pacientes en la clínica pasan inicialmente por la unidad de cuidados intensivos, donde la atención principal es recibida por los auxiliares de enfermería. Esta atención consiste en suministrar la droga formulada por el psiquiatra, brindar cuidados básicos al P. I. (higiene y, alimentación), hacer registro de las notas de enfermería, comunicar novedades en la historia clínica o a los otros enfermeros en el cambio de turno.

Cuando P. I. supera la crisis, el paciente es remitido a cuidados intermedios y luego a piso. Estando allí se considera que ya está menos confuso para poder recibir atención psicológica. Dentro de los criterios que tiene el departamento de psicología para brindar este servicio a los pacientes están los siguientes: no tener más de tres ingresos y no haber sido diagnosticado con Síndrome Mental Orgánico. Aquellos pacientes que hayan superado este número de ingresos se consideran "crónicos", y se les facilita el acceso a terapia de grupo para iniciar procesos de socialización.

Son cuestionables los criterios anteriormente mencionados para llegar a definir a un paciente como crónico. ¿Acaso, el hecho de tener más de tres ingresos hace que una persona sea irrecuperable?, ¿cuál es la representación del término "paciente psiquiátrico crónico" y cómo esta representación influye en la relación que se puede establecer con él?, ¿cómo dicha relación complementa el patrón disfuncional con el que viene P. I.?, ¿es que acaso una persona que haya superado el cuarto ingreso deja de tener recursos personales para enfrentar situaciones vitales? y ¿qué pasa con su red y las funciones de las personas que forman parte de ella? ¿Esta postura no es "crónica" en sí misma?

Respecto a la terapia de grupo, ¿la socialización es el único objetivo que pueden cumplir estas sesiones? Las autoras consideran que se manejan dobles mensajes con el paciente y con la familia, en el sentido de decir "este es un contexto donde se puede ayudar a las personas con problemas mentales", mensaje que es contradictorio, pues le niega la posibilidad de atención psicoterapéutica, y se considera que "lo único por hacer con estos pacientes es desarrollar habilidades sociales sencillas".

Con asombro se encontró un valioso intento por parte del departamento de psicología al querer implementar nuevas estrategias de intervención, tales como incorporar a la familia en el tratamiento, querer generar un trabajo en equipo y, últimamente, crear una rotación por "red de redes". Sin embargo, es incongruente la misma definición de "enfermedad mental" que aún se maneja por parte de algunos profesionales de este departamento, tales como "la enfermedad mental es una conducta anómala", "aún no sé como definir la enfermedad mental, sin embargo todos sabemos que es crónica y de recuperación difícil". Lo que se observa a lo largo de este estudio es que dependiendo del sistema de creencias alrededor de la enfermedad mental, así mismo se encaminan los procesos de rehabilitación e intervención. De la misma manera, los profesionales, en su afán por crear nuevas alternativas, generan disonancias cognoscitivas, quedándose en el discurso y dejando de lado "el hacer", manteniendo los dobles mensajes al interior del equipo terapéutico y con los pacientes, lo que contribuye al mantenimiento de la comunicación que se da en la dinámica familiar.

Los tipos de comunicación que se dan en esta dinámica de red son de tipo formal e informal. La primera, manejada por medio de la historia clínica y las notas de remisión tanto internas (entre los sistemas del contexto psiquiátrico) como externas (del contexto hospitalario con entidades remisorias). A pesar de que todos los miembros reconocen la historia clínica como un medio de comunicación entre los profesionales, asimismo admiten que muchas de las evoluciones que ellos realizan no son leídas por la totalidad del equipo terapéutico, tanto así que muchos médicos no tienen en cuenta algunas observaciones para determinar una salida parcial y/o definitiva.

En el momento en que en este estudio se llevó a cabo, en la revisión de los documentos escritos también se pudo observar la no existencia de las notas aclaratorias de cierre relacionadas con el proceso terapéutico que siguió el paciente durante su estadía, situación que no permite la continuidad en el tratamiento de los pacientes en caso de ser remitidos a otro médico tratante.

Esta situación se explica al entender que el objetivo "terapéutico" que se percibe es la desaparición de la sintomatología, de ahí que lo importante sea solo consignar en la historia clínica la medicación con la que el paciente está siendo tratado, lo cual también es congruente con el sistema de creencias del que ya se hizo mención.

La comunicación informal es quizá la que más se maneja en este contexto, pues en la historia clínica se

encuentran hojas que contienen observaciones importantes, las cuales carecen del logotipo de la clínica, pero que cobran validez al llevar el sello de alguna dependencia.

Entre los miembros del equipo se da este tipo de comunicación, especialmente cuando el médico tratante, para obtener información del acudiente de los pacientes, se remite al auxiliar de enfermería o a la información dada en los cambios de turno, presentándose a veces el fenómeno del "teléfono roto", descrito así por la auxiliar de enfermería, sin respetar los marcadores de contexto para un trabajo en equipo. Tampoco existe una comunicación clara y abierta entre los miembros del equipo para definir las salidas parciales y/o definitivas, situación que resulta bastante incomoda, especialmente para el departamento de psicología, pues sus miembros sienten que su labor terapéutica queda obstaculizada ante tales decisiones de las que no son informados previamente.

Se presentan rumores entre los miembros del equipo terapéutico respecto a la calidad del servicio que ofrecen algunos de ellos, manejándose así agendas ocultas sin que se llegue a niveles superiores para poder tomar correctivos. Se observa así como entre ellos existe la dificultad de enfrentar conflictos, de hablar abiertamente las cosas con el otro, asumiendo la posición que manifiestan muchas de las familias de estos pacientes y es "aguantar el que la situación se siga presentando". De esta manera, cuando el paciente ingresa a la clínica encuentra isomórficamente las mismas pautas de relación y de comunicación de su contexto.

Continuando con la descripción de la dinámica del patrón de red, se observa que cuando se trata de un paciente particular, los criterios para definir salida son: no hay dinero o la sintomatología ha desaparecido. En cambio, cuando se trata de un paciente que es remitido por alguna entidad, en este caso por el Instituto de Seguros Sociales, los criterios para definir la salida son: mejoría (desaparición de síntomas) o porque lleva más de sesenta días y debe salir así no haya mejoría, obedeciendo más a políticas administrativas (no pagar la pensión por invalidez mental), que por políticas del mismo tratamiento, frente a lo cual se ha encontrado una solución y es darle de alta al P. I. y recibirlo 24 horas después en la institución, para evitar así la continuidad en la hospitalización. Sin embargo, aquí se observan consecuencias para el P. I. tales como que su nuevo ingreso le resta oportunidades por ser catalogado quizá como crónico, llegando a encontrar algunos profesionales que cuando P. I. regresa a la clínica ha empeorado su situación al haber retornado a su ambiente familiar. Ante esta situación es importante preguntarse: ¿el proceso de cronicación es dado por el deterioro psicológico del paciente, o es definido por el poder y el criterio que manejan algunas instituciones respecto a su estadía y tratamiento?

Al ser dado de alta a P. I. se le ofrecen diferentes alternativas de seguimiento, en el caso del paciente remitido por el ISS, el programa sigue la siguiente dinámica, el paciente debe acercarse a un centro ambulatorio que tenga la especialidad de psiquiatría para seguir allí los controles, donde es citado una o dos veces al mes, observándose que el P. I. deja de asistir a los controles, suspende la medicación, o no recibe apoyo de su red, siendo éstos algunos de los factores que contribuyen a las frecuentes recaídas.

Si es paciente particular, el departamento de psicología ofrece una posibilidad de seguimiento el cual consiste en realizar llamadas telefónicas hasta después de un mes de la salida del paciente o atenderlo por consulta externa en la unidad médica, donde deberá ser atendido por el psicólogo tratante, e igual se observa que P. I. deja de asistir a los controles, contribuyendo así al proceso de recaídas.

Una tercera opción es la que ofrece el departamento de enfermería, que consiste en hacer llamadas telefónicas para saber cómo está P. I. y si se le han presentado dificultades en su familia. Estos contactos telefónicos son realizados por enfermería o por trabajo social. Adicionalmente, se realiza cada dos meses la reunión multifamiliar dirigida por trabajo social para enseñar a la familia los síntomas de la enfermedad y las acciones a seguir antes de la hospitalización. Por último, se realizan visitas domiciliarias.

Respecto al programa de seguimiento, es válido hacer en este momento algunos comentarios. Como se puede observar, estos programas son opcionales para los pacientes, lo cual implica que estos no son parte del proceso terapéutico sino un anexo del mismo, perdiendo la seriedad y la continuidad que debieran tener.

Se podría considerar como una alternativa la oficialización del programa de seguimiento para todos los pacientes. Si esta opción es vista como coercitiva para los pacientes, entonces vale la pena mirar cuáles son los factores que contribuyen a la deserción de estos del mencionado programa. Lo que se pudo ver a lo largo de este estudio, y que está relacionado con la función de apoyo emocional que se espera cumplan los miembros del equipo terapéutico, es que no se crea un vínculo significativo entre estos y los pacientes, vínculo que debería estar marcado por la cercanía, el compromiso y la frecuencia de los contactos.

Al no existir ese vínculo cuando el P. I. sale de la clínica, no se siente motivado por seguir las recomendaciones hechas por los profesionales, entre ellas, asistir a los controles, tomar la medicación, asistir a las reuniones programadas por trabajo social, pues no se ha creado un sentido de identidad ni de pertenencia con la institución, que es muy distinto a las relaciones de dependencia que se crean en este contexto.

Respecto a la pretensión de que el paciente en consulta externa deba ser atendido por el psicólogo tratante y volviendo al caso de Rosalba, ¿cómo se espera que esto suceda si nunca logró establecer contacto con él?, ¿donde está el vínculo y el apoyo emocional que se supone deben establecer los profesionales de la salud mental con sus pacientes?

Observando la dinámica comunicacional que existe entre los diferentes miembros del equipo, cabe plantear la pregunta: ¿cómo es que entre los departamentos no existe conocimiento acerca de los programas de seguimiento que cada uno ofrece?, ¿no sería más práctico unificar esfuerzos y recurso humano para crear un programa de seguimiento institucional, con objetivos y metas claras?

Respecto al programa de seguimiento que ofrece el Instituto de Seguro Social (ISS), se observa claramente que los controles están más dirigidos a la continuidad de las prescripciones médicas que a un proceso psicoterapéutico, pues no hay un lazo creado con el nuevo tratante, siendo esta una de las razones por las cuales tampoco hay continuidad en los controles, y por las que se presenta la recaída.

De toda esta dinámica se puede pensar que el alto índice de recaídas está dado no solo por que un paciente no se tome la medicación, no asista a los controles o no siga un programa de seguimiento. La comprensión de este fenómeno debe ir más allá, de manera que la dinámica interactiva sea más compleja. Es así como se puede observar cómo no se realiza un proceso psicoterapéutico que logre desenmarañar toda la trama relacional que se da al interior de estas familias, cómo estos mismos patrones isomórficamente los encuentra el paciente en el contexto hospitalario, a su vez, mantenidos por otras entidades que tienen relación directa con este contexto y con el paciente, alimentados por políticas administrativas que mantienen el patrón anteriormente descrito.

Esta dinámica relacional, al igual que los mapas de red construidos con los participantes en esta investigación, se pueden observar en los anexos.

Conclusiones e implicaciones del estudio

Este estudio permitió observar la fuerte relación que existe entre la red social del paciente con diagnóstico de EPA y los procesos de rehabilitación y prevención de recaídas, ya que permite tener una mirada más compleja de cómo se mantiene la enfermedad mental, saliéndonos de la familia como único sistema que mantiene patrones disfuncionales y abarcando sistemas más amplios, tales como el contexto hospitalario, el sistema de amigos, el contexto educativo, el laboral, y el sistema remisivo, viendo las relaciones que se dan entre ellos y que en un momento dado se pueden potenciar para encontrar nuevas soluciones que permitan enfrentar la enfermedad mental.

Lo anterior se ve claramente en la teoría propuesta por Bronfenbrenner (1987), ya que dejamos de abarcar el microsistema para hacer una mirada al mesosistema, pues en este estudio se trabajó con el nexo de la red y no con la matriz de red que equivaldría a haber abarcado un exosistema. Estamos seguros que si se hace esta aproximación nos estaremos acercando no solo a una lectura de la red social, sino a una lectura de red de redes para la comprensión de las realidades humanas.

Este estudio permitió observar cómo algunos de los sistemas tenidos en cuenta hasta el momento como significativos en el proceso de rehabilitación del paciente con diagnóstico de EPA (desde el marco de referencia de las investigadoras), tales como el médico tratante y el psicólogo, no cobran dicha importancia en estos pacientes ni en los procesos de rehabilitación y prevención de recaídas, mientras que sistemas como el departamento de enfermería, algunos amigos y algunas personas significativas ubicadas en contextos laborales y educativos pueden llegar a ser potenciados por el vínculo que establecen con el paciente y las funciones de red que cumplen.

En la construcción del mapa general de red de nuestros actores principales, se observa que es una red de tamaño mediano, lo que equivale a una red muy potencial para el proceso de rehabilitación y prevención de recaídas para estos pacientes, factor que debería ser aprovechado por el equipo terapéutico para definir objetivos de cambio. Sin embargo, observamos que en momentos de crisis (presencia de EPA) esta red se reduce por varias razones: la primera de ellas es por el sistema de creencias que manejan tanto las familias como los pacientes; segundo, porque se limita el acceso a los contactos, lo que ayuda a reducir mucho más la red en este tipo de situaciones, observándose que las funciones que eran cumplidas antes por otros actores de la red ahora se limitan y no son asumidas por las personas del contexto hospitalario; los vínculos se reducen en su intensidad, su frecuencia y únicamente a dos a tres personas que se "encargan" de P. I. en este período. Es así como en un determinado momento el P. I. busca reemplazar estos vínculos y estas funciones con algunos compañeros de la clínica.

Existen sistemas de creencias diferentes respecto a la enfermedad mental, la rehabilitación y la prevención de recaídas, que marcan el tipo de solución buscado tanto en el contexto clínico como en los otros contextos que conforman la red. Esto nos lleva a buscar cada vez nuevas explicaciones respecto a la esquizofrenia, de manera que se puedan construir y redefinir los estigmas sociales que hay alrededor de este tipo de problemática, pues si el sistema de creencias es más flexible, la búsqueda de soluciones es más rica y creativa y se fortalece cada vez más la red social.

Respecto a la comunicación que se da al interior de la red, se puede observar que ésta se da entre los miembros que mantienen un vínculo bastante cargado de afectividad, favorecido por una alta frecuencia en los contactos, mientras que no se da ningún tipo de comunicación entre los miembros ubicados en cuadrantes diferentes (es decir, entre la familia y las personas de un contexto laboral, o entre las personas de un contexto educativo y las personas del contexto hospitalario, por ejemplo), ya que no hay interés por establecer un puente comunicacional entre estas personas, lo que más adelante podría traducirse en realizar una intervención en red.

No existe una comunicación clara y abierta entre los sistemas que conforman el contexto hospitalario, llegándose a desconocer el trabajo que se realiza en cada uno de ellos, lo que a veces ha implicado repetir esfuerzos en lugar de unificarlos, para mejorar la calidad del servicio y de atención que se presta al paciente y a sus familias, llegándose a percibir muchas veces como ruedas sueltas dentro de la institución.

Cada uno de los profesionales que conforman el equipo terapéutico maneja una concepción diferente de lo que puede ser este tipo de trabajo; se presumen cuáles deben ser las funciones de este equipo, pero no hay un consenso al respecto. Algunas de estas concepciones están orientadas a pensar que el trabajo en equipo equivale al trabajo en red o es la misma red.

Realmente no se realiza un trabajo en equipo, existe una sana intensión por realizarlo, pero dista mucho de la realidad que se está viviendo en la institución. Esta idea surge más del departamento de Psicología y de otros profesionales que de los médicos tratantes, quienes no asumen un compromiso claro frente a esta propuesta. Si bien es cierto, reconocemos las dificultades de la falta de recurso humano para atender a todos los pacientes, también consideramos que con el personal que existe allí se pueden redimensionar y aprovechar sus múltiples potencialidades para la intervención y el cambio.

Por más que se intervenga en familia se sigue pensando que no tiene sentido leer la enfermedad mental desde otra óptica, lo cual se relaciona con lo que piensan los psiquiatras, quienes consideran la rehabilitación y la prevención de recaídas como una utopía.

A pesar del gran espacio que ha ganado el Departamento de Psicología en esta institución, el rol del psicólogo para el psiquiatra sigue siendo el de evaluador y aplicador de pruebas, que en un momento dado apoya el trabajo del médico tratante, viéndose limitados los alcances que los psicólogos pueden tener en estos contextos ya que la definición de enfermedad mental que manejan abre más el abanico de posibilidades para el paciente y sus

familias.

Es importante resaltar cómo cada una de las personas que realizaba un mapa de red tenía una representación de la familia del P. I. y como todos en algún momento la evocaban, así los profesionales encargados del caso no la tuvieran en cuenta para su intervención. Al comprender las funciones que desempeñan y los vínculos que establecen las personas en la red de relaciones de un paciente, se hace más claro el tipo de intervención que se puede brindar.

El microsistema en el cual se desarrolla el paciente ha generado patrones que mantienen el síntoma, los cuales se perpetúan en el tiempo y encuentran eco en el mesosistema, donde se complementan, se mantienen mutuamente en un procesos de repercusión permanente, negando así las posibilidades de cambio.

En la descripción de esta dinámica de red es importante identificar y reconocer la historia de la organización "Clínica de la Paz" sobre el tratamiento del Episodio Sicótico Agudo y las familias, al igual que es importante a partir de esta trayectoria comenzar a co-crear una historia nueva, re-significando la red de los psiquiatras y asistentes del tratamiento con las conexiones de la historia de dicha organización y de quienes las consultan.

De la red del paciente es importante destacar algunos sistemas que se pueden potenciar en el proceso de rehabilitación y que hasta el momento no han sido tenidos en cuenta en el tratamiento con estos pacientes, como lo son algunos amigos significativos, personas del contexto laboral, educativo, la iglesia y otros que han marcado la historia personal del paciente y pasan a ser significativas por las funciones de red que cumplen con los pacientes.

Sería importante romper los patrones que se dan al interior de la red, generando cambio tanto en la función como en el vínculo que se establece entre los miembros de la red, lo que llevaría a potenciar los recursos personales en la solución de estos problemas.

Este estudio aporta a todos aquellos profesionales dedicados al campo de la salud mental y al quehacer terapéutico, información valiosa en lo que concierne al tipo de intervención que se ofrece, así como acerca de las alternativas de solución que se brindan a los pacientes, ya que si nos permitimos mirar la red de nuestros pacientes vamos a comprender el por qué para muchos de ellos las soluciones que les ofrecemos no son fáciles de realizar, ya que como en el caso de Rosalba, a pesar de tener un esposo "maltratador" es él quien ejerce otras funciones de red importantes en su diario vivir, lo que nos permite contextualizar mucho más el abanico de posibilidades que podemos contemplar en la construcción de nuevas realidades.

Es importante mirar cómo la red de estos pacientes no se limita significativamente durante los primeros ingresos, lo cual es un gran potencial para el cambio, pues tanto el equipo terapéutico como la familia podrían encontrar apoyo y ayuda en otros sistemas que forman la red de estos pacientes.

Otra de las funciones de la red que no fue contemplada en este estudio hace referencia a la posibilidad que debe ofrecer la red al permitir el acceso a nuevos contactos, en este sentido el contexto psiquiátrico en lugar de limitar los contactos podría servir de puente no solo para reactivar vínculos perdidos a través del tiempo, sino ofrecer la posibilidad de establecer nuevos contactos para el paciente y su familia. Es aquí donde nos atrevemos a proponer una red de solidaridad entre los pacientes para compartir experiencias que les permita evidenciar otro tipo de soluciones y apoyo antes de recurrir a la hospitalización como única alternativa de solución.

Llama la atención ver cómo el personal que conforma el departamento de enfermería está subvalorado en este contexto, pues nadie creería que ellos podrían crear vínculos más intensos con los pacientes que los mismos psicólogos o médicos tratantes. En este sentido sería importante involucrar mucho más al departamento de enfermería en los procesos de tratamiento y de seguimiento que se da al paciente, pues muchas veces puede tener mucho más impacto la intervención que con criterios terapéuticos haga el enfermero que cualquiera de los otros profesionales del equipo.

Respecto al vínculo que establecen las personas que tienen relación directa con el paciente, especialmente médicos tratantes, valdría la pena analizar que pasaría si existiera mayor compromiso en la construcción de esta relación y se permitiera poner en juego la afectividad como recurso para lograr un acercamiento con el otro, quizás de esta manera se podría pensar más adelante en crear un programa de re-parentalización. Esto llevaría a cada

uno de los participantes de la red a revisar sus propias creencias y marcos valorativos respecto a la enfermedad mental y por supuesto a vencer los temores ante la cercanía que se puede dar con este tipo de pacientes.

Consideramos que el potencial de cambio con el que llegan los pacientes a la clínica debería ser aprovechado en la participación obligatoria de todas las actividades que estarían planeadas conjuntamente por los miembros del equipo, pues en ninguno de los dos casos que se analizaron en este estudio participaron en las actividades de terapia ocupacional y terapia recreativa.

Dentro del programa de seguimiento sería válido crear una línea de urgencias activa las 24 horas del día para atender las inquietudes y brindar orientación a las personas que así lo requieran, desarrollándose así las funciones de red, de apoyo emocional, guía cognitiva y de consejos, ayuda material y de servicios y por que no compañía social.

Las acciones por parte del gobierno en lo que se refiere a salud mental deberían ir encaminadas a romper los patrones que se da con algunas entidades remisorias, como es el caso del Instituto de Seguros Sociales, de manera que ésta no interfiera con el tratamiento que intenta dar la clínica. Asimismo, vale la pena crear políticas que le permitan el fácil acceso al paciente a una vida laboral o académica dependiendo del caso. Resaltamos la labor que se está haciendo en este momento por los medios de comunicación con relación al respeto que se debe tener por los derechos del enfermo mental contribuyendo así a construir una cultura diferente frente a esta problemática; sin embargo, consideramos que aún no es suficiente y que así como se atiende el flagelo de la droga, el problema de la enfermedad mental en nuestro país requiere de mayor atención por parte del gobierno.

Por último, sugerimos para próximos estudios identificar si existen diferencias en la red del paciente en cuanto a estructura, vínculo y función cuando no está hospitalizado y cuando se interna; al igual, si existen diferencias dependiendo del complejo cultural tan diverso que se identifica en Colombia. Igualmente, es necesario establecer si la red, al igual que la familia, las organizaciones y los seres humanos, atraviesa por ciclos vitales, de manera que se puedan identificar factores estresores y facilitar el paso de una etapa a otra para hablar de redes sanas y potenciales para el cambio. También es importante desarrollar investigaciones orientadas a identificar técnicas de intervención en la red y sus alcances.

Asimismo, hacemos una invitación para iniciar un trabajo de intervención en red respondiendo a la evidencia y a la intuición clínica, acerca de la insuficiencia y la problemática de red social en la vida de muchos de nuestros pacientes, lo que llevaría a enriquecer cualitativamente la visión multidimensional de nuestro quehacer terapéutico y, por lo tanto, nuestro potencial de acción clínica. Invitamos a avanzar en la comprensión de los patrones que mantienen el síntoma más allá del contexto familiar, lo cual también nos permite re-significar la esquizofrenia a partir de una comprensión y un abordaje más complejo.

Referencias

- Anderson, C. y Reiss, D. (1982). *Esquizofrenia y familia*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Atneave, Ross, Speck. (1972). *Redes familiares*. Argentina: Amorrortu Editores.
- Berger, M. (1970). *Más allá del doble vínculo*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Bertalanfy, V. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. New York.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Boscoló, Ceccin y otros. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Argentina: Editorial Amorrortu.
- Calderón, G. (1992). *Salud mental comunitaria*. México: Ed. Trillas.
- Cepeda, Pozzano, Racedo. (1990). *Prevenimos la fármaco-dependencia*. Barranquilla: Ed. Uninorte, ICBF.
- Recidius and mental illness: the role of communities. *Community Mental Health Journal*, Vol 29, No. 1.
- Dabas, E. (1993). *Red de redes*. Barcelona: Editorial Paidós.

Elkaim, M (1.989). *Las prácticas de la terapia en red*. España: Ed. Gedisa.

Hernández, A. y Bruno, N. (1993). *Diseño de evaluación de un modelo de intervención sobre la evolución del proceso esquizofrénico desde una perspectiva sistémica*. Ponencia presentada en el congreso Iberoamericano de salud.

Hochmann, J. (1972). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Buenos Aires: Gráficas Didot.

Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Ed. Paidós.

Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. España: Ed. Gedisa.

Minuchin, S. y Elisar. (1982). *La locura en las instituciones*. España: Ed. Gedisa.

McFarlane. (1983). *Family teraphy in schizophrenia*. New York: Ed. Guilford Press.

Nichols y Everett. (1983). *Sistemic Family Therapy*. New York: Ed. Guilford.

Revista *Aportes a la Psicología*. (1.992).No. 1, Colombia: Ed. USTA.

Restrepo B. *La investigación cualitativa, el sujeto y la construcción social del conocimiento*. Simposios. Universidad de Antioquia.

Selvini y Palozzoli. (1988). *Al frente de la Organización*. Barcelona: Ed. Paidós.

Selvini y Cols. (1990). *Los juegos sicóticos de la familia*. Barcelona: Ed. Paidós.

Sluski, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Ed. Gedisa.

Watzlawick P. (1992). *La coleta del barón de Munchhausen*. Barcelona: Ed. Herder.