

Redes Sociales de Apoyo Social y Salud Mental

Social Networks for Social Support and Mental Health

César Jara¹

RESUMEN

Desde un punto de vista relacional, las redes sociales no son sólo un contexto para la interacción entre el individuo y la enfermedad o la crisis en un sentido más amplio, sino que constituyen también determinantes recursivos de la recuperación o agravamiento de la persona en particular. En este trabajo se exponen algunos conceptos para la comprensión de este tema emergente para la Medicina en general y para la Salud Mental en particular, justificando el abordaje multidisciplinario de la enfermedad que incluye lo social como foco de intervención.

Palabras clave: redes sociales, enfermedad, crisis, salud.

ABSTRACT

From a relational point of view, social networks are not only a context for the interaction between the individual and the disease or crisis in a broader sense, but they are also recursive determinants of the recovery or deterioration of the particular person. In this work some concepts are exposed for the understanding of this emerging issue for Medicine in general and for Mental Health in particular, justifying the multidisciplinary approach to the disease that includes the social as the focus of intervention.

Keywords: social networks, illness, crisis, mental health.

INTRODUCCIÓN

Desde la Teoría Sociológica ha ganado fuerza el postulado de que **la persona es realidad relacional** —como tan bien se resume en la frase «llego a ser Yo en el Tú»— de modo que la así llamada *esfera del entre-quienes* llega a constituirse como una categoría básica de la realidad humana (Díaz C, 2018; Gergen, 2015). Por otro lado, la noción de interacción social sugiere la idea de una relación en que se hacen manifiestas la reciprocidad y las conductas de retorno: la consideración del otro lleva inevitablemente a darse cuenta de que los comportamientos y cogniciones de uno son modificados por la presencia o la acción del otro (Montmollin, citado por Marc y Picard, 1992). Como dice Goffman (id.), se trata de co-presencia, de sucesos que tienen lugar en y en virtud de una presencia conjunta. Gergen (ibid.) plantea que la Psicología Social es una disciplina en donde se estudian de manera sistemática las interacciones humanas y sus fundamentos psicológicos. Mas allá de la relación Ego-Objeto, se estructuraría una relación de tres términos que podemos denominar Ego-Alter Ego-Objeto (Moscovici, ibid.) y que, desde una perspectiva psicoanalítica, constituye una dimensionalidad ya abordada por Fromm (Fromm E., 1996).

Compartidas estas consideraciones iniciales, podemos repensar a partir de ellas la noción del enfermar del modo que lo planteara Talcott Parson (citado por Lolas, 1997) quien hace la distinción de distintos fenómenos al denotar la diferencia *entre tener una enfermedad real, considerarse enfermo o ser considerado*

Recibido el 25 de enero de 2021. Aceptado el 4 de marzo de 2021.

¹ Médico Psiquiatra. COSAM Independencia. Correspondencia a: cvara.vargas@gmail.com

enfermo —si bien en el mundo angloparlante del autor hay términos que facilitan la distinción entre estas acepciones al nominarlas como *sickness*, *illness* y *disease* respectivamente—, distinciones que repercuten en distintas aproximaciones terapéuticas.

En definitiva, en la presente revisión se pretende abordar la noción del enfermar tanto como la aproximación terapéutica aportada por las redes de apoyo social en la interacción entre crisis, usuario y las redes sociales según se describirán a continuación.

CONCEPTOS PRELIMINARES

Crisis Vital. Las crisis se producen cuando los problemas superan las fuerzas reequilibradoras por más tiempo de lo esperable, con el desgaste de energías y sobre-compensaciones patológicas. Un usuario en equilibrio es afectado por momentos evolutivos o situaciones accidentales que induce modificaciones estructurales para restablecer la estabilidad perdida, corresponden a situaciones de riesgo que es necesario enfrentar, de ellas se saldrá transformado, sobre-adaptado o desorganizado, las estructuras están al servicio de lo evolutivo y lo adaptativo o equilibrado (Fernández, 1999; Wainrib y Cols, 1998).

La Persona. El usuario está constituido por su *Yo-Mismo*, no solo se puede hablar de «un» *Yo-Mismo* sino de «múltiples» *yo-mismos* (Stierlin 1994; Herman, 2019). Se han descrito hasta seis tipos de *yo-mismos*: el *yo-mismo* que garantiza identidad; el *yo-mismo* como sujeto y objeto de la historia; el *yo-mismo* como descubridor e iniciador de acciones de supervivencia; el *yo-mismo* entendido como «parlamento interior»; el *yo-mismo* de los recursos; el *yo-mismo* de la familia y la comunidad (Vegh, 2010; Aisenson, 1979).

La relación con el Trauma. Las situaciones traumáticas intervienen en el usuario tanto en vigilia como en sus sueños, en los sueños se manifiestan elementos persecutorios acompañados de situaciones traumáticas donde no era posible elaborar el montante de excitación externa. **El sueño** representaría una posibilidad de elaborar el exceso de excitación que no ha sido elaborado, para French el sueño intenta resolver, mediante modelos infantiles los conflictos actuales, a veces de modo regresivo. **El insomnio** es uno de los síntomas capitales, un individuo inundado de excitación es incapaz de relajarse, los sueños de repetición representan una regresión a esta

forma primitiva de control, en estado de vigilia, frecuentemente el paciente no puede liberarse de pensar una y otra vez en lo ocurrido. También se hacen presente movimientos semejantes a **tics** que carecerían de sentido, para Fenichel la cavilación obsesiva, tal como los accesos de emoción y los movimientos, representan intentos tardíos de descarga (Fenichel y French citados por Cueli, 1989).

Fracaso del Yo. Cuando fracasa el Yo y sus formas de adaptación, este es arrollado y se producen síntomas que son experimentados pasivamente. El Yo trata de restablecer su control e incluso llega a aplicar mecanismos más arcaicos de control como la regresión, se produce así una adaptación del Yo ante lo sucedido y para lo cual el organismo no estaba preparado (Cueli, 1989; Wainrib y Bloch, 1998). Al respecto la persona puede ser auxiliada por la Red Social como se describe en adelante.

Red Social. Los antropólogos británicos acuñaron la expresión *Red Social* para describir una estructura de amplitud y grado de intimidad comparables a las familias y clanes pero que no se basa únicamente en el parentesco. Está representada por la familia extensa multigeneracional a la que se suman amigos, pares y vecinos. Su tamaño puede ir desde doce a más de cien personas. En la vida real la Red adquiere presencia visible en relación a ceremonias, pero los vínculos virtuales entre sus miembros no tienen por ello menos realidad que los que unen a los componentes de las tribus primitivas. Si uno de sus integrantes atraviesa una situación difícil, la Red así constituida puede encontrar en sí misma los recursos tribales para desarrollar soluciones creativas (Speck y Stneave, 2000).

REDES DE APOYO SOCIAL Y SALUD MENTAL

Apoyo Social. En el Apoyo Social se suele incluir niveles de Análisis Comunitario, Redes Sociales y Relaciones Intimas: la existencia de relaciones no implica la provisión de apoyo. Aspectos como la provisión de Apoyo Emocional, el Apoyo Material y el Apoyo Informativo, son todos aspectos que están incluidos en el Apoyo Social (Álvaro y Cols, 1992). Según Lin —citado por Álvaro y Cols, 1992— incluye provisiones instrumentales y/o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Se ha aceptado que el apoyo social tiene efectos

beneficiosos sobre la Salud y el Bienestar (Ba-kal, 1992). Una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a la persona en contra de enfermedades, actúa como agente de ayuda y derivación, afecta la pertinencia y la rapidez de la utilización de los servicios de salud, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida, es *salutogénica* (Sluzki, 1998). Enfermedades de curso prolongado como el Cáncer, la Esquizofrenia o el Alzheimer deterioran la interacción social, reducen el tamaño y la accesibilidad de su red social. Las personas menos integradas socialmente tienen menores posibilidades de sobrevida.

Existe una correlación directa entre calidad de la red social y calidad de salud: las personas socialmente aisladas presentan mayor prevalencia de suicidalidad, Tuberculosis, accidentes, riesgo de infartos al miocardio, así como prolongación del tiempo de recuperación cuando un infarto ha tenido lugar, la pobreza relativa de relaciones sociales constituye un factor de riesgo para la salud. En cambio, los individuos con fuertes redes sociales —definidos así en términos de estado civil, número de miembros de familia cercana y de amigos, participación en grupos religiosos y afiliación grupal— tienen mayor sobrevida, en estudios de seguimiento, que los individuos con redes sociales débiles. Las relaciones sociales pueden proporcionar un sentido de identidad, una fuerte evaluación positiva o un sentido de autoeficacia y contribuyen al estado general de salud, se asocian a una reducción de los índices de mortalidad por cáncer y enfermedades respiratorias.

En un nivel existencial, las relaciones sociales contribuyen a promover sentido a la vida de sus miembros, la Red provee de Retroalimentación cotidiana acerca de las desviaciones de salud, la Red promueve actividades personales que se asocian positivamente con sobrevida, rutina de dieta, de ejercicios, de sueño, de adhesión a régimen medicamentoso y cuidados de salud (Sluzki, 1998).

CÓMO LA ENFERMEDAD AFECTA A LA RED

Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo. La enfermedad restringe la movilidad del sujeto lo que reduce la oportunidad de contactos sociales y lo aísla. La enfermedad tiende a debilitar al enfermo y reduce su iniciativa a la activación de la red. Reduce su oportunidad de generar comportamientos de reciprocidad. Los

cuidados de gente con enfermedades crónicas resultan poco gratificantes.

Se han hipotetizado dos tipos de efectos positivos de la Red:

Efectos Directos. El apoyo social tendría un efecto directo sobre el bienestar, independiente del nivel de estrés. Según ésta hipótesis a mayor apoyo social menor malestar psicológico y viceversa, independientemente de las situaciones estresantes. Corresponde a la observación de que aquellas personas, socialmente integradas, tienen menor riesgo de experimentar estresores ambientales, de hecho, la ausencia de apoyo social es en sí misma un estresor.

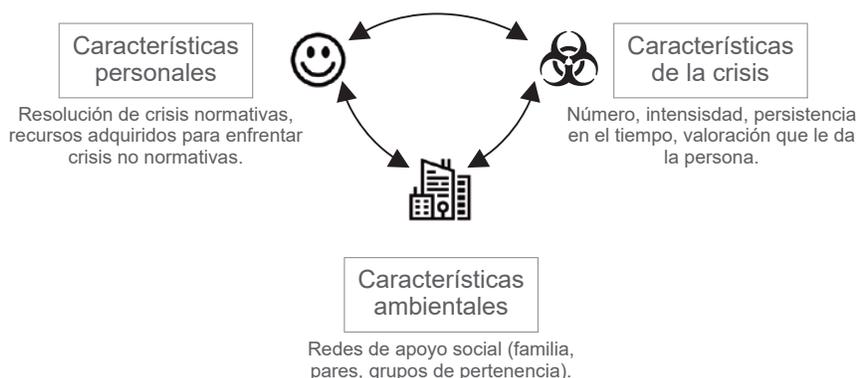
Thoits (1985) (Citado por Álvaro y Cols) plantea que las relaciones sociales pueden ser beneficiosas en tres sentidos:

- Proporcionan identidades sociales en la interacción con los demás, a partir de que los Roles Sociales, dan significado a la vida, previenen la ansiedad y guían la conducta.
- Son fuentes de autoevaluación positiva, relacionada con la percepción de sí mismo por los otros, se relacionan con la autoestima y por lo tanto con la sensación de bienestar.
- Sensación de control y dominio, la buena actuación en las tareas de rol mejora la autoestima basada en la eficacia y en la sensación de satisfacción y estarían mediados por procesos de comparación social.

Cohen (según se citado por Álvaro y Cols, 1985), propone que, si está la expectativa de obtener ayuda potencial en caso de experimentar acontecimientos vitales estresantes, se provoca un estado de ánimo positivo, autoestima y de valoración de la persona. Influye en la susceptibilidad a la enfermedad física —neuroendocrino e inmunológico— y afecta por medio de cambios en las conductas que promueven la salud (disminución del ejercicio físico, consumo de tabaco y alcohol, etc.).

Efecto Indirecto o Amortiguador. Parece más asequible intentar fortalecer el apoyo social que evitar la exposición a estresores. Se describen así grupos en que, teniendo riesgo de padecer estrés, se fomenta el Apoyo Social para reducir sus efectos negativos y aumentar el nivel de satisfacción. Por ejemplo, los Grupos de Apoyo o Autoayuda. Los grupos de Acción Social, por su parte, tienen como objetivo lograr un cambio en las leyes o políticas de acción pública (Álvaro & Cols (1992).

Figura 1. Homeostasis psicológica en situaciones de crisis. Fuente: Masalleras y Jara. Consideraciones acerca del intento suicida, su prevención y tratamiento. Bol Hosp SJ de Dios. 1989:36(5):334-336



HOMEOSTASIS PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS

Masalleras y Jara. Consideraciones acerca del intento suicida, su prevención y tratamiento. Bol Hosp. SJ de Dios. 1989:36(5):334-336

Según las estrategias de intervención para fomentar el apoyo individual, grupal y comunitario, se distinguen diversas tipologías en los grupos:

- Criterio 1: Quien padece el problema. Grupos de personas *que padecen el problema* directamente (viudos, alcohólicos, etc.) y grupos que están *relacionados con quienes padecen el problema* —v. gr. padres de adictos— (Pittman III, 2012; Sempere y Cols., 2017; Ramos, 2015).
- Criterio 2: Tipo de problema. Grupos de sujetos que atraviesan situaciones problemáticas semejantes, ya sean condiciones permanentes o crónicas —cómo los diabéticos— o situaciones de crisis vital —cómo jubilados, viudos—.

Del adecuado balance entre la Crisis, los Recursos Individuales y las Redes de Apoyo Social, dependerá el equilibrio psicosocial del usuario y la resolución de la Crisis (véase la Figura 1).

Se ha considerado que la *primera línea de defensa* es la de la propia autoestima del individuo (Kaplan citado por Cochrane, 1983), aquellos que mantienen una baja autoestima frente a experiencias potencialmente amenazadoras, presentarían padecimiento subjetivo, incluyendo ansiedad, depresión y desorientación en su comportamiento. La aparición de sucesos y experiencias positivas estimulan el mundo psicológico de la persona, los sentimientos de valía y dignidad personal que se obtienen a partir de relaciones cercanas pueden ayudar altos montantes de estrés, siempre que la relación misma no sea la fuente de estrés.

CONCLUSIONES

La relación entre la persona y sus redes de apoyo social supera el mero contexto en el ámbito de la salud, esta relación configura *círculos virtuosos* en que la red social protege la salud del individuo y este a su vez mantiene la red social. De modo análogo, la misma da cuenta de la generación de *círculos viciosos* en que afecciones crónicas afectan negativamente la red social que a su vez impactan negativamente en la salud del usuario. Así, se entiende que se aprecie una correlación directa entre calidad de red social y calidad de salud, sostenida en las interacciones recíprocas entre la persona y su red (Sluzk, 1998). Foucault (2016) ha hecho ver que la patología mental exige además de métodos de análisis diferentes de los utilizados en la patología orgánica y que solo con el *artificio del lenguaje* se le puede dar una formulación a las enfermedades del espíritu similar a las enfermedades del cuerpo. Lolas (1997), hace una distinción similar al diferenciar entre *curar* y *sanar* pues gran parte de las veces una enfermedad física cura pero aún no termina de sanar por persistir sus repercusiones sobre la psique o el espíritu: dicha *sanación* puede retrasarse o requerir de tratamiento complementario, consecuencia de la evidente pero a veces desestimada indivisibilidad de esa unidad constituida por Psique y Soma.

Agradecimientos: al Dr. Luis Acuña SM por su colaboración en la revisión y edición de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Aisenson A. (1979). *El yo y el si-mismo*. Amorrortu Editores
2. Álvaro J. & Cols (1992). *Influencias psicológicas y sociales en la salud mental Siglo XXI de España* Editores
3. Bakal D. (1992). *Psicología y salud*. Editorial Desclée
4. Cochrane R. (1991). *La creación social de la enfermedad mental*. Ed. Nueva Visión.
5. Cueli J. (1989). *Psicoterapia Social*. Editorial Trillas.
6. Díaz C. (2018). *De la terapia Gestalt y la terapia existencial a la terapia relacional*. Guiller-mo Escobar Editor.
7. Fernández O. (1999). *Crisis Vital. Un modelo de transformación en psicoanálisis y psicología social*. Ed. Nueva Visión.
8. Foucault M. (2016). *Enfermedad Mental y Psicología*. Ed. Paidos
9. Fromm E. (1996). *Espíritu y Sociedad*. Ed. Paidos.
10. Gergen K. (2015). *El ser relacional. Más allá del Yo y de la Comunidad* Editorial Desclée de Brower.
11. Herman T. (2019). *El poder de tu Alter Ego*. Ediciones Urano.
12. Lolas F. (1997). *Más allá del cuerpo*. Editorial Andrés Bello
13. Marc E. & Picard D. (1989). *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Ed Paidos
14. Pittman III F. (2012). *Momentos decisivos. Tratamientos de familias en situaciones de crisis*. PAIDOS Terapia.
15. Ramos R. (2015). *Terapia narrativa con familias multiproblemáticas*. Ed. Terapia Familiar Iberoamericana.
16. Sempere J. & Fuenzalida C. (2017). *Terapias Multifamiliares. El modelo interfamiliar. La terapia hecha entre todos*. Ed Psimatica.
17. Sluzki C. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa.
18. Speck R. y Attneave C. (2000). *Redes familiares*. Amorrortu/Editores.
19. Stierlin H. (1997). *El individuo en el Sistema*. Editorial Herder.
20. Vegh, I. (2010). *Yo, ego, sí mismo: distinciones de la clínica*. Paidos.
21. Wainrib B. & Bloch E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Ed. Desclée de Brower.