

## El carácter sistémico de la asistencia psicosocial y psiquiátrica

JARG B. BERGOLD\*

### Resumen

*Se examinan los mecanismos responsables de efectos sistémicos que subyacen a la interdependencia de los servicios de asistencia psicosocial y psiquiátrica de un distrito urbano de Berlín. Con base en los datos de una investigación<sup>1</sup> acerca del trabajo de un Centro de Intervención en Situaciones de Crisis de la ciudad de Berlín se muestra que las decisiones de selección, es decir, aquellas que determinan qué pacientes se atenderán y cuáles se derivarán, dan como resultado tanto la interdependencia como los diferentes patrones de "asociación en redes" de las instituciones.*

### Abstract

*The basic underlying mechanism of interdependency between psychosocial and psychiatric institutions in an urban region of Berlin is examined, mechanism which is responsible for systemic effects. Using the findings from a survey on the work of an outpatient crisis centre it is showed that both interdependency as well as different network patterns result from the decisions made in the selection procedure, as to the assignment or further referral of clients.*

### INTRODUCCION

El término sistema es usado frecuentemente en conexión con los servicios de salud psiquiátricos y psicosociales. Por ejemplo, al hablar de "sistema asistencial" se quiere señalar que las distintas instituciones están ligadas entre sí. Esta interrelación tiene efectos que no pueden ser explicados por ningún vínculo particular sino que son el resultado de la acción combinada de las diferentes instituciones, con sus respectivos profesionales y pacientes (Mitzlaff, 1987; Schiepek, 1986).

Resulta relevante, entonces, estudiar más detenidamente los fundamentos de estos efectos sistémicos.

En este artículo se examinará hasta qué punto se justifica hablar de "sistema" en relación a la asistencia psicosocial/psiquiátrica de un área regional limitada (una comuna de la ciudad de Berlín). Esto se realizará en forma teórica y a partir de los resultados de una investigación empírica.

Resulta necesario, sin embargo, explicar previamente la terminología. Se distinguirá entre los términos "asociación en redes" (o simplemente "red") y "sistema". El término "asociación en redes" se utilizará cuando se aprecia —exclusivamente desde la perspectiva del observador— una asociación entre unidades independientes. El término "sistema", en cambio, se aplicará cuando el objeto de análisis es el proceso de reproducción cotidiana de estas asociaciones (de las unidades temporal y espacialmente situadas) y las consecuencias de éste<sup>2</sup>. De este modo, por ejemplo, una agrupación de profesionales de los diferentes servicios asistenciales de un distrito se puede en-

\* Psicólogo (Ph. D.). Profesor Titular Instituto Psicológico de la Universidad Libre de Berlín. Fundador y Director del Programa de Asistencia Psicosocial de dicho Instituto. Dirección: Projekt Psychosoziale Beratung der F.U.-Berlin, Uferstraße 14, D-13357. Berlin-Alemania. Fax: 49-30-883-8114. E-mail: bergold@fub46.zedat.fu-berlin.de

<sup>1</sup> El estudio empírico fue financiado por el Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Ministerio Federal para la Juventud, la Familia, la Mujer y la Salud) y la Freie Universität Berlin (Universidad Libre de Berlín), dentro del marco del proyecto de investigación general titulado *Investigación Psicológico-Comunitaria en un Distrito Metropolitano*.

<sup>2</sup> Véase Schiepek (1990) para una distinción similar.

tender como un sistema (de tipo fugaz), cuando el foco de atención está puesto sobre los procesos que se dan en las reuniones, o bien se puede entender como un gremio que da cuenta de la asociación en redes, cuando se le analiza como "la arena para las disputas" entre las diferentes instituciones.

### LA SELECCION COMO MECANISMO BASICO EN LA PRODUCCION DE INTERDEPENDENCIA

Entre los primeros que hicieron referencia a las características sistémicas de la asistencia psiquiátrica están Castel, Castel & Lovell (1982). Ellos analizaron el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en EE.UU., mostrando cómo los cambios en la composición de la clientela y en los recursos disponibles llevaban, también, a cambios de carácter sistémico en el campo institucional. Castel *et al.*, sin embargo, no entraron en mayores detalles acerca de los mecanismos de producción de este efecto sistémico.

En el presente artículo se parte del supuesto que la interdependencia en el nivel institucional es el resultado del hecho que las instituciones deben seleccionar a sus clientes o pacientes al interior de un campo caracterizado por la competencia interinstitucional. Cada institución específica no puede aceptar a cualquier cliente sino que, de acuerdo a un proceso de selección específico, escogerá sólo a algunos de éstos. Como cada institución está interesada en tener siempre un número suficiente de pacientes, sus criterios de selección cambiarán continuamente, de acuerdo a las condiciones del campo asistencial. Sin embargo, dado que estos procesos de selección son realizados en todas las instituciones implicadas, no es posible para una institución determinada incluir a todos los clientes en su propio proceso de selección; sólo estarán disponibles aquellos que aún no están ligados a otra institución o aquellos que no pueden ser atendidos adecuadamente por las otras.

En el "conjunto institucional"<sup>3</sup> cada institución tiene su clientela específica, la cual es el

resultado de un efecto sistémico causado por el proceso de selección, en un contexto moldeado por decisiones políticas y administrativas. Este efecto sistémico no es producido por las instituciones individuales ni tampoco resulta predecible para ellas. De este modo, los cambios que se producen en otras instituciones o en la conformación de la clientela pueden llevar a resultados inesperados como, por ejemplo, que de pronto no se encuentren los pacientes o clientes deseados, o que éstos sean demasiado abundantes. Aquí observamos efectos de interdependencia típicos, que se caracterizan, en el nivel de la experiencia individual, por el hecho que las acciones particulares tienen consecuencias imprevistas, o que en el entorno se desarrollan cambios sorprendentes, contradictorios con las expectativas.

Una evidencia de tales efectos de interdependencia es la constitución de "cadenas asistenciales", como son descritas por Cramer (1981). Tales "cadenas asistenciales", o relaciones de cooperación, pueden ser consideradas como patrones que se configuran en el campo de la asistencia psicosocial y psiquiátrica.

Sobre la base de sus hallazgos, Cramer sugiere que en el trabajo psicosocial existe un aspecto dependiente del paciente y otro dependiente de los servicios asistenciales, y que es este último el más importante para la mantención de la institución. La supervivencia de una institución es, en su opinión, dependiente de dos factores:

- (a) En primer lugar, cada institución es un "recurso" para otras organizaciones sociales, es decir, tiene un valor de utilidad. Esta orientación hacia el valor de utilidad lleva a que las instituciones se transformen en interdependientes. Sobre esta base, Cramer (1981) describe el desarrollo de diferentes "cadenas asistenciales", las cuales tipifica de acuerdo a su grado de especialización:
  - cadenas ascendentes, tendientes a la especialización: son aquellas en las que los problemas cotidianos son transformados en específicos, requiriendo la ayuda de expertos para ser solucionados;
  - cadenas descendentes, tendientes a la concreción: aquí los problemas específicos (definidos como tales por expertos) toman una apariencia más general y común;
  - cadenas lineales: tienen una secuencia aditiva en la que la perspectiva sobre los problemas se mantiene similar, abordándose éstos secuencialmente, de tal modo que cada acción se construye sobre la anterior;

<sup>3</sup> Esta conceptualización dice relación con los planteamientos de Elias (1983), quien se basó en la interdependencia para generar su concepto de "figuración", al cual también atribuye características sistémicas. Las instituciones pueden ser entendidas como figuraciones de personas interdependientes; al mismo tiempo, en un segundo nivel, se pueden estudiar las interdependencias entre varias instituciones. Es primordialmente esto último lo que se hace en este artículo.



- cadenas no lineales: aquí la secuencia se diversifica, como resultado de distintas definiciones del problema; por lo tanto, las acciones no se construyen unas sobre otras.
- (b) Por otra parte, la selección de pacientes o clientes es dependiente de la producción de "casos". El punto de partida de la cadena, y por ello también del comienzo de la cooperación entre las instituciones, son los llamados motivos de consulta, los que están determinados por la estructura de la institución. La derivación ocurre como resultado de la evaluación que la institución hace del problema, en función de su propia capacidad de acción. Esta última dice relación, especialmente, con su dotación financiera y con la necesidad de asegurar su subsistencia como institución. El problema del cliente es sólo el punto de partida para la evaluación de su capacidad de acción. Por lo tanto, la institución reacciona a las demandas externas, en una forma que es sistémicamente inherente a ella.

Sin duda, el análisis de Cramer, el cual estuvo basado en entrevistas que el autor realizó a profesionales de tres áreas asistenciales, es interesante. Sus conclusiones combinan reflexiones teóricas con el punto de vista de los entrevistados y ponen en evidencia el carácter sistémico de las redes asistenciales psicosociales y psiquiátricas. Cabe, sin embargo, plantearse la posibilidad de describir más precisamente —a partir de nuevos datos— las interdependencias y patrones, y sus procesos de construcción.

**UNA INVESTIGACION ACERCA  
DEL TRABAJO DE UN CENTRO DE  
INTERVENCION EN SITUACIONES DE  
CRISIS Y SU COOPERACION CON  
OTRAS INSTITUCIONES DEL  
AREA ASISTENCIAL**

Los resultados que se presentan a continuación se obtuvieron de una investigación evaluativa del trabajo del *Centro de Intervención en Situaciones de Crisis (CISC)*. Este estudio evaluativo, llevado a cabo durante un período de dos años, formó parte de un proyecto de investigación más amplio acerca del desarrollo del sistema asistencial de la comuna Wedding en, la ciudad de Berlín.

La institución en cuestión se formó en 1987 como resultado de un debate profundo acerca de

la alta tasa de suicidios y de los déficit en el sistema asistencial en la comuna. De este debate surgieron demandas contradictorias hacia la nueva institución asistencial<sup>4</sup>. Por un lado, se exigía la formación de un servicio de emergencia médico-psiquiátrico estacionario tradicional y, por el otro, un servicio psicosocial ambulatorio de intervención en crisis. El conflicto fue "solucionado" tras un largo proceso de negociación, dotándose al nuevo centro de ambos servicios simultáneamente.

El trabajo del CISC da prioridad a las intervenciones breves (1 a 5 sesiones) pero, en algunos casos, realiza intervenciones de extensión algo mayor. Su equipo profesional lleva a cabo visitas domiciliarias (lo que, dado el caso, también incluye la visita a pacientes en hospitales) y atención telefónica; sin embargo, la mayor parte de la atención se lleva a cabo en el mismo centro. El horario de atención es desde las 15 a las 24 horas, diariamente.

Dado que el trabajo prioriza las intervenciones breves, el centro se ve instado a mantener relaciones de cooperación con otras instituciones del sector, a las que transfiere clientes y de las que, a su vez, recibe derivaciones.

En la presente investigación fueron recolectados datos que entregan información directa e indirecta sobre las interdependencias de las instituciones asistenciales de la comuna Wedding. Se pueden distinguir dos tipos de datos básicamente diferentes que, a su vez, llevan a diferentes (re)construcciones de las redes asistenciales:

- (a) Se dispone de registros que los profesionales realizan durante o después de la primera entrevista. Estos son, por una parte, una encuesta estandarizada, la llamada *documentación de base*, en la cual se registran datos básicos del cliente y de su experiencia atencional previa y, por otra, relatos verbales cualitativos inscritos en el *libro de reportes*, en el que cada profesional registra sucesos y eventos relacionados con la atención, a fin que sus colegas puedan enterarse de lo sucedido en el cambio de turno. Este primer tipo de información permite identificar redes desde el punto de vista del observador.
- (b) El segundo tipo de información comprende aquella obtenida a partir de 10 entrevistas cualitativas y 69 cuestionarios aplicados a

<sup>4</sup> Handrack (1988).

profesionales de distintas instituciones de asistencia psicosocial y psiquiátrica. A través de esta información, es posible identificar redes desde la perspectiva subjetiva de los "profesionales-participantes", los que vierten su apreciación global acerca de las interco-

nexiones institucionales, información que es diferente de los registros puntuales, diarios, que conforman el primer tipo de datos.

Las diferentes fuentes se pueden caracterizar brevemente en la Tabla N° 1.

TABLA N° 1

## DATOS ANALIZADOS PARA EL PRESENTE TRABAJO

Técnicas de recolección	Objetivo/Datos	Cantidad
Libro de reportes	Contacto con otras instituciones	1.375 contactos <sup>a</sup>
Documentación de base	Descripción de la clientela/Contacto con otras instituciones/ Tipo de asesoramiento	964 pacientes <sup>b</sup>
Entrevistas cualitativas a colaboradores de distintas instituciones	Concepto de crisis/Concepto de tratamiento/Desarrollo del trabajo en crisis/Aceptación y valoración del CISC	10 profesionales <sup>c</sup>
Cuestionarios	Aceptación/Contactos interinstitucionales, acciones de las instituciones/Concepto de crisis	69 profesionales (% de devolución = 51%) <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Holz (1990).

<sup>b</sup> Bergold, Holz, Krause Jacob, Leferink, Möller, Schürmann & Zaumseil (1989).

<sup>c</sup> Möller & Schürmann (1993).

<sup>d</sup> Leferink (1993).

## La selectividad de los contactos

Desde el punto de vista del observador, es decir, sobre la base de los datos obtenidos a través del *libro de reportes* y de la *documentación de base*, es posible establecer la selectividad del intercambio y sus contenidos más relevantes.

El personal del CISC, al realizar sus registros manuscritos en el *libro de reportes*, da cuenta de todos los sucesos acontecidos durante un turno, y con ello, también, de todos los contactos con profesionales de otras instituciones<sup>5</sup>. Dado que es usado cotidianamente, el *libro de reportes* es una buena evidencia de los contactos concretos realizados entre el CISC y otras instituciones. A través de un recuento de frecuencias sobre los registros categorizados se pudo establecer que, desde su formación, el CISC había contactado a 150 instituciones diferentes. De éstas, 61 pertenecen a la misma comuna y 86, a otras. En total fueron registrados 1375 contactos. De acuerdo a la frecuencia de los contactos, las instituciones se pueden agrupar de la forma establecida en la Tabla N° 2.

TABLA N° 2

## CONTACTOS CON OTRAS INSTITUCIONES

Número de instituciones	Frecuencia de los contactos	% del total de contactos
4 <sup>a</sup>	100 a > 200	50%
4 <sup>b</sup>	Aprox. 50	14%
8	10 a 20	10%

<sup>a</sup> Hospital general con un departamento de emergencias (*Jüdisches Krankenhaus*), *Servicio de Psiquiatría Social*, *Estación para Crisis*, policía. El *Servicio de Psiquiatría Social* es una de las instituciones asistenciales creadas a raíz de la reforma de la psiquiatría alemana. Existe un *Servicio de Psiquiatría Social* por comuna, el cual ofrece asistencia psiquiátrica ambulatoria a los pacientes residentes en ella. La *Estación para el Tratamiento de Crisis (Krisenstation)* es un servicio de atención en crisis, ligado a un hospital general, el cual brinda tratamiento psicoterapéutico con hospitalización por un período de 10 días.

<sup>b</sup> *Centro Diurno*, hospital psiquiátrico, hospital general (*Rudolf Virchow Krankenhaus*), *Programa de Asistencia Psicosocial*. El *Centro Diurno* es un lugar de encuentro de "puertas abiertas", en el que se ofrecen actividades recreativas y de rehabilitación a clientes con trastornos psicóticos; es otra de las instituciones creadas en el contexto de la reforma psiquiátrica. El *Programa de Asistencia Psicosocial (Projekt Psychosoziale Beratung)* es una institución comunitaria creada por la Universidad Libre de Berlín, en la cual trabaja el equipo de investigadores que realizó el presente estudio.

<sup>5</sup> Véase Holz (1990) para un detallado análisis de resultados.



La Tabla Nº 2 muestra que aproximadamente las tres cuartas partes del total de contactos se realizó con solamente 8 instituciones, es decir, con aproximadamente el 10%. Con las restantes instituciones hubo menos de 10 contactos. Partiendo de la base que hay más de 150 instituciones que pueden ser potencialmente contactadas, se aprecia una fuerte selectividad.

Son 16 las instituciones con las cuales el CISC tomó contacto con una frecuencia importante. De estos contactos, un 73% estuvo directamente relacionado con clientes y aproximadamente un 25% se refirió a un intercambio general de información. Así, son los clientes los que dan la base para esta interacción institucional.

La *documentación de base*, en la cual, entre otros aspectos, se registran los casos asignados al CISC y las derivaciones hechas desde el CISC a otras instituciones, contiene datos similares. Por lo tanto, este registro también entrega información acerca de la cooperación interinstitucional. Tal como se señalara respecto del *libro de reportes*, la cooperación también aquí aparece como resultado directo de la derivación de clientes de una institución a otra. Al mismo tiempo, llama la atención que el CISC cooperó en forma relevante con 6 o 7 instituciones de la comuna, de un total de más de 40 que fueron mencionadas en la *documentación de base*.

Con base en los datos mencionados se puede concluir, entonces, que en la práctica el número de conexiones interinstitucionales posibles se encuentra muy restringido. Esta restricción se da tanto en la conexión de otras instituciones con el CISC (por ejemplo, sólo un pequeño número se "conecta" con el CISC a través de la derivación de clientes), como, también, por parte del CISC en su cooperación y derivación hacia otras instituciones.

### Identificación de tres patrones de cooperación

En el punto anterior fue posible establecer que las instituciones estudiadas sólo derivaban clientes a –y recibían clientes de– un número limitado de otras instituciones. Esto, sumado a la concordancia entre los datos acerca de los contactos institucionales y las derivaciones hacia y desde el CISC, llevó a la conclusión que la interdependencia de las distintas instituciones está basada en la derivación mutua de clientes. En este nuevo paso del análisis nos preguntamos si los datos permiten identificar patrones de cooperación o de

derivación de clientes que guarden relación con las decisiones de selección.

Existen dos categorías en la *documentación de base* que pueden ayudar a identificar tales patrones. Hay un registro hecho para cada cliente, en el que se establece desde qué institución fue derivado y hacia dónde fue referido después de la atención en el CISC. Con un simple gráfico de frecuencias es posible definir claramente tres grupos de clientes con patrones de derivación distintos. Estos pueden ser descritos más detalladamente si se incluyen datos adicionales de la *documentación de base*.

El primero de estos grupos contiene 62 clientes que fueron derivados al CISC por tres instituciones psiquiátricas de la comuna (el *Hospital Psiquiátrico*, el *Servicio de Psiquiatría Social* y el *Centro Diurno*). El segundo grupo incluye los 114 clientes de un hospital general, que cuenta con un servicio de emergencia, y el tercer grupo está conformado por 437 clientes que llegaron al CISC por iniciativa propia. En adelante, este último se denominará "grupo independiente".

Con el fin de explicar más claramente los procedimientos de selección de las instituciones derivadoras y algunos de los principios de derivación del CISC, se entregará información obtenida por medio de las entrevistas realizadas a profesionales de estas instituciones. Las decisiones de selección del CISC, por su parte, se pueden mostrar a partir de una de las categorías de la *documentación de base* denominada *acuerdos al final de la primera sesión* y a través de las derivaciones a otras instituciones, registradas en la misma documentación. Estos datos aparecen en los Gráficos Nºs. 2 y 3.

A continuación se describirán estos tres grupos, para así lograr una caracterización más exacta de los distintos patrones de derivación. Los grupos serán descritos de acuerdo a: las diferentes "causas" que motivaron el primer contacto con el CISC; los diagnósticos, y algunas características personales de los clientes. El patrón de distribución de estas "causas" muestra cuáles son los eventos externos frente a los cuales la institución reacciona con decisiones de selección.

A través de este procedimiento se relacionan datos metodológicamente diferentes. De este modo se hace posible describir las características de las diferentes redes, las cuales serán descritas, principalmente, con el foco de análisis puesto en el CISC. Se trata, por lo tanto, solamente de una sección de las redes, a partir de la cual se pueden hacer inferencias acerca de las redes en general.

GRAFICO N° 1

PATRON DE DISTRIBUCION DE LAS CAUSAS PARA TOMAR CONTACTO CON EL CISC

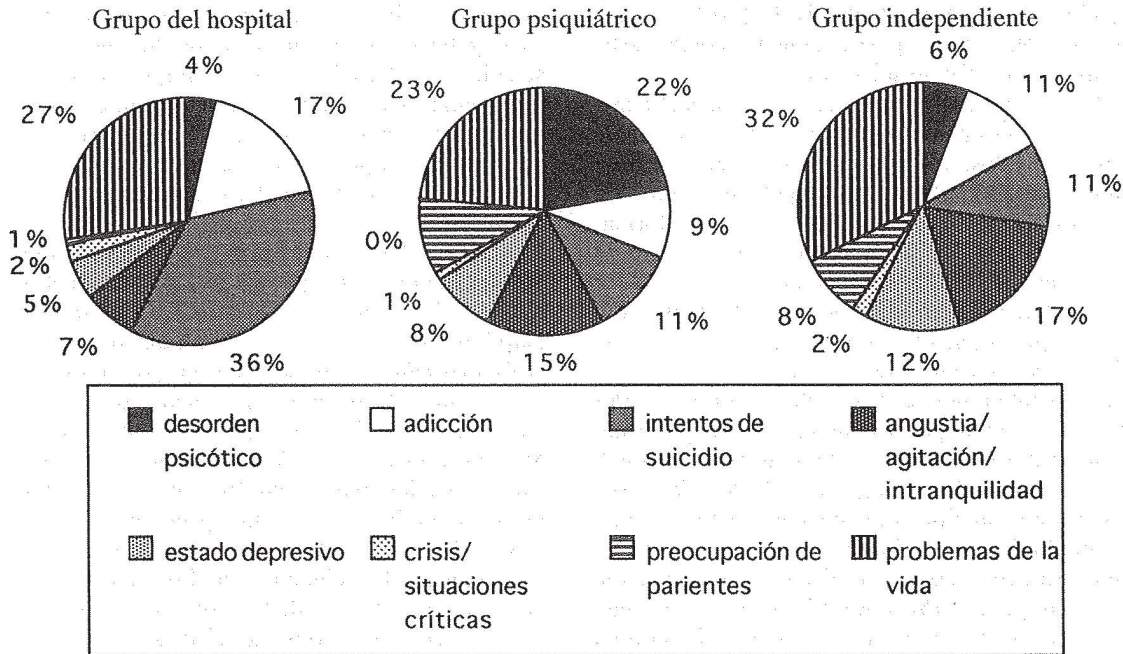


GRAFICO N° 2

PATRON DE DISTRIBUCION DE LOS ACUERDOS AL FINAL DE LA PRIMERA SESION

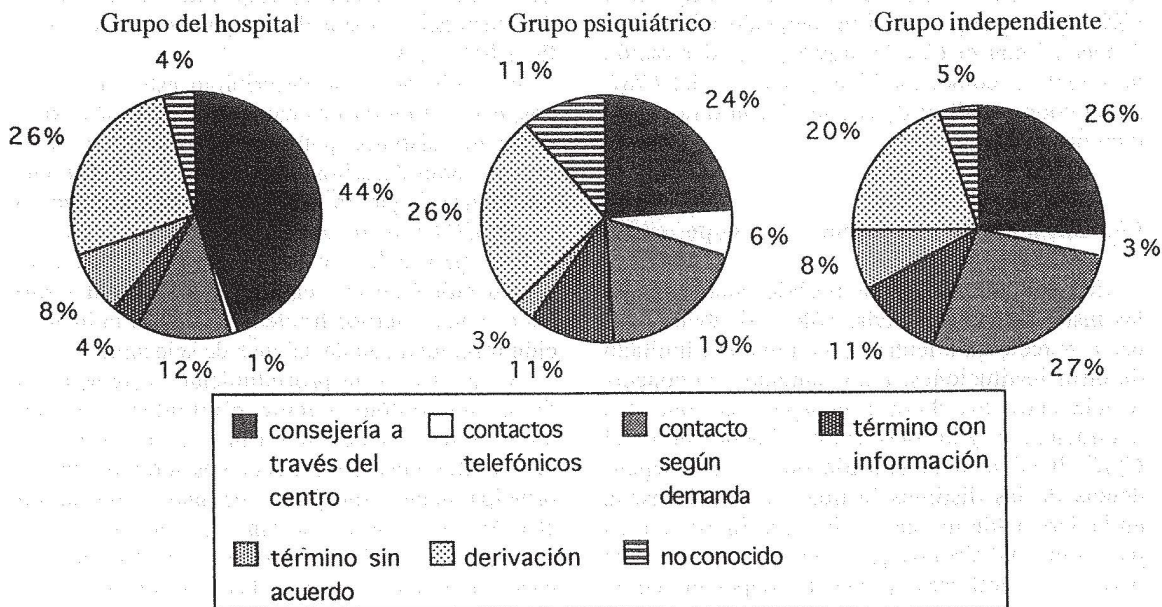
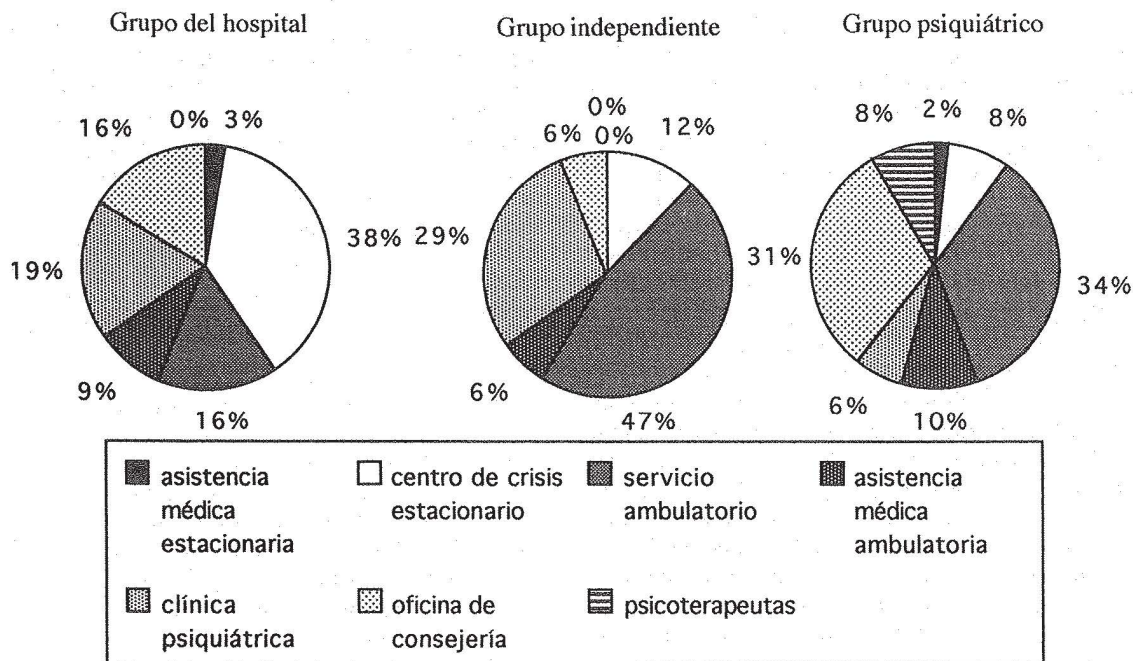




GRAFICO N° 3

## PATRON DE DERIVACION DEL CISC

*El grupo del hospital*

El grupo de clientes que proviene del hospital general (que cuenta con un servicio de emergencia) se caracteriza por el hecho que el incidente que lleva al primer contacto, en el 36% de los casos, fue registrado como "intento de suicidio". En el 17% de los casos fue "adicción". Menos frecuentes son los "desórdenes psicóticos", que aparecen en un 4%, la "angustia, agitación, intranquilidad", en un 7%; y la "preocupación de familiares", en un 1%. Respecto de los diagnósticos, la mayor frecuencia la tiene la ausencia de diagnóstico específico (50%). Dentro de los casos diagnosticados, sólo la categoría "adicción a drogas y alcohol" es elevada (24%). Casi todas las demás categorías aparecen con menor frecuencia que en los otros dos grupos, incluido el diagnóstico de "neurosis".

En términos de datos sociales y en comparación con los otros grupos, podemos caracterizar al grupo de clientes del hospital como personas que con mayor frecuencia están casadas, perciben un sueldo o salario y han terminado algún tipo de capacitación. Ello sugiere que este grupo de personas tiene una posición social ligeramente mejor

que los otros dos grupos. Estos pacientes, además, se caracterizan por no haber tenido contactos previos con instituciones en el campo psicosocial o psiquiátrico en su historia personal.

Durante una de las entrevistas, realizada a un médico del departamento de emergencia del hospital general, entre otros temas se abordó el procedimiento inmediatamente posterior a la admisión de pacientes que habían hecho un intento de suicidio. El médico señaló que el primer paso era llevar a cabo una desintoxicación, para luego realizar otros pasos, que incluían el contacto con otras instituciones, con los neurólogos de consulta del hospital, con el servicio de psiquiatría social o con el CISC. En caso que se evaluara como alto el riesgo de un nuevo intento de suicidio, se llamaría a un neurólogo de consulta o al médico "oficial de salud" con la posible consecuencia de una "internación obligada" en un hospital psiquiátrico. En cambio, si el paciente estuviese en situación de elaborar el suceso, y además tuviera el deseo de "enfrentar la situación", entonces se contactaría al CISC o al *Servicio de Psiquiatría Social*. Generalmente se preferiría al CISC, debido a que allí no se llevarían actas con los datos personales de los pacientes, lo cual aseguraría el anonimato de éstos.



A partir de los datos presentados en relación al "grupo del hospital", podemos concluir lo siguiente: la mayoría de los pacientes transferidos desde el hospital al CISC ha experimentado una situación crítica (intento de suicidio o adicción a drogas/alcohol), pero aún están dentro del "espectro de la normalidad". Ellos han tenido poco contacto con las instituciones psicosociales o psiquiátricas, es decir, son "novatos" en el sistema asistencial y resulta importante asegurar que —en lo posible— permanezcan dentro de los límites de lo definido como "población normal". El hospital no está en condiciones de ayudarlos en sus problemas sociales y psicológicos, frente a lo cual el CISC parece ser la institución más indicada.

También se aprecian las características propias de cada red, examinando —en la *documentación de base*— la información correspondiente a los acuerdos tomados entre el profesional y el cliente al finalizar la primera sesión y los datos referidos al tipo de derivación realizada (véanse Gráficos N<sup>os</sup>. 2 y 3). Esta información muestra que es más frecuente que el CISC asuma la ejecución del tratamiento en el caso de clientes derivados del hospital (44%) que cuando provienen de otras instituciones (24%). En concordancia con lo anterior, se ofrecen contactos posteriores "según demanda" con baja frecuencia (12%), y la primera sesión finaliza rara vez con una mera entrega de información acerca de posibilidades de atención posterior en otras instituciones (4%) (categoría "término con información" en el Gráfico N<sup>o</sup> 2).

El número de derivaciones de este grupo es similar al de los clientes de las otras instituciones. Estos son referidos a 25 instituciones diferentes; sin embargo, dentro de éstas el número de derivaciones a la *Estación para el Tratamiento de Crisis*<sup>6</sup> es claramente superior. En comparación con el "grupo independiente", también se ve aumentada la derivación hacia el *Hospital Psiquiátrico* (véase Gráfico N<sup>o</sup> 2). Esto muestra que para algunos pacientes de este grupo parece necesaria la derivación a instituciones que realizan tratamientos con internación.

Estos hallazgos sugieren que los clientes derivados desde el hospital constituyen un grupo especial para los profesionales del CISC. Como ya dijimos, este grupo de clientes son personas que han tenido poco o ningún contacto previo con los servicios de asistencia psicosocial y psiquiátrica.

Ahora, como resultado de su intento de suicidio, son confrontados por primera vez con la ayuda psicológica. Los profesionales del CISC suponen que estas personas no se comprometerían a asistir a tratamiento si éste es sólo recomendado. Esto coincide con la discusión actual en la literatura acerca de la intervención en crisis, en la que se enfatiza que es durante los primeros cinco días después del intento de suicidio cuando es más fácil tomar contacto con estas personas, ya que después de ese período la voluntad de hablar acerca de sus problemas se reduce fuertemente.

El CISC parece estar en una bifurcación de caminos, uno de los cuales se dirige hacia la red de asistencia psicosocial/psiquiátrica, mientras el otro es el retorno a la "normalidad", es decir, a la ausencia de ayuda psicológica. Algunos de los pacientes (los que siguen este segundo camino) serán capaces de resolver sus problemas con la atención (breve) recibida en el CISC, al menos en un grado suficiente como para seguir adelante en sus vidas sin requerir ayuda profesional. En estos casos el CISC es capaz de normalizar la situación crítica, que fuera la causa de su internación inicial en el hospital, previniendo que los pacientes sean "ingresados" al sistema asistencial.

Otros pacientes (los del camino mencionado en primer lugar) son derivados hacia el sistema asistencial, lo que puede ocurrir inmediatamente después de la primera sesión o luego de algunos contactos. Aquí podemos distinguir entre clientes que requieren ser hospitalizados, los cuales son derivados, ya sea a la *Estación para el Tratamiento de Crisis* o al *Hospital Psiquiátrico*, y aquellos clientes que son derivados a distintas instituciones psicosociales de atención ambulatoria. Cuando estas derivaciones ocurren después de un período de atención en el CISC, éste asume la tarea de motivar a los clientes para la ayuda profesional posterior o, dicho de otra manera, se preocupa de "socializarlos" para la oferta de ayuda profesional.

#### *El grupo psiquiátrico*

En el "grupo psiquiátrico", es decir, en los clientes provenientes de las tres instituciones psiquiátricas, el incidente que lleva al contacto con el CISC es, en un 22% de los casos, un desorden psicótico (véase Gráfico N<sup>o</sup> 1). Los "intentos de suicidio", en cambio, son menos comunes (11%). Otros motivos de consulta relevantes son los categorizados como "ansiedad, angustia o intranquilidad" y como "preocupación de parientes". En este grupo los diagnósticos "esquizofrenia", "psicosis afectiva", "otros desórdenes psicóticos"

<sup>6</sup> La *Estación para el Tratamiento de Crisis (Krisenstation)* es un servicio de atención en crisis, ligado a un hospital general, el cual brinda tratamiento psicoterapéutico con hospitalización por un período de 10 días.



y "neurosis depresiva" son elevados. Es destacable, además, que en este grupo de pacientes sea poco frecuente que la categorización diagnóstica no aparezca en la ficha (19% contra 40% en la muestra total).

En cuanto a sus datos sociodemográficos, estos pacientes, con mayor frecuencia, son solteros, carentes de contactos sociales y presentan inestabilidad laboral. Además, son mayoritariamente hombres. En sus historias previas muestran mucha mayor experiencia con servicios psiquiátricos que con instituciones de asistencia psicosocial.

Los profesionales de las instituciones psiquiátricas que fueron entrevistados para efectos de este estudio enfatizan que en este grupo de pacientes el *CISC* cumple una función de complemento. Esto es especialmente válido para el *Servicio de Psiquiatría Social*, cuyos profesionales conceptualizan al *CISC* como un complemento de su propia jornada de trabajo. Por ejemplo, cuando temen que un paciente (tratado ambulatoriamente) pudiera necesitar ayuda en la noche o durante el fin de semana, se contactan con el *CISC*. Tomando esta medida, a veces se puede evitar la internación de este tipo de pacientes. En la entrevista, el *Hospital Psiquiátrico* (el cual suele no utilizar los servicios del *CISC*) también le asigna al *CISC* una función complementaria del trabajo realizado por el *Servicio de Psiquiatría Social*. Ocasionalmente el *Hospital Psiquiátrico* informa a sus pacientes (a aquellos que son dados de alta) de la existencia del *CISC*, a fin que ellos –en caso de necesidad– tengan una posibilidad de atención en horarios en los que no atiende el *Servicio de Psiquiatría Social*.

La información precedente pone en evidencia que en el grupo aquí analizado los criterios de selección y, con ello, el tipo de pacientes derivados, son esencialmente distintos al grupo de pacientes del hospital general. Los pacientes del grupo psiquiátrico, en su mayoría, ya llevan cierto tiempo al cuidado de distintas instituciones psiquiátricas. La red de instituciones psiquiátricas ha incluido al *CISC* como institución atencional, esencialmente debido a que es la única institución capaz de ofrecer atención ambulatoria en una hora del día en la que las otras instituciones de tratamiento ambulatorio están cerradas.

Los pacientes que circulan por la red psiquiátrica son bastante conocidos por las distintas instituciones atencionales y han aceptado su pertenencia a la red. Así se explica también el hecho que incluso el *CISC* (que no pone etiquetas diagnósticas con mucha frecuencia) adscriba un diagnóstico a la mayoría de estos pacientes. Podemos interpretar esto en el sentido que ya se les

había otorgado previamente un diagnóstico, con el cual llegan a la nueva institución.

Al examinar el decisiones de selección del *CISC*, también resulta evidente que se trata de una red institucional caracterizada por una clientela relativamente estable, y por prácticas de derivación definidas. En el caso de estos clientes es menos habitual que el *CISC* asuma el tratamiento, que en el de los pacientes del grupo del hospital. Sin embargo, el primer contacto rara vez termina sin alguna forma de acuerdo (Gráfico N° 2). Los pacientes son derivados principalmente a instituciones psiquiátricas de tratamiento ambulatorio (47%) y a hospitales psiquiátricos (29%) y, con menor frecuencia –en relación a los otros dos grupos–, a instancias de atención psicosocial o psicoterapéutica. El total de instituciones a las cuales los pacientes son derivados alcanza sólo a 11, correspondiendo el 50% de las derivaciones sólo a tres: el *Servicio de Psiquiatría Social*, el *Hospital Psiquiátrico* y el *Centro Diurno*.

Los datos acerca de los criterios de selección del *CISC*, en relación a hacerse cargo de la atención o derivación de los pacientes, son similares a los hallazgos ya presentados sobre los criterios de derivación de las instituciones que envían pacientes al *CISC*. Tenemos aquí una red integrada por un número limitado de instituciones, estrechamente vinculadas entre sí a través de las derivaciones mutuas de un grupo relativamente definido de pacientes. No siendo una institución típica en esta red, el *CISC* es incluido porque ofrece una ayuda complementaria a los clientes que conforman la base de la red. Como la atención básica de este grupo de pacientes está asegurada por parte de las instituciones psiquiátricas, el *CISC* se ocupa de intervenciones de corto plazo con ofrecimiento de contactos y, sobre todo, de las derivaciones a la red especializada.

Tenemos, entonces, que, en contraste con la función de "bifurcación de caminos" que el *CISC* ejerce para el "grupo del hospital" anteriormente descrito, su principal función con este grupo es la de "recoger y devolver" pacientes. El *CISC* recibe a aquellas personas que sufren de "desequilibrios" en horarios en los que las instituciones que las atienden habitualmente se encuentran cerradas y, luego, los devuelve a la red psiquiátrica.

#### *El grupo "independiente"*

El tercer grupo de clientes está conformado por aquellas personas que se contactan con el *CISC* por su propia iniciativa, sin haber sido derivadas por otra institución. Estos se diferencian



relativamente poco del promedio general. Sin embargo, llama la atención, en contraste con el grupo del hospital, que los intentos de suicidio no sean una causa frecuente para su contacto con el *CISC* (11%). En efecto, las principales causas corresponden a otra categoría, denominada "problemas de la vida" (Gráfico N° 1). El número de casos sin etiqueta diagnóstica no es tan alto como en el grupo de clientes del hospital, siendo, sin embargo, mucho más alto que en los pacientes de instituciones psiquiátricas. El diagnóstico más común es el de "neurosis" (aproximadamente un 30% de los diagnosticados).

En cuanto a su caracterización sociodemográfica, este grupo tampoco difiere mucho del promedio. Y, tal como en el caso de los clientes del hospital, la mayoría son mujeres.

Sin embargo, estos clientes han tenido una vasta experiencia con instituciones psicosociales. Ante la pregunta acerca de dónde habían tomado conocimiento acerca del *CISC*, mencionan más de 65 fuentes de información diferentes. Estas incluyen las instituciones psiquiátricas tradicionales, diversos servicios psicosociales, el servicio telefónico de "línea abierta" y artículos en la prensa, entre otras. La principal fuente de información es, sin embargo, el gran número de instituciones psicosociales. Similarmente, cuando se les preguntó sobre sus experiencias atencionales previas con servicios de asistencia psicosocial y psiquiátrica, estos clientes especificaron numerosas y muy diversas instituciones.

Podemos interpretar estos datos en el sentido que este grupo de personas es muy heterogéneo, habiendo obtenido información del *CISC* de diferentes fuentes. Es ciertamente interesante, pensando en interpretaciones posteriores, resaltar que este grupo había escuchado por primera vez sobre el *CISC* a través de un gran número de muy distintas instituciones. Algunos de ellos (14%) incluso supieron de su existencia por folletos disponibles en las tres instituciones psiquiátricas. Es posible suponer, por lo tanto, que ellos habían tenido contacto previo con esas instituciones. Este es, entonces, un grupo de personas que, en su mayoría, están familiarizadas con las ofertas de atención psicosocial y psiquiátrica. Presentan una diferencia fundamental, en comparación con los otros grupos de clientes, no solamente porque han tenido una vasta experiencia atencional sino porque en este caso es el cliente quien decide ir al *CISC*. Su búsqueda de ayuda en una u otra institución no depende de una derivación sino de su propia selección. En este sentido, será necesario examinar si aquí aún es pertinente hablar de una red institucional.

Al analizar las decisiones de selección del *CISC* respecto de este grupo de pacientes (Gráfico N° 2), resalta que después de una primera sesión se acuerde con menor frecuencia —respecto de los otros dos grupos— un tratamiento ulterior (20%). Esto es así en especial al ser comparados estos clientes con el grupo de clientes del hospital, los que, a primera vista, parecen ser bastante similares. Pero, mientras el 70% del grupo del hospital es atendido por el *CISC* o derivado a alguna institución para su atención posterior, en el grupo independiente ello se produce sólo en el 46% de los casos. Para la mitad de estos clientes la atención termina después de la primera sesión, dejándosele a ellos la decisión de seguir cualquier paso posterior.

Cuando los clientes del grupo independiente son derivados, se hace, principalmente, a servicios ambulatorios, a centros de asistencia médica ambulatoria, a centros de atención psicosocial o a psicoterapeutas; en general, a un extenso número de instituciones (58 en total). Esto sugiere que las decisiones son tomadas en función de las distintas necesidades y deseos de las personas, a quienes se les supone la capacidad de recoger las ofertas y de evaluar si son adecuadas para ellos. Nuevamente, podemos apreciar un claro contraste con los pacientes del grupo del hospital.

En cuanto a la posible red institucional, en este tercer grupo podemos identificar una "agrupación laxa" de instituciones, muy diferentes entre sí en cuanto a la estructura de su oferta atencional. Las personas que, en su calidad de clientes de las distintas instituciones, forman las conexiones entre ellas, están involucradas más activamente en la formación de la red. Fluctúan, en función de la oferta, entre diferentes instituciones asistenciales. Esta fluctuación depende de la coincidencia de la oferta con sus necesidades, las cuales, por su parte, están sometidas a distintas influencias: temáticas que están de moda en los medios de comunicación, normas culturales y subculturales, situaciones de carencia generadas por la sociedad (por ejemplo, el desempleo), entre otras. La tarea del *CISC* en este caso es ofrecer uno de los tantos servicios a que acuden. Además, opera como un distribuidor, mostrando al cliente el amplio rango de ofertas asistenciales disponibles y ayudando a que éste decida cuál es la que le conviene de acuerdo a sus necesidades.

En contraste con la red psiquiátrica, ésta es un red muy laxa. Lo único que permite establecer un vínculo es el hecho que los clientes utilicen las distintas instituciones, ya sea consecutiva o si-



multáneamente. Raramente ocurre cooperación interinstitucional en otros niveles, tales como acuerdos interinstitucionales o intercambio de información sobre clientes. Esto coincide con la información cuantitativa acerca de los contactos registrados en el *libro de reportes*, mostrada anteriormente. También es confirmado a través de una de las entrevistas cualitativas, realizada a una profesional del CISC. Desde su perspectiva, ella describe cómo, a pesar que los clientes son derivados por ellos a otras instituciones, existe muy poca comunicación con éstas. Los contactos

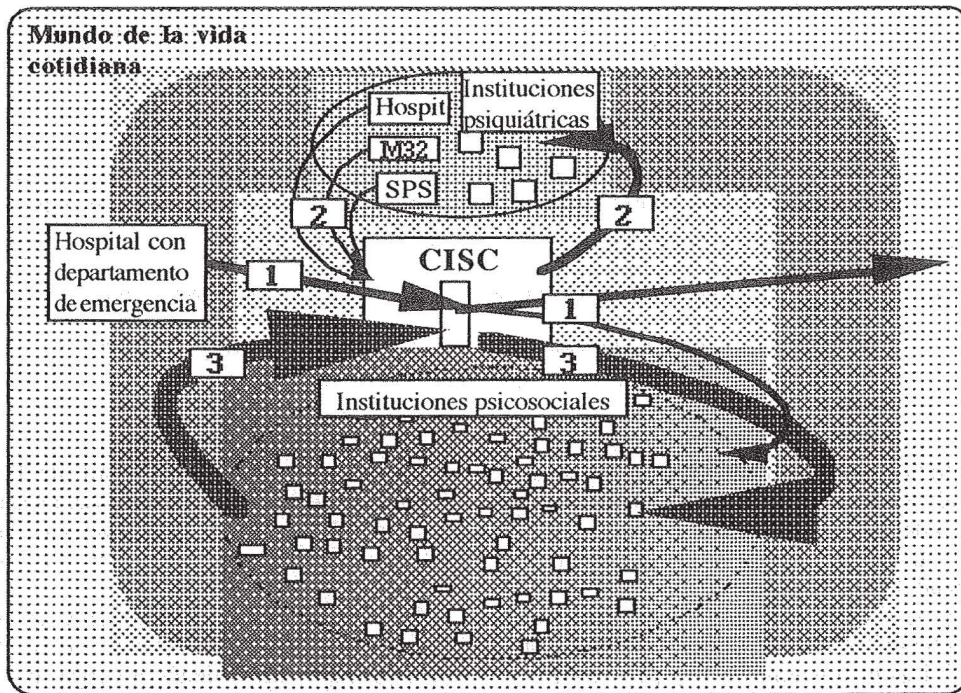
directos con médicos en consulta privada y con el ámbito terapéutico son especialmente escasos<sup>7</sup>.

### Reglas en la formación de patrones

Con base en los datos presentados acerca de la derivación hacia y desde el CISC, de las instituciones involucradas en el proceso y de algunas características de los clientes, se puede identificar la interdependencia entre las instituciones, para así definir descriptivamente tres patrones diferentes de instituciones interdependientes.

GRAFICO N° 4

DIAGRAMA DE LOS TRES PATRONES DE FLUJO DE CLIENTES<sup>a</sup>



El patrón 1 del gráfico muestra cómo el hospital deriva hacia el CISC tanto personas del mundo de la vida cotidiana como clientes que ya han sido socializados. El CISC luego los devuelve a la vida cotidiana o los refiere a instituciones psicosociales. El patrón 2 muestra el circuito relativamente cerrado de los pacientes psiquiátricos. El patrón 3 es creado por los pacientes que eligen sus instituciones asistenciales con relativa autonomía.

<sup>a</sup> Especificación de abreviaciones del diagrama:

Hospit = Hospital Psiquiátrico.

M32 = Centro Diurno.

SPS = Servicio de Psiquiatría Social.

Con el propósito de caracterizar más claramente la formación de patrones, debe intentarse formular las "reglas de organización del campo" en función de las que se constituyen en estas diferentes redes. Por "regla" se entenderá la caracterización verbal del principio básico según el cual funciona un sistema social, desde el punto

<sup>7</sup> Cita de la entrevista: "Bien, pienso que ... es muy claro de diferenciar que, bueno, los que hacen terapia parecen no necesitar a los que hacen intervención en crisis, parece, no sé, no tendrán crisis a las cuales tratar, supongo, porque no nos necesitan; pero nosotros los necesitamos a ellos porque, bueno, muchos después quieren hacer una terapia."



de vista del observador. Se supondrá que cada participante generalmente se comporta "según la regla" —con lo cual se producen efectos sistémicos—, pero que le es posible, con un cierto monto de esfuerzo, comportarse en forma diferente. En el ámbito aquí investigado se pueden formular

tales reglas, tanto para las instituciones como para sus usuarios. A partir de las reglas surgen orientaciones básicas para los participantes, las cuales conforman el contexto, dando con ello la dirección global para la acción de cada individuo. Ello se presenta en la Tabla N° 3.

TABLA N° 3

## REGLAS Y ORIENTACIONES BASICAS PARA LA FORMACION DE PATRONES

Grupos de pacientes	Regla	Orientación básica
Pacientes independientes	Escoge según tus necesidades	Orientación a la necesidad
<i>CISC</i>	Haz una oferta atractiva	Orientación a la oferta
Pacientes del hospital	Déjate ayudar	Orientación al apoyo
<i>CISC</i>	Pasa la situación crítica Motívate para el tratamiento posterior	Orientación a la normalización Orientación a la socialización
Pacientes psiquiátricos	Traspasa la responsabilidad	Orientación a la asistencia
<i>CISC</i>	Actúa por los pacientes	Orientación hacia el "hacerse cargo"

A continuación se intentará caracterizar las redes en términos más generales, manteniendo como foco de análisis al *CISC*.

Quizás la mejor forma de describir la red institucional tejida a través de los clientes que acceden al *CISC* por su propia iniciativa (grupo "independiente") sea utilizando el término "libre mercado". Las instituciones tienen poco contacto directo entre sí, estando conectadas, sobre todo, por la suma de sus decisiones de selección y por las decisiones de los clientes. Así, solamente si logran ofrecer un servicio atractivo serán capaces de procurarse suficientes clientes para asegurar su propia sobrevivencia. Al ser prácticamente imposible hacer atractivas las ofertas en forma general, las instituciones se concentran en un grupo particular y pequeño de clientes, para los cuales pueden desarrollar un servicio atractivo. Podemos postular, entonces, que la diferenciación institucional en este campo se basa en la competencia y en algunos mecanismos reguladores del Estado. Esta diferenciación lleva a que las instituciones raramente se comuniquen entre sí: al estar

centradas en el perfeccionamiento de la propia oferta, la competencia con las otras instituciones y la multiplicidad de instituciones existentes no permiten una comunicación y cooperación inter-institucional extensiva.

En contraste con lo anterior, en el caso de los pacientes que provienen del servicio de urgencia del hospital, el *CISC* tiende a apoyar el enfoque médico básico y la estructura de hospital. El hospital general, abocado a las enfermedades físicas, es poco capaz de hacerse cargo de los problemas psicológicos, debido a razones de personal y de costos. A través de la cooperación con el *CISC* puede, entonces, justificar un rápido otorgamiento del alta, sin tener que afrontar el aspecto psicológico. Por medio de esta atención posterior, el *CISC* asume una función de orientación en una "bifurcación de caminos". Por una parte, canaliza a los pacientes hacia el libre mercado de los servicios atencionales y/o los socializa de manera tal que sean capaces de aceptar esas ofertas. Por otra parte, les ofrece la posibilidad de abandonar la red de asistencia profesional. En este último caso



estamos describiendo, más que una red institucional, una puerta institucionalizada hacia la vida cotidiana. Esta tarea liga entre sí a ambas instituciones, pero sólo en tanto el hospital —el cual no se responsabiliza de los aspectos psicológicos de sus pacientes, a menos que estén directamente relacionados con la enfermedad— establezca dicha ligazón. Esto exige una comunicación entre las instituciones, con la cual se establece un nuevo nivel de relación entre ellas.

En contraste con los otros dos patrones, la red formada por los pacientes psiquiátricos tiene un tejido relativamente denso. Ofrece poco espacio para las decisiones, tanto a las instituciones como a los pacientes. Los datos muestran claramente que los pacientes pasan de una institución a otra, manteniéndose dentro de un pequeño circuito. Las instituciones están estrechamente vinculadas a través de este grupo de pacientes claramente identificable, pero, también, están conectadas a través de la comunicación acerca de estos pacientes (por ejemplo, por medio de los informes de interconsulta o llamadas telefónicas en el proceso de derivación). En tercer lugar, están vinculadas como resultado de una norma común o ideología: el “modelo médico” de la enfermedad mental. Esto significa que las personas son percibidas, sobre todo, a partir de su enfermedad de largo plazo y eventualmente crónica y de sus consecuentes necesidades de asistencia médica, social y psicológica. En el caso de este grupo de pacientes, las mismas instituciones prefieren formar una red densa que, se supone, puede asegurar el bienestar de los destinatarios de su ayuda. Podemos postular que esta red, a través de sus estrechas conexiones, junto con el efecto asistencial deseado, produce un efecto sistémico de succión hacia ella. Por medio de la comunicación y, sobre todo, de las normas comunes, se crean atribuciones de significado compartidas por profesionales y pacientes, a través de las cuales estos últimos son definidos como parte de la red.

Teniendo estas consideraciones como base, parece justificado postular que, en la medida en que aumentan las admisiones de una persona en una institución de la red psiquiátrica, aumentará también la probabilidad que ella vuelva a tener contacto con una institución similar, y que reciba un diagnóstico psiquiátrico. Este es ciertamente el caso del hospital psiquiátrico convencional, donde este efecto es conocido bajo el nombre de “psiquiatría de puerta giratoria”. Sin embargo, como sugiere este análisis, es probable que también ocurra en el caso de la atención psiquiátrica ambulatoria, aquella proclamada por el sector más progresista de la salud mental. En contraste

con lo que ocurre con los pacientes del hospital, para las personas que circulan en la red psiquiátrica existen pocas puertas de salida a la vida cotidiana.

## CONCLUSIONES

En la investigación presentada se puede apreciar que las instituciones de asistencia psicosocial de una comuna están ligadas entre sí, de modo tal que se pueden producir efectos sistémicos. No obstante, es necesario matizar esta afirmación en consideración a que la base de datos sobre la cual se mostró este efecto es limitada, es decir, se llegó a conclusiones acerca del conjunto de instituciones a partir de lo encontrado en los patrones de derivación hacia y desde una sola institución. Sin embargo, los datos presentados parecen apoyar la proposición que las decisiones de selección relativas a la derivación mutua de clientes crean una interdependencia básica entre las instituciones y tienen, además, una serie de implicaciones para todo el conjunto institucional.

Una de estas implicaciones es el desarrollo de diferentes patrones institucionales, es decir, instituciones que se vinculan entre sí en una forma particular. A grandes rasgos, podemos distinguir tres patrones. El primero fue homologado a un diseño de tipo “mercado”, en el que son los pacientes los que se acercan a las instituciones, las que, entonces, deben decidir si los admiten o rechazan. Los otros dos patrones son aparentemente similares, por cuanto sus clientes mayoritariamente provienen de instituciones legitimadas por la sociedad para ejercer la autoridad, como la fuerza policial, el departamento de bomberos, los servicios médicos de urgencia, entre otros. Sin embargo, en uno de estos patrones la derivación es producto de trastornos psiquiátricos; en cambio, en el otro, se produce a causa de riesgos de carácter médico-corporal. En el primer caso, la institución decide tanto sobre la admisión como sobre la derivación de las personas dentro de una red institucional relativamente estrecha, caracterizada por un patrón perceptual y de acción definido, cual es el modelo médico de la enfermedad psiquiátrica. En el segundo caso, la derivación hacia el *CISC* ocurre a través del sistema médico; en cambio la derivación posterior desde el *CISC*, marcada también por las características de la institución, implica dos posibilidades. Por una parte, se puede facilitar la normalización del problema y, por ende, la reintegración del cliente al mundo cotidiano pero, por otra, el cliente puede ser introducido en una de las redes ya mencionadas.



No sólo las instituciones que se vinculan entre sí son diferentes en estas tres redes sino, también, el tipo y la intensidad de su interdependencia. Con base en Aldrich & Whetten (1981), se pueden determinar tres tipos de contenidos interaccionales en las redes sociales. Primero, un intercambio "material", es decir, las derivaciones de clientes; segundo, la "comunicación", por ejemplo, el intercambio de información; y, tercero, el "contenido normativo", es decir las expectativas comportamentales mutuas, las cuales se relacionan en parte con determinadas ideas teórico/conceptuales. Podemos, entonces, clasificar estas tres redes de acuerdo a cuáles y cuántos de estos contenidos se encuentran presentes. En la red del grupo independiente hay básicamente un intercambio material, en la medida en la que los clientes acuden a distintas instituciones en forma consecutiva. Dentro de la red del hospital se agrega la comunicación sobre los clientes, mientras que la red psiquiátrica, por sobre los contenidos mencionados, establece sus vínculos a través de un contenido normativo común, que es el modelo de enfermedad psiquiátrica. Podemos, por lo tanto, postular que las redes difieren en cuanto a la cantidad de dimensiones en que se plasman sus conexiones.

A través de la descripción aquí presentada se han podido mostrar las estructuras de la "asociación en redes" de instituciones psicosociales y psiquiátricas, a partir del análisis de las decisiones tomadas sobre las derivaciones. Se trata, por decirlo así, de lo que ve el observador desde la distancia. Este puede identificar patrones, pero no le es posible llegar a conclusiones acerca de cómo se constituyen ni tampoco del camino que toma un individuo en ese laberinto. Se requeriría de más información para poder llegar a conclusiones acerca de la creación cotidiana y, con ello, de las dinámicas de este proceso. Por ejemplo, se requeriría de un análisis adicional del proceso de coordinación y cooperación entre las distintas instituciones asistenciales y las instancias administrativas estatales<sup>8</sup> y, sobre todo, de la observación y registro de los procesos de selección concretos en las diferentes instituciones.

Es ésta también la razón por la cual no se introducen explícitamente conceptos sinérgicos en este análisis, a pesar que su aplicación, quizás, podría parecer natural. No obstante, se necesita una mayor cantidad de datos empíricos para asegurar que este tipo de conceptos puedan realmen-

te generar un mayor conocimiento. Una serie de estudios en el campo de las Ciencias Sociales muestra que es posible llevar a cabo simulaciones en base a pocos datos, pero estos resultados deberían entenderse más bien como "metáforas", cuya relación con el ámbito de fenómenos estudiados no es del todo clara. Sin embargo, el desafío es que —justamente en el campo de las Ciencias Sociales— resulta actualmente necesario utilizar el concepto "sistema", no sólo como metáfora sino para demostrar en detalle los procesos básicos que generan el carácter sistémico de los sucesos sociales.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldrich, H. & Whetten, D. (1981). Organization-sets, action-sets, and networks making the most of simplicity. *Handbook of Organizational Design*, 385-408.
- Bergold, J.B. & Filsinger, D. (1993). Psychosoziale Versorgung als System. En J. Bergold & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 49 -70). Weinheim: Juventa.
- Bergold, J.B., Holz, M., Krause, M., Leferink, K., Möller, H., Schürmann, I. & Zaumseil, M. (1989). *Endbericht über der Arbeit der Krisenambulanz Berlin-Wedding*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Castel, F., Castel, R. & Lovell, A. (1982). *Psychiatisierung des Alltags*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Cramer, M. (1981). *Wie psychosoziale Arbeit gemacht wird—Eine qualitative Studie*. Tesis de Doctorado. München: Universität München.
- Elias, N. (1983). *Die höfische Gesellschaft. Eine Untersuchung zur Soziologie des Königtums und der höfischen Aristokratie*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Handrack, A. (1988). *Die Geschichte der Krisenambulanz Wedding*. Memoria de Título. Berlin: Freie Universität.
- Holz, M. (1990). *Interinstitutionelle Kontakte bei der professionellen Bearbeitung individueller Krisen in einem Großstadtbezirk. Eine quantitative und qualitative Untersuchung am Beispiel der Krisenambulanz Wedding*. Memoria de Título. Heidelberg: Universität Heidelberg.
- Leferink, K. (1993). Bewertung psychosozialer Einrichtungen in ihrem Entwicklungskontext. En: J. Bergold & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 135-158). Weinheim: Juventa.
- Mitzlaff, S. (1987). *Zur Machbarkeit psychosozialer Arbeit. Systemische Ansätze und Erfahrungen wider die Gradlinigkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Möller, H. & Schürmann, I. (1993). Interinstitutionelle Kooperation bei der Krisenbearbeitung in einem Großstadtbezirk - aus der Sicht von Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen. En J. B. Bergold & D. Filsinger (Eds.), *Vernetzung psychosozialer Dienste* (pp. 117-134). Weinheim: Juventa.
- Schiepek, G. (1986). *Systemische Diagnostik in der klinischen Psychologie*. Weinheim/München: Psychologie Verlags Union.
- Schiepek, G. (1990). Selbstreferenz in psychischen und sozialen Systemen. En K. Kratky & F. Wallner (Eds.), *Grundprinzipien der Selbstorganisation*. (pp. 182-200). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

<sup>8</sup> Véase Bergold & Filsinger (1993).