

INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES

José Navarro Góngora
Universidad de Salamanca

In this paper Social Network Interventions is outlined. The point of departure is the concept of Social Support and its relationship with mental health; the studies of both topics constitute the empirical foundation of Network Interventions. The concept of network and its characteristics is analyzed and, finally, both different types of network interventions and different taxonomies of classification of these interventions, are studied.

Key words: social support, social network and social network interventions.

1. LAS INTERVENCIONES EN REDES SOCIALES. UNA APROXIMACION HISTORICA Y CONCEPTUAL

Que sepamos nadie ha escrito todavía la historia de las intervenciones en redes sociales. Es una historia reciente de no hace más de 30 años. A través de la literatura tanto clínica como experimental puede, no obstante, ensayarse su reconstrucción:

- El fracaso con los pacientes esquizofrénicos: Speck (1974) cuenta en su introducción al libro *Redes familiares* que preocupado por el 20% de pacientes esquizofrénicos que no se recuperaban con Terapia Familiar (a la sazón el tipo de intervención con el que venía trabajando) en 1.966 reúne por primera vez la red de un paciente psicótico, después de haber estado ensayando diversas combinaciones de otros significativos en el tratamiento de estos pacientes. Alguien debería escribir sobre el papel de la esquizofrenia en el avance de la Psicoterapia.

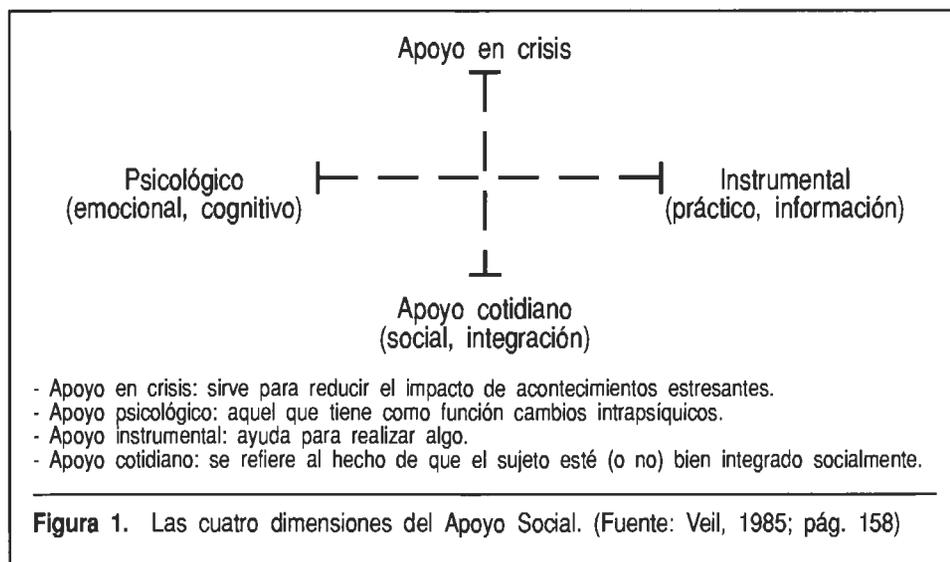
- La influencia del movimiento de Salud Mental Comunitaria: en 1963 el presidente Kennedy firma el Acta de creación de los Centros de Salud Mental Comunitaria como parte de su Programa de Erradicación de la Pobreza, se inician así los planteamientos comunitarios en Salud Mental en los que se enfatiza el papel activo que la sociedad tiene que tener en la prevención y tratamiento de los problemas de salud en general y de salud mental en particular. La filosofía del movimiento fue la de participación. Las subsiguientes crisis económicas mundiales descubrieron que la participación social ahorra dinero en inversiones de servicios sociales y se avinieron a seguir desarrollando modelos de intervención que abaratara los costes de la asistencia. Pronto se descubrió la forma de operativizar, desde el

punto de vista de la intervención, la red social.

- Los estudios epidemiológicos comenzaron a evidenciar el papel que desempeñaba la sociedad en los trastornos mentales. Pronto se empezó a estudiar el entorno social más inmediato de los pacientes (la red social) y a definir qué aspectos de la red influían de manera positiva o negativa en el problema. De esta manera se desembocó en el concepto de Apoyo Social (AS) y se empezaron a estudiar sus relaciones con los problemas mentales y físicos.

Veil (1985), ha señalado que resulta difícil establecer si el Apoyo Social se refiere a una transacción entre personas, a un estado mental, a una propiedad o a un tipo de relaciones sociales. Propone que éste concepto debería responder a tres preguntas básicas: qué es lo que se otorga, quién lo otorga y cómo se mide lo que se otorga. Su respuesta distingue entre las siguientes acepciones de Apoyo Social:

1. Tipo de apoyo: con cuatro dimensiones que esquematiza de acuerdo con la Figura 1.



2. Fuente de apoyo: resulta útil distinguir entre fuentes naturales de apoyo (aquellas personas cuya función inmediata no es la de ofrecer apoyo), y fuentes institucionales, cuya función es precisamente la de ofrecer algún tipo de servicio.

3. Evaluación del apoyo: cuando el investigador se enfrenta al tema de la medición puede optar por dos criterios: objetivos (frecuencia de contactos, número de amigos, ausencia/presencia de un tipo de transacción, etc.) o subjetivos (estimaciones tanto de la cantidad del apoyo recibido o esperado, como de su adecuación).

La opción por uno u otro criterio afecta profundamente los resultados de las investigaciones.

Resulta arriesgado tratar de resumir la literatura sobre las relaciones entre Apoyo Social y Salud Mental, no obstante ha sido la constatación de esa influencia la que justifica crear intervenciones cuyo objetivo sea modificar (o movilizar) la red social. Las conclusiones a las que llega una revisión clásica del campo realizada por Barrera (1986) puede servirnos para presentar de forma concisa, pero esperamos que comprensiva, esas relaciones entre apoyo social y Salud Mental:

1. Sufrir estrés puede dar como resultado una movilización del apoyo, bien mediante su ofrecimiento espontáneo por parte de la red social, bien mediante el incremento de las necesidades de afiliación de la persona estresada.

2. El Apoyo Social se relaciona negativamente con acontecimientos estresantes, lo que puede interpretarse como que previene su aparición. Así, y tomando el mismo ejemplo que ofrece Barrera, un programa de Vigilancia Vecinal de un barrio (que expresa el Apoyo Social existente entre sus habitantes) puede hacer que sus vecinos estén menos expuestos a acontecimientos estresantes (delincuencia).

La relación negativa entre Apoyo Social y estrés, se interpreta, igualmente, suponiendo que el estrés puede deteriorar la capacidad de los sujetos para percibir el apoyo como disponible. Son varios los mecanismos que explicarían cómo el malestar psicológico causa distorsiones en la percepción del Apoyo Social:

- estados, como la depresión, pueden ocasionar errores en la percepción de la disponibilidad y adecuación del Apoyo Social

- sujetos con claros síntomas de problemas psicológicos suelen llegar a ser rechazados

- características personales de quienes padecen trastornos psicológicos, como la carencia de habilidades de relación, o la gravedad del trastorno, pueden derivar en redes sociales muy pequeñas.

3. Bajo ciertas condiciones la oferta de Apoyo Social exagera los síntomas (por ejemplo, cuando la ayuda se ofrece de forma humillante u ofensiva).

2. EL CONCEPTO DE RED SOCIAL

La red social es el conjunto de individuos que prestan Apoyo Social. Se ha definido como:

“un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia”. (Speck en M. Elkaïm, 1989).

Otras definiciones especifican quiénes pertenecen o no a la red social: grupo de personas compuesto por el paciente identificado, su familia inmediata, su familia extensa y todas aquellas relaciones sociales que brindan algún apoyo, tales como vecinos, compañeros de trabajo y amigos. Los profesionales que ofrecen servicios también se incluyen en la red (Halevy-Martin et al., 1984).

El denominador común de las definiciones que hemos hallado parece claro: se trata de un conjunto de personas, cuyos límites aparecen difusos, que guardan con respecto de otra un tipo de relación (precisamente lo que definimos como apoyo social) cuya naturaleza tampoco aparece excesivamente clara. Desde un punto de vista clínico, que es el que adoptamos aquí, no es tan importante definir los límites como llegar a especificar qué segmentos de la red social son importantes en qué momentos y en relación a qué problemas, así como definir qué características de las redes tienen qué tipo de influencias en los sujetos que pertenecen a ellas.

Desde épocas muy tempranas pareció natural abordar el tema de los límites de la red utilizando un doble criterio: distancia afectiva y posibilidad de contacto. Así, por ejemplo, Mueller (1980) distinguía entre:

- red de primer orden: conexiones directas que un sujeto tiene con otros y conexiones que ligan a esos sujetos entre sí. Pertenecen a este círculo la familia nuclear, los parientes políticos y otros familiares, los vecinos y los compañeros de trabajo. Mansell Pattison (1976), llamaba a la red primaria sistema psicosocial íntimo, afirmando que se caracteriza por:

- a) un alto grado de interacción cara a cara
- b) un alto grado de intercambio instrumental
- c) relaciones simétricas y recíprocas.

La red primaria (o el sistema psicosocial íntimo), constituye la matriz fundamental en la que el sujeto existe y actúa.

- Red de segundo orden: compuesta por personas que no se conocen, pero a las que se puede llegar a través de la red primaria.

- Red extensa: son las conexiones a las que se accede a través de la red secundaria. La red extensa se compone de relaciones que unen la red secundaria con la población general.

Con ser intuitiva la propuesta de Mueller (1980), sigue siendo poco operativa desde el punto de vista de la intervención terapéutica en Salud Mental. La Figura 2 recoge otra de las alternativas utilizadas, la de Mansell Pattison (1977). Los criterios, en este caso, siguen siendo los mismos: cercanía

SUJETO	1. ZONA PERSONAL	2. ZONA INTIMA	3. ZONA EFECTIVA	4. ZONA NOMINAL	5. ZONA EXTENSA
--------	------------------	----------------	------------------	-----------------	-----------------

- 1. ZONA PERSONAL: familia nuclear más amigos muy íntimos.
 - 2. ZONA INTIMA: amigos íntimos.
 - 3. ZONA EFECTIVA: conocidos con los que se mantienen ciertos contactos, son menos valorados que los de la zona íntima y los reemplazan cuando alguno de ellos desaparece
 - 4. ZONA NOMINAL: personas conocidas con las que se mantiene poco trato y que ocupan un lugar estratégico en la sociedad (médico, sacerdote, funcionario, etc.).
 - 5. ZONA EXTENSA: oferta de asociaciones sociales e Instituciones que una sociedad se ofrece a sí misma.
-

Figura 2. Sistemas psicosociales. (Fuente: Mansell Pattison, 1977; pág. 29)

afectiva y posibilidades de contacto (o conocimiento). Este esquema ya puede utilizarse en la toma de decisiones sobre qué zonas sociales han de participar en la terapia, ya que definen de forma más precisa las características afectivas y de contacto (y, en cierta manera, instrumentales) de cada una de las zonas, ofreciendo, por lo tanto, una idea no sólo sobre su disponibilidad, sino también sobre cómo puede ayudar esa zona concreta en un problema concreto.

El punto de vista de Erickson (1984), está estrictamente ligado a los problemas de Salud Mental. Entiende que la red:

“otorga la matriz social y de comunicación para el proceso de culturización y el Apoyo Social para afrontar diferentes tipos de situaciones y problemas”. (Erickson, 1984; pag. 187).

Erickson introduce dos nuevas variables: ser matriz de comunicación y la de ofrecer modelos de afrontamiento de problemas, basando su utilización de la red social en estas dos variables. En concreto, propone que se distingan tres niveles y tres subclases (terminología del autor):

Niveles:

- Red personal extensa: se trata de una estimación del tamaño de la red. Incluye todas aquellas personas que el sujeto puede nombrar como familiares, amigos, vecinos, profesionales y conocidos.
- Red personal disponible: mide el número de personas que, de hecho, interactúan con el sujeto.
- Red personal efectiva: es una medida del número de personas y de su grado de implicación cuando responden o afrontan el problema de un sujeto.

Subclases:

- red de acción temprana: la componen personas (de 0 a 9, pero normalmente 3-4) que interactúan con un sujeto ya sintomático, pero antes de que se declare la crisis. Son las que le remiten al sistema asistencial. Si están disponibles componen la red personal efectiva y su función (además de la de remitir) es la de tomar parte en la definición del problema, sugerir medidas que alivien la situación, ofrecer un apoyo moral, informativo e instrumental.
- Red de acción en crisis: son aquellas personas que están instrumentalmente implicadas en la entrada de un paciente en el tratamiento, se incluyen trabajadores sociales, policías, etc. Operan en situaciones de transición (en el momento de pasar a ser paciente), siendo, por lo tanto, su existencia efímera. Suelen tener una función de control social.
- Red de tratamiento: pertenecen a ella quienes interactúan con el sujeto una vez está en tratamiento. El clínico puede utilizarla como fuente de recursos para la terapia.

Las distintas alternativas analizadas dibujan dos grandes categorías de redes sociales cuyo uso diferencial está hoy sujeto a discusión: el sistema de apoyo natural (personas con las que uno mantiene algún tipo de relación) y los sistemas artificiales

(grupos sociales que están a disposición del sujeto ofreciendo algún tipo de prestación, siempre que el sujeto lo requiera).

Además de atender a cómo se estructura la red social se ha escrito bastante sobre sus características. Dos tipos de clasificaciones han hecho fortuna. La primera distingue entre:

- Características estructurales:
 - tamaño (número de personas);
 - conectividad (ratio número de relaciones observadas / número de relaciones posibles);
 - flujo (series de patrones de relaciones o/y paralelismo de series de patrones dentro de la red);
 - composición (número y naturaleza de las relaciones contenidas en la red, pueden ser singulares —el vínculo se define por un sólo tipo de relación— o múltiples —el vínculo se define por diferentes tipos de relaciones).
- Características funcionales:
 - funciones instrumentales: frecuencia, cantidad y calidad de la asistencia ofrecida, requerida o retirada
 - funciones emocionales: frecuencia, cantidad y calidad del intercambio emocional (positivo o negativo)
 - reciprocidad: cualidad e intensidad de la obligación incurrida o adquirida de dar o recibir intercambios instrumentales o afectivos
 - establecimiento de normas o reglas mediante las cuales se validan (o se imponen) conductas o creencias (Hurd et al., 1981).

La segunda distingue entre:

- Características estructurales de la red: aluden a las relaciones (o patrones de relaciones) que vinculan a unas personas con otras. Incluyen variables como: tipo de anclaje en la red, tamaño o amplitud, densidad, grado de conexión, estructura central versus estructura en racimos. Este tipo de características definen las posibilidades teóricas que tiene una persona de transaccionar dentro de una red.
- Características interaccionales: definen la naturaleza del vínculo con la red. Se trata de variables como multiplicidad y contenido transaccional del vínculo, reciprocidad, intensidad, duración, frecuencia de contactos, etc. Todas ellas se toman como indicadores de la posible importancia de las relaciones (Llamas et al., 1981).

Como se comprueba ambas taxonomías guardan puntos de relación, aunque la de Hurd et al. (1981), parece la más completa.

3. MODALIDADES DE INTERVENCION TERAPEUTICA CON REDES SOCIALES.

La intervención en redes supone una primera respuesta a una de las ideas más antiguas de la Psicoterapia: la sociedad juega, probablemente, un papel destacado

en la génesis y desarrollo del trastorno mental. Si esto es así, resulta importante poder intervenir en esa sociedad para que cese su influencia negativa. Aunque resulte dudoso afirmar que la intervención en redes tenga éste único origen, lo cierto es que ofrece una serie de soluciones (por supuesto, no las únicas posibles) al problema de cómo intervenir en el grupo social:

- Aporta una conceptualización sobre qué es la sociedad para el sujeto, delimitando de forma precisa el área social sobre la que intervenir (o utilizar) (ver, por ejemplo, la Figura 2). Aporta instrumentos que sirven para medir ciertas variables importantes de la red y que ayudan a la toma de decisiones sobre cómo y para qué utilizarla.

- Igualmente la discusión del epígrafe 2 sobre las características estructurales y funcionales, puede suministrar la base conceptual de lo que constituyen los elementos de evaluación (diagnóstico) de la red. Hemos utilizado la expresión “puede”, porque esta división de propiedades parece responder más a necesidades de investigación que de intervención, como a continuación veremos, aunque ambas necesidades tengan puntos de contacto.

- Finalmente, y sobre todo, las modalidades de intervención en red suministran un conjunto de recursos técnicos para poder intervenir. La forma de manejar esas técnicas, sus indicaciones y contraindicaciones, así como su eficacia, han sido, igualmente, descritas a pesar de que ciertos temas estén sujetos a discusión y en otros siga habiendo una cantidad insuficiente de evidencia experimental.

Resta, a continuación describir cómo, de hecho, se están llevando a cabo tales intervenciones. El Cuadro 1 suministra una visión sinóptica de algunas.

Cuadro 1. Distintas modalidades de Intervención en y con redes sociales

Auersweld, 1971

- *Denominación de la intervención:* Intervención en Sistemas Ecológicos.
- *Participantes:* (de la Figura 2) personas de las zonas: 1, 2, 3 y 5), familia nuclear y extensa disponible, amigos significativos y representantes de los Servicios Sociales con los que la familia mantiene algún contacto. Acuden entre 10-15 participantes.
- *Fases del proceso:* no se especifican.
- *Estrategia de intervención:* basada en modelos de solución de problemas. Suscripción de contratos para la solución de problemas concretos; énfasis en mejorar las relaciones con los Servicios Sociales.
- *Orientación* (*): conductual-cognitiva.
- *Indicaciones:* cuando la red del paciente o de la Institución está estallando.

Speck y Attneave, 1974; Rueveni, 1979

- *Denominación de la intervención:* Asamblea de Red.
- *Participantes:* (de la Figura 2) personas de las 5 zonas, con un mínimo de 20 y un óptimo entre 50-80 personas.
- *Fases del proceso:* entrevista de evaluación previa a la asamblea con la familia nuclear, retribalización, polarización, movilización, depresión, apertura hacia la acción

autónoma, agotamiento y entusiasmo.

- *Estrategia de intervención*: desencadenamiento del efecto red; promoción de comisiones encargadas de la solución de problemas específicos; técnicas basadas en el manejo de procesos inconscientes.
- *Orientación*: dinámica.
- *Indicaciones*: sólo para problemas muy graves en los que otros medios más simples hayan fracasado.

Curtis, 1974

- *Denominación de la intervención*: Solución Generalizada de Problemas.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas 1 y 5, familia nuclear y profesionales de Servicios Sociales. Grupos de 3-4 personas.
- *Fases del proceso*: reunión de la red, definición del problema, identificación y generación de recursos para el cambio, contrato para el cambio, evaluación del contrato y finalización.
- *Estrategia de intervención*: utilización y coordinación de todos los recursos sociales disponibles (profesionales y para-profesionales).
- *Orientación*: Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones*: no se citan.

Garrison, 1976

- *Denominación de la intervención*: Sesión de Red.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas: 1, 2, 3 y 5, todas aquellas personas con una alta significación emocional para la familia nuclear; entre 5 y 20, con un óptimo de 12 personas.
- *Fases del proceso*: recopilación informal de datos, lista de quejas, transformación de las quejas en metas para el cambio, desarrollo de un único modelo de toma de decisiones, "reciclaje" si fuera necesario.
- *Estrategia de la intervención*: instalar al grupo en un funcionamiento consciente capaz de negociar relaciones contractuales.
- *Orientación*: técnicas de asesoramiento y de Modificación de Conducta.
- *Indicaciones*: situaciones problemáticas de todo tipo previo acuerdo.

Attneave, 1976

- *Denominación de la intervención*: Terapia de la Red Comunitaria.
- *Participantes*: (de la Figura 2) personas de las zonas: 1 y 5, familia nuclear y representantes de los Servicios Sociales. - *Fases del proceso*: no se especifican.
- *Estrategia de la intervención*: mejorar las relaciones de la familia con los Servicios Sociales, poner al paciente en contacto con aquellos servicios que necesite o demande.
- *Indicaciones*: no se especifican.

Cohen y Sokolovsky, 1978

- *Denominación de la intervención*: Construcción de Redes.
- *Participantes*: (de la Figura 2) zonas 1 y 5, paciente y la nueva red en la que se va insertar. No se especifica número de participantes de la entrevista.
- *Fases del proceso*: no se especifican.
- *Estrategia de la intervención*: aumentar (o crear totalmente) el número de personas que componen una red.
- *Orientación*: Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones*: pacientes con una fuerte privación social.

Erickson, 1984

- *Denominación de la intervención:* Redes de Vecinos Naturales y Redes de Vecinos Entrenados.
- *Participantes:* (de la figura 2) zona 5, grupos sociales y Servicios Sociales.
- *Fases del proceso:* localización de individuos de una población que sean considerados especialmente útiles, estrechar los lazos entre ellos y con los servicios sociales, (eventualmente) entrenarles en habilidades de consejo y de remisión a Servicios Sociales.
- *Estrategia de la intervención:* funcionar como una red de acción temprana, reducir el número de demandas a los servicios sociales.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* formación de redes de acción temprana.

Schoenfeld, 1984 y 1988

- *Denominación de la intervención:* Terapia de Redes.
- *Participantes:* (las 5 zonas de la Figura 2). De 15 a 60 personas.
- *Fases del proceso:* sesión previa de evaluación, convocatoria de la red, re-conexión de la red, cambio del locus de responsabilidad.
- *Estrategia de intervención:* educativa (informar a la red de los problemas del adolescentes y de estrategias de afrontamiento adecuadas), pragmática (responsabilizar y organizar la red en relación con los problemas del paciente y de sus familia), preventiva (identificar los recursos de la red).
- *Orientación:* metodología propia de la Terapia de Redes -intervenciones psicosociales-, (creación de comisiones encargadas de solucionar los problemas).
- *Indicaciones:* problemas graves en los que los medios más tradicionales hayan fracasado.

Wells y Singer, 1985

- *Denominación de la intervención:* Desarrollo de las redes de ancianos institucionalizados
- *Participantes:* (de la Figura 2) las zonas 1, 2, 3 y 5, ancianos, familia nuclear y extensa, los Servicios Sociales y grupos sociales en general. Se entiende que en el programa intervienen todos los ancianos de una residencia.
- *Fases del proceso:* desarrollo de las relaciones entre la red de ancianos institucionalizados, creación de nuevas redes con nuevos cometidos, creación de redes de residentes/profesionales de la Institución, desarrollo de la red residentes/familia extensa, creación de redes de residentes/grupos sociales externos a la Institución.
- *Estrategia:* intervenciones psicosociales y educativas.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* ancianos institucionalizados.

Hutchison et al., 1986

- *Denominación de la intervención:* Creación de Redes Multidimensionales para Familias sin Hogar.
- *Participantes:* (de la Figura 2) zonas 1 y 5, familias y Servicios Sociales.
- *Fases del proceso:* estadio crítico, estadio de estabilización, estadio de re-ubicación y seguimiento.
- *Estrategia de la intervención:* creación de relaciones familia sin hogar/familia extensa, mejora de la relación familias/Servicios Sociales, desarrollo de redes entre los distintos Servicios Sociales.

- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* familias sin hogar.

Tracy y Whittaker, 1987

1)

- *Denominación de la intervención:* Programas de Apoyo Familiar.
- *Participantes:* familias con diversidad de problemas. No se especifica número.
- *Fases del proceso:* no se especifica.
- *Estrategia de la intervención:* ofrecer apoyo emocional (visitas domiciliarias de apoyo), material (cuidado pediátrico) y de información (escuela de padres) de forma temprana, así como ligar a las familias a otras fuentes formales e informales de apoyo.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* familias con problemas diversos.

2)

- *Denominación de la intervención:* Ayudas de la Red.
- *Participantes:* (de la Figura 2) las zonas 1, 2, 3 y 5, familia nuclear, extensa y grupos sociales no-profesionales.
- *Fases del proceso:* evaluación de la red, reclutamiento de la red, entrenamiento de miembros de la red, asignación de tareas y actividades.
- *Estrategia de la intervención:* apoyar y servir como fuente de recursos para familias.
- *Orientación:* Psicología Comunitaria.
- *Indicaciones:* problemas infantiles y como complemento a otros servicios prestados por Instituciones.

(*) El encuadramiento de las distintos tipos de intervención dentro de escuelas tradicionales no es más que aproximada, tiene, únicamente, un sentido propedéutico.

Cuadro 1. Distintas modalidades de Intervención en y con redes sociales

3.1. Tipos de intervenciones de redes:

Erickson (1984), ha elegido una fórmula simple para agrupar los distintos tipos de intervenciones, distingue entre aquellas que:

A) Crean una red (aumentando el número de sus miembros): se utiliza esta modalidad cuando el paciente se encuentra profundamente deprivado de vínculos sociales o cuando éstos son especialmente perjudiciales.

Situaciones tan diversas como las de emigración, excarcelación, divorcio, enfermedad crónica, ancianidad, etc., conllevan, entre otras cosas, una falta de relaciones sociales. En estos casos la intervención de red se organiza a partir de la zona extensa (zona 5, ver figura 2) que es la que, por lo menos en las sociedades occidentales, siempre existe. Su finalidad doble corresponde a su doble composición (en grupos sociales e Instituciones): completar (a través de los grupos sociales) las otras cuatro zonas utilizando personas conocidas en la zona extensa y/o mejorar la eficacia en la utilización de los servicios que ofrecen las Instituciones. En el cuadro 1 hemos recogido intervenciones que tienen ambas finalidades: por ejemplo la de Cohen y Sokolovsky (1978), sirven para completar la red, su denominación,

“Construcción de Redes”, lo indica claramente. Se trata, en este caso, de proveer al paciente de una red sustitutoria con la que desarrollar las relaciones. En unas ocasiones esta red toma la figura de una familia de acogida, en otras es un hospital de día, o un hogar protegido en el que viven pacientes crónicos (o agudos en reinserción). Dentro de estos nuevos ambientes los pacientes aprenden estrategias de relación menos perjudiciales de las que hasta entonces utilizaban.

El objetivo de Attneave (1976), (“Terapia de la Red Comunitaria”), es el de mejorar la eficacia de la familia en su trato con las Instituciones mediante la cuidadosa selección de las más apropiadas para cumplimentar sus problemas. El “terapeuta”, en este caso, tiene que tener un conocimiento exhaustivo de los recursos sociales de su medio y orientar a la familia hacia esos recursos, su función es, por lo tanto, mediadora.

B) Potencian la red (aumentando la eficacia de la que ya tiene el paciente): en estos casos el paciente dispone de una red que, por la razón que sea, no se ha activado lo suficiente como para ayudarlo a la solución de sus problemas. El presupuesto fundamental es que si se reorganiza de forma diferente podrá cumplimentarlos. Ejemplos en el cuadro I, son los de Auersweld (1971), Speck y Attneave (1973), Curtis (1974), Garrison (1976), Rueveni (1979), Schoenfeld (1984 y 1.988), Wells y Singer (1985), Hutchison et al. (1986) y, en cierta medida, también Tracy y Whittaker (1987). En algunas se asume que el síntoma del paciente es expresión de un funcionamiento perturbado de la red, la literatura sobre trastorno mental y red social puede suministrar argumentos empíricos al respecto.

La intención con que fueron diseñadas las intervenciones varía de forma ostensible: las de Speck y Attneave, Rueveni y Schoenfeld, son contempladas como intervenciones en crisis para emplearse cuando métodos más tradicionales y simples fracasaron. Se trata de utilizar los recursos del grupo cuando la familia nuclear ha perdido el control y los profesionales quieren evitar la institucionalización. Por eso se emplean redes enteras, congregándose un número considerable de personas (50-80) que ejercen ese control mediante el trabajo de comisiones creadas *ad hoc* para cada problema. Este tipo de solución es tanto más posible cuanto más angustiante y grave sea el problema, lo que a su vez, quizás, justifica la alta tasa de imposición (control) de las comisiones, frente a las estrategias de negociación y contrato de otras intervenciones.

Dentro de este mismo apartado, el resto de las terapias que no son de intervención en crisis, realizan un tipo de intervención compleja: potencian la red existente, amplían el número de las relaciones dentro de la red, crean nuevos contactos y mejoran la relación de la familia con los servicios sociales y de los distintos servicios con la familia. Esta última función fue, probablemente, introducida en el campo de la Psicoterapia por la Terapia Familiar Sistémica, reconociendo el tipo especial de problemas que se genera en la familia y en los Servicios Sociales cuando, por la especial naturaleza del problema del paciente, son varias las

instituciones que le prestan servicios.

Erickson (1984), añade a la potenciación un énfasis muy querido por toda la literatura de redes: la prevención. Las redes vecinales tienen por objetivo localizar de forma temprana los problemas contenerlos dentro de la propia organización comunitaria y, de no ceder, remitirlos a los servicios especializados. El esquema es muy ambicioso y se reivindica como una estructuración de la atención comunitaria cuyo primer escalón viene ocupado, no por servicios sociales profesionales, sino por grupos sociales organizados de forma para-profesional y con cierta capacidad resolutoria. El problema implícito es si el tipo de ayuda que da una red profesionalizada es de la misma naturaleza, y sobre todo, ejerce la misma función que las redes de servicios sociales naturales.

Añadir, únicamente, que los tres tipos de redes personales y los tres de acción mencionados, permiten al profesional estimar qué es lo que puede esperar y pedir a dichas redes. Basándose en la Figura 2, Mansell Pattison (1977) ha propuesto la siguiente categorización de intervenciones que llama psicosociales:

- Unidad familiar primaria (1ª zona): las intervenciones posibles en esta zona: son la terapia de pareja, la terapia familiar (de la familia nuclear) y la terapia familiar múltiple (varias familias).

- Sistema psicosocial íntimo (zonas 1 y 2): se interviene en estos casos sobre el sistema psicosocial funcional. Es una terapia cuyo objetivo es cumplimentar las necesidades de la familia extensa.

- Sistema psicosocial temporal (zonas 1 y 2): se trata de sustituir de forma temporal un sistema perjudicial para un paciente (esquizofrénico, sociopata, drogadicto, etc.) por un grupo más sano. El terapeuta no trata directamente al paciente, es el sistema sustitutorio el que lo hace. La intervención de Cohen y Sokolovsky (1978), puede ser un ejemplo (ver Cuadro 1).

- Sistema ecológico (zonas 3, 4 y 5): se ofrece al paciente una red efectiva que le apoye instrumental y afectivamente. La finalidad es encontrar una congruencia de metas entre las distintas personas que le conocen. Como resultado el terapeuta localiza zonas de recursos en la red del paciente y le ayuda a utilizarlos, funcionando como coordinador de sistemas. La intervención descrita por Erickson (1984), puede ser un ejemplo (ver Cuadro 1).

- Sistema de parentesco sustitutorio (zonas 3 y 4): el problema que se enfrenta aquí es el de la persona que carece de red social. La intervención tiene dos subtipos:

- a) Sistema sustitutorio parcial continuado: son grupos de auto-ayuda que prestan algún servicio en relación con un determinado problema (alcoholismo, drogas, divorcio, abuso de menores, etc.).

- b) Sistema sustitutorio por tiempo limitado: se ofrece una red completa sustitutoria por un tiempo limitado. Este tipo de intervención se presta a pacientes que están pasando por un período crítico.

- Sistema asociado (zonas 4 y 5): es el tipo de ayuda que otorgan los grupos

de voluntarios (amigos del bar, pandillas, etc.) o sistemas más organizados (grupos de parroquias, clubs sociales, etc.), se trata de una ayuda más instrumental que afectiva. Los Programas de Ayuda Familiar y de Ayudas a la Red descritos por Tracy y Whittaker (1987), pueden servir de ejemplos (ver Cuadro 1).

Hurd et al. (1981), han propuesto que las intervenciones se agrupen de acuerdo con las dos tareas clínicas más importantes:

1. El cambio de los componentes funcionales de la red.
2. El cambio de la estructura de la red mediante el fortalecimiento (o debilitamiento) de ciertos vínculos.

Igualmente puede dividirse la tarea clínica en:

1. El cambio de la función (o de la posición) de los pacientes en la red
2. El cambio de la función y estructura de la red residual.

Los cuatro criterios permiten confeccionar una matriz con 4 tipos de déficits de la red y 4 tipos de intervención. La Figura 3, la recoge.

		CATEGORIAS DE INTERVENCION			
		Conducta del paciente	Estructura de la red	Aumento de coordinación	Reemplazamiento
DEFICITS DE LA RED	Función del Ego		A		
	Función Residual			B	C
	Ego Estructural		D	E	
	Estructura Residual			F	

- **Función del Ego:** la función y los recursos de la red no constituyen un problema, pero el paciente experimenta dificultades para cumplir los compromisos que la red le pide.
- **Función residual:** la totalidad de la función de la red está perturbada, constituyendo la conducta del paciente un reflejo de la perturbación.
- **Ego estructural:** los sujetos se ven restringidos en sus actividades en la red por la restricción de sus vínculos sociales.
- **Estructura residual:** en el supuesto de que el sujeto que ocupa un papel central no pueda seguir desempeñando dicho papel, la red queda deprivada de funciones que son críticas, pérdida que puede extenderse a los restantes miembros de la red.

Figura 3. Tipos de Intervención en Redes en función de déficits de la red y de categorías de intervención. (Fuente: Hurd, et al., 1.981; pág. 253)

Las intervenciones serían las siguientes:

1. Problemas en la función del ego (modalidad A de intervención): el supuesto es que el sujeto carece de las necesarias habilidades de relación. La intervención busca cambiar la función del sujeto en la red mediante el cambio de sus rutinas de interacción con ella.

2. Problemas de Funciones Residuales: en estos casos los sujetos tienen suficientes habilidades de interacción pero carecen de la red. Se realizan dos tipos de intervenciones (ver Figura 3):

- Modalidad B: cuya meta es coordinar y aumentar los esfuerzos de la red social existente para generar acciones sociales significativas para el sujeto. Un ejemplo de este tipo de intervención es la de Garrison (1976), (ver Cuadro 1).

- Modalidad C: al sujeto carente de suficientes relaciones sociales se le reinstala en una nueva red social, que puede ser un grupo de auto-ayuda tipo Alcohólicos Anónimos, por ejemplo.

3. Problemas Ego-estructurales: el supuesto es que los sujetos con estos problemas ven restringidas sus actividades en la red por la pérdida de alguna función en ella (por ejemplo, por divorcio). En estos casos se acude, igualmente, a dos tipos de intervenciones:

- Modalidad D: se le enseña a reconocer la estructura de la red y su posición en ella.

- Modalidad E: se reestructura la red mediante cambios en un número restringido de interacciones.

4. Problemas de Estructuras Residuales: alude a los problemas que se crean en una red cuando quien ocupaba un papel central desaparece. Se postulan dos modalidades de intervención:

- Modalidad F: se trata de una remodelación de la red por entero mediante técnicas como la llamada "Asamblea de Red" (Speck y Attneave, 1973 y Rueveni, 1979), de esta forma se dota al paciente de una nueva matriz social.

- Modalidad G: refleja la necesidad de regenerar la red social de aquellos individuos que la perdieron por algún motivo, como, por ejemplo, la emigración o la salida de instituciones.

Finalmente, Rook y Dooley (1985), han aportado un modelo en el que las intervenciones se ubican en relación a tres conjuntos de variables:

1. déficits de Apoyo Social: en cantidad, cualidad y utilización

2. táctica a utilizar: intervención comunitaria o intervención individual

3. población a la que se dirige la intervención: a la población en general o sólo a individuos estresados.

3.2. Objetivos de las intervenciones en la red social:

A tenor de lo que hemos venido diciendo en el epígrafe anterior y en el Cuadro 1, los objetivos podemos resumirlos en los siguientes:

1. Control: es la finalidad característica de las intervenciones en crisis (Asamblea de Red, Sesión de Red, Terapia de Redes). La estrategia pasa por plantear el problema del paciente a su red social como una forma de evitar su institucionalización. Las soluciones que normalmente se ofrecen no van por la toma de conciencia de nada, sino más bien por forzar ciertas conductas; no se trata tanto de negociar soluciones con el paciente, como de imponérselas. El instrumento que utiliza la red para la realización de sus tareas, y para ejercer su control, son las comisiones creadas en su seno. El proceso de solución del problema pasa, necesariamente, por las fases descritas por Schoenfeld (1984 y 1988): percepción de la red como formando una unidad (a través del aumento de las relaciones mutuas y del éxito en las tareas que se imponen) y la asunción del problema del paciente como propio. Subsidiaria a ambas fases se produce un efecto terapéutico en toda la red, clínicamente documentado aunque no empíricamente, de tipo, en ocasiones, preventivo.

2. Desarrollo de relaciones: el aumento de los intercambios en la red es condición necesaria para volverla operativa con respecto de un problema. Ciertas intervenciones, no obstante, buscan el desarrollo de las relaciones de la red con otros grupos sociales e Instituciones. Resultan más importantes los grupos de auto-ayuda, que brindan algún apoyo en relación con un problema (Alcohólicos Anónimos, Asociaciones de Depresivos, Asociaciones de Padres con hijos Minusválidos, etc.), aunque no se desprecia el tipo de apoyo que brindan ciertos grupos puramente recreativos (clubs sociales, por ejemplo). Lo importante en estos casos es establecer una correcta relación funcional: que el paciente (o familia) reciba la prestación que brinda el grupo social. Esta es la estrategia de intervenciones como las de Tracy y Whittaker (1987) descritas en el cuadro 1. A veces se pretende utilizar los grupos recreativos y de auto-ayuda para reconstruir la red de un paciente que carece de ella (o que la tiene muy empobrecida), es el caso de Cohen y Sokolovsky (1978). Sin embargo la estrategia más común es la mixta: aumentar la red y establecer relaciones nuevas; un ejemplo puede ser el trabajo de Wells y Singer (1985) (ver Cuadro 1).

Con las Instituciones el problema es similar. Se trata de que el paciente (la familia) sepa ponerse en contacto con la(s) Institución(es) adecuadas a los problemas que tienen. Aquí no se contempla la posibilidad de reconstruir la red a partir del contacto con ellas.

En ambos casos, instituciones y grupos sociales, es de notar que la función del profesional es muy especial: no se trata tanto de ejercer una función de cambio directa sobre el paciente o la familia como de mediar entre ésta y la sociedad. Su función es conocer muy precisamente los recursos sociales de su comunidad, poner a la familia en contacto con ellos y controlar el desarrollo y la eficacia de ese contacto.

3. Coordinación: cuando se trabaja con muchas personas, grupos sociales e instituciones, el tema de la coordinación es prioritario. En intervenciones como las

de Asamblea de Red, Sesión de Red y Terapias de Redes, se consigue a través del trabajo de las comisiones y mediante reuniones de toda la red (o de gran parte de ella). Los terapeutas ejercen una función de seguimiento del trabajo de las comisiones y de asesoramiento ocasional.

En estas circunstancias de multiplicidad resulta fundamental, además, que no se presten servicios paralelos o, peor aún, evitar respuestas incompatibles a un mismo problema. Estas situaciones se presentan tanto dentro de una misma Institución como en tratamiento ambulatorio. En ambos casos la función del profesional es la de propiciar un marco de encuentro entre los distintos profesionales y la familia en donde se discuta qué es lo que va hacer cada uno. No se trata tanto de coordinar profesionales (lo que suele despertar suspicacias), como de ofrecerles el marco de discusión desde el que ellos mismos se coordinen.

4. Prevención: ya hemos mencionado cómo se produce la prevención cuando hablábamos del tema del control. Hay, no obstante, intervenciones de red que tienen funciones estrictamente preventivas, como la Wells y Singer (1985) con ancianos institucionalizados. O como los Programas de Ayuda Familiar y los de Ayudas de Red, pensadas como intervenciones en situaciones de alto riesgo en las que un problema todavía no se ha declarado. Funciona como prevención secundaria la intervención de Erickson (1984) en la que se entrenan a vecinos de un barrio para localizar, dar consejo y remitir a personas que tienen problemas. 5. Redes sustitutorias: puede utilizarse una red para sustituir totalmente a otra que se ha deteriorado profundamente o ha desaparecido por causas traumáticas. La intervención de Cohen y Sokolovsky (1978) es de éste carácter. Las intervenciones en la que se busca una familia por un tiempo limitado (o no) para niños sujetos a malos tratos, huérfanos, etc., son otros tantos ejemplos. En nuestro País el programa de Familias de Acogida puesto en marcha por la Cruz Roja tiene este sentido.

3.3. Evaluación y técnicas de intervención.

Finalmente nos gustaría poner de relieve un par de cuestiones técnicas a las que ya hemos aludido pero que conviene presentar de forma sistemática. La primera se refiere a la evaluación. Se utilizan fórmulas de evaluación de la red muy diferentes de las que tenemos al uso en la terapia individual, en la terapia de grupos y en la familiar. El Cuadro 2 refleja la situación.

	EVALUACION	TECNICAS	FUNCIONES DEL TERAPEUTA	LUGAR CONTROL CAMBIO
ESCUELAS				
MC	Deficit-Excesos conductas	Entrenamiento (tareas)	Información=Control (1)	Terapeuta, paciente (2)
P. Dinámica	Psicodinámica interna	Toma de conciencia	Analizar, interpretar	Terapeuta, paciente
TF (3): MRI	Soluciones intentadas	Paradójias, tareas, metáforas	Estratégicas	(Terapeuta), paciente, nadie
TF: Estructural	Pautas de interacción	Tareas, (paradojas)	Ruptura de pautas	Terapeuta, paciente, (nadie)
TR: Asamblea de Redes	Fases efecto red	Comisiones "ad hoc"	Desencadenar y controlar el efecto red. Control	El grupo social
TR: Terapia de la Red Comunitaria	Estado de coordinación de los servicios sociales	Comisiones "ad hoc"	Información y control	El grupo
TR: Construcción de Redes	Grado de carencia de una red	Tareas	Información y control	Las Instituciones

(*): evaluación entendida como diagnóstico
(1): Realiza funciones de información y control en el mismo grado
(2): El control es ejercido primero por el terapeuta y después por el paciente
(3): TF: Terapia Familiar

Cuadro 2. Comparación entre distintos tipos de terapias: individuales, de familia y de redes.

A la vista de los Cuadros 1 y 2, podría establecerse la siguiente regla: si la red es convocada para resolver el problema de uno de sus componentes, cuanto mayor es el número de personas convocadas (y por lo tanto más grave es el problema), mayor importancia adquiere la evaluación de la fase en que se encuentra la red en relación con la solución del problema y menos sus condiciones estructurales y funcionales. Cuando la menor gravedad del problema hace innecesario convocar a toda la red y basta con un grupo escogido, los criterios son: evaluación de la interacción del grupo (utilizando una fórmula parecida a la de la Terapia Familiar Sistémica); características estructurales y funcionales y/o motivación para ayudar a quien tiene el problema. La consecuencia podría ser que cuando los grupos son muy amplios, o en un sentido más general, cuando se cambia la unidad sobre la que se va a actuar hay que cambiar igualmente los elementos a evaluar, no vale la mera

transposición de un tipo de evaluación válido en una unidad para otra unidad-paciente.

Algo parecido sucede con las técnicas de intervención: cuanto más grave es el problema más se confía en la capacidad resolutoria de las comisiones creadas para los distintos problemas del paciente. El presupuesto es que la capacidad de control, de persuasión y de presión que puede llegar a ejercer el grupo social es mayor que la del profesional. Cuando el problema es menor, las técnicas descansan en relaciones contractuales entre los miembros de la red. Quizás pueda afirmarse lo mismo: si cambiamos la unidad-paciente sobre la que actuamos (sujeto, grupo, pareja, familia, red, etc.), paralelamente es posible que nos veamos obligados a desarrollar nuevas técnicas ajustadas a la unidad, la mera transposición de las apropiadas a otra unidad pueden no servir.

4. CONCLUSIONES

1. Existe la suficiente literatura empírica sobre las relaciones entre Apoyo Social y Salud Mental como para justificar el empleo de las redes sociales para la solución de los problemas y los trastornos mentales de las personas.

2. Las fórmulas empleadas para analizar lo que es la red social, nos permiten diseñar distintos tipos de estrategias dependiendo del problema del paciente.

3. Las diferentes intervenciones de red parecen apuntar a los siguientes objetivos: control (de situaciones peligrosas para un paciente); desarrollo de relaciones (intra-red y de la red con el exterior); coordinación de servicios sociales que se prestan a una familia; prevención y sustitución temporales o definitivas de redes muy pobres. 4. Cuando lo que se trata es resolver un problema grave mediante una intervención de red, parece que se opta por: convocar a toda la red, evaluar la etapa de la terapia y utilizar una comisión para cada uno de los problemas. Cuando la situación es menos grave se opta por un uso restringido de la red, evaluar aspectos estructurales y/o funcionales y utilizar técnicas de contrato.

5. No obstante el desarrollo clínico de las intervenciones de redes subsiste el problema de encontrar sus indicaciones. Algunos criterios parecen claros: no son técnicas de amplio espectro (no sirven para todos los problemas); se están utilizando para el tratamiento de poblaciones tradicionalmente aisladas socialmente; cuando la abundancia de recursos socio-institucionales con que cuenta un paciente amenaza la eficacia de una prestación y cuando los problemas son muy graves y otras intervenciones más simples fracasaron.

En el presente trabajo se desarrolla lo que son las Intervenciones en Redes Sociales. Se parte del estudio de lo que es el Apoyo Social (Apoyo Social) y sus

relaciones con la Salud Mental, sentando con ello las bases empíricas que justifiquen su uso terapéutico. A continuación se analiza lo que es una red social y sus características y, finalmente, se abordan distintas formas de intervenir en redes, completando el análisis con un estudio de diferentes taxonomías de intervenciones.

Palabras clave: apoyo social, red social e intervención en redes sociales.

Referencias Bibliográficas:

- AUERSWELD, E.H.: (1971) Families, change and the Ecological perspective. *Family Process*, 10, 263-280
- ATTNEAVE, C.: (1976) Social networks as the unit of intervention. In P.J. GUERIN: *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- BACKER, Th.E., LIBERMAN, R.P. & KUEHNEL, T.G.: (1986) Dissemination and adoption of innovative Psychosocial Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 111-118
- BARRERA, M.: (1986) Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 4, 413-445
- CURTIS, W.R.: (1974) Team problem-solving in a social network. *Psychiatric Annals*, 4, 11-27
- DOHRENWEND, B.P., LEVAV, I., SHROUT, P.E., LINK, B.G., SKODOL, A.E. & MARTIN, J.L.: (1987) Life stress and psychopathology: progress on research begun with Barbara Snell Dohrenwend. *American Journal of Community Psychology*, 6, 677-715
- ELKAIM, M.: (1989) *Las prácticas de la Terapia de Red*. Barcelona: Gedisa.
- ERICKSON, G.D.: (1984) A framework and themes for Social Network Intervention. *Family Process*, 2, 187-197
- FOULKES, E.F.: (1981) Social Network Therapies and society: an overview. *International Journal of Family Therapy*, 3, 316-321
- GARRISON, J.E.: (1981) Clinical construction of action social networks. *International Journal of Family Therapy*, 2, 258-267
- GARRISON, J. E. & HOWE, J.: (1976) Community intervention with the elderly: a social network approach. *Journal of the American Geriatric Society*, 24, 329-333
- GOTTLIEB, B.H.: (1987) Marshalling social support for medical patients and their families. *Canadian Psychology*, 3, 201-217
- GREENBLATT, M., BECERRA, R.M. & SERAFETINIDES, E.A.: (1982) Social Networks and Mental Health: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 977-984
- HALEVY-MARTINI, JOURNAL, HEMLEY van der VELDEN, E., RUFH, L. & SCHOENFELD, P.: (1984) Process and strategy in Network Therapy. *Family Process*, 4, 521-534
- HAWKINS, J.D. y FRASER, M.W.: (1985) Social networks of street drug users: a comparison of two theories. *Social Work Research and Abstracts*, 3-12
- HIRSCH, B.J.: (1980) Natural Support Systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology*, 2, 159-172
- HOLMBERG, I. y PERSSON, G.: (1986) Mental disorder at seventy in relation to social factors and attitudes during life. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 74, 168-177
- HURD, G.S., MANSELL PATTISON, E. y LLAMAS, R.: (1981) Models of Social Network Intervention. *International Journal of Family Therapy*, 2, 246-257
- HUTCHISON, W.J., SEARIGHT, P. y STRETCH, J.J.: (1986) Mutidimensional networking: a response to the needs of homeless families. *Social Work*, 6, 427-430
- KRAUSE, N.: (1987) Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*, 1, 1-8
- LLAMAS, R., MANSELL PATTISON, E. & HURD, G.: (1981) Social Network: a link between psychiatric epidemiology and Community Mental health. *International Journal of Family Therapy*, 180-192
- MANSELL PATTISON, E.: (1976) *Psychosocial System Therapy*. New York: Spectrum Publications.

- MANSELL PATTISON, E. (1977). Clinical Social Systems Intervention. *Psychiatry Digest*, 4, 25-32
- MANSELL PATTISON, E., DE FRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H. & CROWDER, J.: (1975) A psychosocial kinship model for Family Therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1246-1251
- McINTYRE, E.L.G.: (1986) Social networks: potential for practice. *Social Work*, 421-426
- MITCHELL, M.E.: (1989) The relationship between social network variables and the utilization on Mental Health services. *Journal of Community Psychology*, 17, 258-266
- MUELLER, D.P.: (1980) Social Networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14A, 147-161
- NAVARRO GONGORA, J.: (1981) La intervención terapéutica desde el punto de vista sistémico. *Clínica y Análisis Grupal*, 30, 539-545
- PAEZ, D. et al.: (1986) *Salud Mental y factores psicosociales*. Madrid: Fundamentos.
- REISS, D. y OLIVERI, M.E.: (1983) The family's construction of social reality: an exploration of causal direction. *Journal of Marriage and the Family*, 81-92
- ROOK, K.S. y DOOLEY, D.: (1985) Applying social support research: theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 1, 5-28
- RUEVENI, U.: (1979). *Networking families in crisis*. New York: Human Science Press.
- RUHF, L.L., HALEVY-MARTINI, J., DOTT, P., SCHOENFELD, P. y VELDEN, van der: (1984) Core issues in network therapy for schizophrenic clients and their social networks. *Manuscrito*, 33 pags.
- SCHOENFELD, P.: (1984) Network Therapy: clinical theory and practice with disturbed adolescents. *Psychotherapy*, 1, 92-100
- SCHOENFELD, P. (1988) Network Therapy: natural social support for young adults with mental disorders. *The Lines*, 1, 1-3
- SCHOENFELD, P., HALEVY-MARTINI, J., VELDEN, H. van der & RUHF, L.: (1985) Network Therapy: an outcome study of 12 social networks. *Journal of Community Psychology*, 13, 281-287.
- SHINN, M.: (1987) Expanding Community Psychology's Domain. *American Journal of Community Psychology*, 5, 555-574.
- SPECK, R.V. & ATTNEAVE, C.: (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.
- SPECK, R. V. & SPECK, J.L.: (1979) On network: Network Therapy, Network Intervention and networking. *International Journal of Family Therapy*, 333-337
- TAMIR, L.M. & ANTONUCCI, T.C.: (1981) Self-perception, motivation and social support through the family-life course. *Journal of Marriage and the Family*, 157-160
- TRACY, E.M. y WHITTAKER, J.K.: (1987) The evidence for social support interventions in child and family practice: emerging issues for research and practice. *Children and Youth Services Review*, 9, 249-270
- VEIL, H.O.F. (1985) Do we need the social support concept? -The case for an analytic approach. *Trabajo presentado al WPA. Edimburgo*.
- VEIL, H.O.F. (1985) Dimensions of social support: a conceptual frame work for research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162
- VELDEN, H. van der, HALEVY-MARTINI, J., RUHF, L. & SCHOENFELD, P.: (1984) Conceptual issues in Network Therapy. *International Journal of Family Therapy*, 2, 68-81
- WELLS, L.M. y SINGER, C.: (1985) A model for linking networks in social work practice with the institutionalized elderly. *Social Work*, 318-322
- WESTERMAYER, J. y MANSELL PATTISON, E.: (1979) Social networks and psychosis in a peasant society. *American Psychiatric Association*, 1-12
- WINEFIELD, H.R.: (1987) Psychotherapy and Social Support: parallels and differences in the helping process. *Clinical Psychology Review*, 7, 631-644

