

INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES

Rev. Psicoterapia, n° 6-7; 1.991: 139-158

José Navarro Góngora
Facultad de Psicología
Universidad de Salamanca
jgongora@usal.es

This paper outlines some of the uses of the Social Network in mental health. The point of departure is the concept of *Social Support* and its relationship with the Mental Health, the study of both topics constitutes the empirical foundation of the Network Interventions. Following, it is analyzed the concept of network and its characteristics and, finally, both different types of network interventions and different taxonomies of classification of these interventions are presented.

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

INTERVENCION EN GRUPOS SOCIALES

1. Concepto de Apoyo Social: A pesar de la ingente cantidad de literatura sobre el apoyo social (AS) y de los esfuerzos para alcanzar una clara delimitación conceptual, su definición sigue siendo poco precisa lo que introduce cierta confusión sobre la forma de medirlo y sobre la trascendencia de los resultados. Por ejemplo, Veil (1.985), ha señalado que resulta difícil establecer si el AS 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 AS:

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

AQUI 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.

2. Las relaciones entre Apoyo Social y Salud Mental: La literatura al respecto comienza a ser ingente. Resumirla es arriesgado, no obstante son estos resultados los que a la postre justifican la utilización terapéutica de las redes sociales.

Barrera (1.986), en un artículo que ya se ha hecho clásico, ha resumido en una serie de esquemas las relaciones entre una medida de AS, acontecimientos estresantes y malestar psicológico (se remite al lector interesado al apartado sobre Bibliografía para una relación más amplia sobre la materia). Los esquemas, que a continuación vamos a reseñar, recogen gran parte de la evidencia empírica acumulada hasta el año de la publicación de su trabajo:

1. Modelo de movilización del AS efectivo (ver figura 2): los trabajos que se adaptan a este modelo presentan una relación

AQUI FIGURA 2

positiva entre acontecimientos estresantes y AS, mientras que éste último se relaciona negativamente con malestar psicológico. La lectura que Barrera propone es la siguiente: tener 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. Estos resultados se obtuvieron utilizando criterios de medición del AS que Veil (1.985) ha denominado "objetivos".

2. Modelo de prevención del estrés (ver figura 3): Barrera llama la atención sobre el hecho de que en este modelo la relación entre AS y malestar psicológico es indirecta: a través de la aparición de algún acontecimiento estresante en

AQUI FIGURA 3

algunos estudios y, en otros, a través de la estimación subjetiva de estar sometido a estrés. El esquema puede leerse de las siguientes formas que implican mecanismos diferentes de funcionamiento del AS:

- el AS se relaciona negativamente con acontecimientos estresantes, lo que puede interpretarse como que previene su aparición. Así, y tomando el mismo ejemplo que ofrece el autor, un programa de Vigilancia Vecinal de un barrio puede hacer que sus habitantes están menos expuestos a acontecimientos estresantes (delincuencia).

- La relación negativa entre AS (percibido) y estrés (percibido), se interpreta suponiendo que un estado de estrés puede deteriorar la capacidad de percibir como disponible el apoyo.

En ambos casos los acontecimientos estresantes (su aparición o su percepción) se relacionan positivamente con malestar psicológico. A notar que en la primera alternativa las medidas de AS fueron objetivas y en la segunda subjetivas.

3. Modelo del deterioro del AS (ver figura 4): los trabajos, en este caso, muestran relaciones negativas entre acontecimientos estresantes y AS (percibido), que, a su vez, se relaciona negativamente con malestar psicológico.

AQUI FIGURA 4

La figura puede interpretarse como que la percepción del estrés lleva a percibir menos AS del grupo. Al contrario de como sucedía en el modelo de prevención del estrés, no se encontró que el AS previniera los acontecimientos estresantes. Es de destacar que cuando se utiliza como medida del AS la interrelación social (ver fig. 2), los datos no apoyan el modelo de deterioro. Se ha hecho la observación de que la relación negativa entre estrés y apoyo lo que significa es que ambos conceptos se solapan.

4. Modelo de búsqueda del apoyo (ver figura 5): estos estudios muestran una relación positiva entre AS y malestar psicológico. Todos ellos emplearon una medida objetiva (apoyo ofrecido), excepto dos que además utilizaron medidas heterogéneas.

AQUI FIGURA 5

La explicación es que los sujetos con una alta sintomatología buscan o reciben más ofertas de apoyo. Una variante del modelo postula que la relación positiva entre la medida de AS y el malestar psicológico es espúrea (que en la figura 5 se simbolizó mediante una línea de trazos discontinuos), derivada de la relación positiva de ambas variables con el estrés. Sin embargo, y a la vista de los datos, no puede excluirse la posibilidad de que bajo ciertas condiciones la oferta de AS exacerbe síntomas (por ejemplo, cuando los consejos se ofrecen de forma humillante u ofensiva).

5. Modelo aditivo (ver figura 6): estrés y AS (interrelación social) no se relacionan entre sí y ambos, por separado, contribuyen al bienestar psicológico.

AQUI FIGURA 6

Según el modelo, cambios en el AS y en la vida pueden llegar a predecir cambios en el bienestar psicológico, más aún, la ausencia de vínculos afecta a dicho bienestar. Es probable que otro tipo de medida, como apoyo percibido, sea más sensible al tipo de vínculo que más se relaciona con bienestar psicológico.

6. Modelo de reciprocidad entre estrés y AS (apoyo percibido): la figura 7 refleja esa reciprocidad.

AQUI FIGURA 7

Son varios los mecanismos que explicarían cómo el malestar psicológico causa distorsiones en la percepción del AS:

- estados, como la depresión, pueden ocasionar errores en la percepción de la disponibilidad y adecuación del AS
- sujetos con claros síntomas de problemas psicológicos pueden 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.

Resumiendo, si bien la gran mayoría de los estudios avalan que el AS y la Salud Mental (y física) mantienen una relación, no todos afirman que dicha relación sea consistentemente positiva. Como hemos tenido ocasión de ver, bajo ciertas condiciones la influencia es negativa.

3. El concepto de red social: la red social es el conjunto de individuos que prestan AS. 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, pag. 24).

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).

No tiene mucho sentido multiplicar las definiciones. El denominador común parece claro: se trata de un conjunto de personas, cuyos límites aparecen difusos, que guardan con respecto de una dada 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 y 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 (1.980), sigue siendo poco operativa desde el punto de vista de la intervención terapéutica en Salud Mental. La figura 8 recoge otra de las alternativas utilizadas, la de Mansell Pattison (1.977). Los criterios, en este caso, siguen siendo los mismos: cercanía 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.

AQUI FIGURA 8

El punto de vista de Erickson (1.984), 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 AS para afrontar diferentes tipos de situaciones y problemas"* (Erickson, 1.984; pag. 187).

Erickson define la red de una forma muy amplia: posibilita la culturización, no alude a la capacidad de apoyar afectivamente, que como vimos era un factor tenido en cuenta por las otras alternativas, e introduce dos nuevas variables: ser matriz de comunicación y la de ofrecer modelos de afrontamiento de problemas. La utilización de la red social la basará, justamente, 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 momentos 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 ofertando 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). Y *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; y 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 relacionarse dentro de una red. Y *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.

4. Modalidades de intervención terapéutica 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). La discusión sobre los límites de la red social del epígrafe anterior constituye un buen ejemplo (ver además la fig. 8). 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 3 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 el condicional "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.

AQUI CUADRO 1

El tema de la intervención en redes, como se comprueba por el cuadro 1, es complejo.

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 privado 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 5 (ver fig. 8) 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 ejemplo con ambas finalidades. Así la de Cohen y Sokolovsky (1978), sirve para completar la red, su denominación, "Construcción de Redes", lo indica claramente. Se trata 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 Attneuve (1976), ("Terapia de la Red Comunitaria"), es el de mejorar la efectividad 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 efectividad 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 ayudarle a la solución de sus problemas. El presupuesto es que si se reorganiza de forma diferente podrá cumplimentarlos. Ejemplos en el cuadro 1, son los de Auersweld (1971), Speck y Attneuve (1973), Curtis (1974), Garrison (1976), Rueveni (1979), Schoenfeld (1984 y 1988), 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 Attneuve, 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 comunidad 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 resolutive. 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 fig. 8, 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, drogoadicto, 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 oferta a pacientes que están pasando por un periodo 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, clubes 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 ser ejemplos (ver cuadro 1).

Hurd *et al.* (1981), han propuesto que las intervenciones se agrupen de acuerdo con las dos tareas clínicas más importantes: el cambio de los *componentes* funcionales de la red y el cambio de la *estructura* de la red mediante el fortalecimiento (o debilitamiento) de ciertos vínculos.

Igualmente puede dividirse la tarea clínica en: el cambio de la *función* (o de la posición) de los pacientes en la red y el cambio de la *función* y *estructura* de la red residual.

Los cuatro criterios permiten confeccionar una matriz con 4 tipos de déficit de la red y 4 tipos de intervención. La figura 9, la recoge.

AQUI FIGURA 9

Las intervenciones serían las siguientes:

1. Problemas en la función del ego (modo 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 fig. 9): 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 y 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 y 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: déficit de AS: en cantidad, cualidad y utilización; táctica a utilizar: intervención comunitaria o intervención individual; y población a la que se dirige la intervención: a la general o sólo a individuos estresados.

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 (clubes 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) 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.

AQUI CUADRO 2

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 trasposición 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 trasposición de las apropiadas a otra unidad pueden no servir.

5. Conclusiones:

1. Existe la suficiente literatura empírica sobre las relaciones entre AS 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.

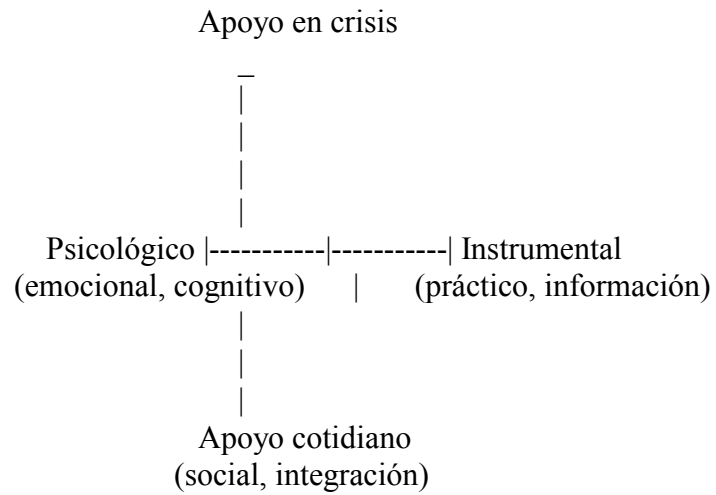
2. Las fórmulas empleadas para analizar lo que es la red social, nos permiten diseñar distintos tipos de estrategias dependiendo del problema del paciente.

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.



- Apoyo en crisis: sirve para reducir el impacto de acontecimientos estresantes.
- Apoyo psicológico: aquel que tiene como función cambios intrapsíquicos.
- Apoyo instrumental: ayuda para realizar algo.
- Apoyo cotidiano: se refiere al hecho de que el sujeto está (o no) bien integrado socialmente.

Fig. 1. Las cuatro dimensiones del Apoyo Social. (Fuente: Veil, 1985; pag. 158)

Acontecimientos psicológicos -----(+)-> AS -----(-)-> Malestar Estresantes

Las medidas de AS utilizadas en el estudio fueron:

- apoyo ofrecido: son las acciones que realizan las personas que ofrecen AS. Se trata de una medida conductual.
- interrelación social: conexiones que los individuos tienen con otras personas de su red social. Se refiere al estar conectado socialmente.

Fig. 2. Modelo de movilización del AS efectivo. (Barrera, 1986; pag. 423)

AS(1) -----(-)-----> Acontecimientos
estresantes

- Malestar psicológico

AS(2) -----(-)-----> Estrés percibido

(1): las medidas de AS utilizadas fueron: interrelación social y apoyo ofrecido.

(2): la medida de AS fue "apoyo social percibido", definido como: estimación cognitiva de estar conectado con los otros de forma confiable.

Fig. 3. Modelo de prevención del estrés. (Barrera, 1986; pag. 426)

AS percibido

Acontecimientos -----(+)-> Malestar psicológico
estresantes

Fig. 4. Modelo de deterioro del AS. (Fuente: Barrera, 1.986; pag. 427)

Malestar psicológico

Acontecimientos estresantes -----(+)-> AS (ofrecido)

Fig. 5. Modelo de búsqueda del apoyo. (Fuente: Barrera, 1.986; pag. 429

AS (Interrelación social)

.

- Malestar psicológico

·
Acontecimientos
estresantes

Fig. 6. Modelo aditivo. (Fuente: Barrera, 1.986; pag. 433)

AS (percibido)

.

- Malestar psicológico

.

Acontecimientos
estresantes

Fig. 7. Modelo de reciprocidad entre el estrés y el AS. (Fuente: Barrera, 1.986; pag. 435)

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 íntima: 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 la 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.

Fig. 8. Sistemas psicosociales. (Fuente: Mansell Pattison, 1977; pag. 29)

Auersweld, 1.971

- Denominación de la intervención: Intervención en Sistemas Ecológicos.
- Participantes: (de la fig. 8, 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 Attneuve, 1.974; Rueveni, 1.979

- Denominación de la intervención: Asamblea de Red.
- Participantes: de la fig. 8, 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, 1.974

- Denominación de la intervención: Solución Generalizada de Problemas.
- Participantes: (de la fig. 8, 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, 1.976

- Denominación de la intervención: Sesión de Red.
- Participantes: (de la fig. 8, 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.

Attneuve, 1.976

- Denominación de la intervención: Terapia de la Red Comunitaria.
- Participantes: (de la fig. 8, 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, 1.978

- Denominación de la intervención: Construcción de Redes.
- Participantes: (de la fig. 8, zonas 1 y 5), paciente y la nueva red en la que se va insertar. No se especifica número de participantes de la entrevista.

José Navarro Góngora

- 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 deprivación social.

Erickson, 1.984

- Denominación de la intervención: Redes de Vecinos Naturales y Redes de Vecinos Entrenados.
- Participantes: (de la fig. 8, 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, 1.984 y 1.988

- Denominación de la intervención: Terapia de Redes.
- Participantes: las 5 zonas de la fig. 8. 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, 1.985

- Denominación de la intervención: Desarrollo de las redes de ancianos institucionalizados
- Participantes: (de la fig. 8, 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., 1.986

- Denominación de la intervención: Creación de Redes Multidimensionales para Familias sin Hogar.
- Participantes: (de la fig. 8, 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, 1.987

- 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 fig. 8, 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 didáctico.

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

EVALUACION(*) CAMBIO	TECNICAS	FUNCIONES TERAPEUTA	LUGAR CONTROL
----- ESCUELAS -----			
MC	Deficit-Excesos conductas	Entrenamientos (tareas)	Información=Control (1) Terapeuta, paciente (2)
P. Dinámica	Psicodinámica interna	Toma conciencia	Analizar, interpretar Terapeuta, paciente
TF: MRI tentadas	Soluciones In- metáforas	Paradojas, tareas,	Estratégicas (Terapeuta), pacien- (3) te, nadie
TF: Es- tructural	Pautas de Inte- racción	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 coordina- ción de los servi- cios 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.

CATEGORIAS DE INTERVENCION				
	Conducta del paciente	Estructura de la red	Aumento de coordinación	Reemplazamiento
D				
E	Función del Ego	A		
F				
I				
C	Función Residual		B	C
I				
T				
S	Ego Estructural	D	E	
R				
E I	Estructura Residual	I	I F I	I
D				

- 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 perturbado, constiyendo 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 9. Tipos de Intervención en Redes en función de deficits de la red y de categorías de intervención. (Fuente: Hurd, et al., 1.981; pag. 253)

BIBLIOGRAFIA TERAPIA DE REDES

- AUERSWELD, E.H.: (1.971) Families, change and the Ecological perspective. *Family Process*. 10, 263-280.
- ATTNEUVE, C.: (1.976) Social networks as the unit of intervention, en P.J. Guerin, *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner Press.
- BACKER, Th.E., LIBERMAN, R.P. y KUEHNEL, T.G.: (1.986) Dissemination and adoption of innovative Psychosocial Interventions. *J. of Consulting and Clinical Psychology*. vol. 54, nº 1; 111-118.
- BARRERA, M.: (1.986) Distinctions between social support concepts, measures and models. *American J. of Community Psychology*. vol. 14, nº 4; 413-445.
- CURTIS, W.R.: (1.974) 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. y MARTIN, J.L.: (1.987) Life stress and psychopathology: progress on research begun with Barbara Snell Dohrenwend. *American J. of Community Psychology*. vol. 15, nº 6; 677-715.
- ELKAIM, M.: (1.989) *Las prácticas de la Terapia de Red*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- ERICKSON, G.D.: (1.984) A framework and themes for Social Network Intervention. *Family Process*. vol. 23, nº 2; 187-197.
- FOULKS, E.F.: (1.981) Social Network Therapies and society: an overview. *International J. of Family Therapy*. 316-321.
- GARRISON, J.E.: (1.981) Clinical construction of action social networks. *International J. of Family Therapy*. 258-267.
- id. y HOWE, J.: (1.976) Community intervention with the elderly: a social network approach. *J. of the American Geriatric Society*. vol. 24; 329-333.
- GOTTLIEB, B.H.: (1.987) Marshalling social support for medical patients and their families. *Canadian Psychology*. vol. 28, nº 3; 201-217
- GREENBLATT, M., BECERRA, R.M. y SERAFETINIDES, E.A.: (1.982) Social Networks and Mental Health: an overview. *American J. of Psychiatry*. 977-984
- HALEVY-MARTINI, J., HEMLEY van der VELDEN, E., RUFH, L. y SCHOENFELD, P.: (1.984) Process and strategy in Network Therapy. *Family Process*. vol. 23, nº 4; 521-534
- HAWKINS, J.D. y FRASER, M.W.: (1.985) Social networks of street drug users: a comparison of two theories. *Social Work Research and Abstracts*. 3-12
- HIRSCH, B.J.: (1.980) Natural Support Systems and coping with major life changes. *American J. of Community Psychology*. vol. 8, nº 2; 159-172
- HOLMBERG, I. y PERSSON, G.: (1.986) Mental disorder at seventy in relation to social factors and attitudes during life. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. vol. 74; 168-177
- HURD, G.S., MANSELL PATTISON, E. y LLAMAS, R.: (1.981) Models of Social Network Intervention. *International J. of Family Therapy*. 246-257
- HUTCHISON, W.J., SEARIGHT, P. y STRETCH, J.J.: (1.986) Mutidimensional networking: a response to the needs of homeless families. *Social Work*. vol. 31, nº 6; 427-430
- KRAUSE, N.: (1.987) Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging*. vol. 2, nº 1; 1-8
- LLAMAS, R., MANSELL PATTISON, E. y HURD, G.: (1.981) Social Network: a link between psychiatric epidemiology and Community Mental health. *International J. of Family Therapy*. 180-192

- MANSELL PATTISON, E.: (1.976) Psychosocial System Therapy en: *The changing Mental Health scene*, New York: Spectrum Pub., 127-151
-- id: (1.977) Clinical Social Systems Intervention. *Psychiatry Digest*. vol. 38, nº 4; 25-32
-- id., DE FRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H. y CROWDER, J.: (1.975) A psychosocial kinship model for Family Therapy. *American J. of Psychiatry*. 1.246-1251
McINTYRE, E.L.G.: (1.986) Social networks: potential for practice. *Social Work*. 421-426
MITCHELL, M.E.: (1.989) The relationship between social network variables and the utilization on Mental Health services. *J. of Community Psychology*. vol. 17; 258-266
MUELLER, D.P.: (1.980) Social Networks: a promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*. vol. 14A; 147-161
NAVARRO GONGORA, J.: (1.981) La intervención terapéutica desde el punto de vista sistémico. *Clinica y Análisis Grupal*. nº 30: 539-545
PAEZ, D. et al.: (1.986) *Salud Mental y factores psicosociales*. Madrid: Ed. Fundamentos.
REISS, D. y OLIVERI, M.E.: (1.983) The family's construction of social reality: an exploration of causal direction. *J. of Marriage and the Family*. 81-92
ROOK, K.S. y DOOLEY, D.: (1.985) Applying social support research: theoretical problems and future directions. *J. of Social Issues*. vol. 41, nº 1; 5-28
RUEVENI, U.: (1.979) *Networking families in crisis*. New York: Human Science Press.
RUHF, L.L., HALEVY-MARTINI, J., DOTT, P., SCHOENFELD, P. y VELDEN, van der: (1.984) Core issues in network therapy for schizophrenic clients and their social networks. Manuscrito. 33 pags.
SCHOENFELD, P.: (1.984) Network Therapy: clinical theory and practice with disturbed adolescents. *Psychotherapy*. vol. 21, nº 1; 92-100
--- id.: (1.988) Network Therapy: natural social support for young adults with mental disorders. *The Lines*. vol. 5, nº 1; 1-3
--- id., HALEVY-MARTINI, J., VELDEN, H. van der y RUHF, L.: (1.985) Network Therapy: an outcome study of 12 social networks. *J. of Community Psychology*. vol. 13; 281-287
SHINN, M.: (1.987) Expanding Community Psychology's Domain. *American J. of Community Psychology*. vol. 15, nº 5; 555-574
SPECK, R.V. y ATTNEAVE, C.: (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu ed.
--- id. y SPECK, J.L.: (1979) On network: Network Therapy, Network Intervention and networking. *International J. of Family Therapy*. 333-337.
TAMIR, L.M. y ANTONUCCI, T.C.: (1981) Self-perception, motivation and social support through the family-life course. *J. of Marriage and the Family*. 157-160.
TRACY, E.M. y WHITTAKER, J.K.: (1.987) The evidence for social support interventions in child and family practice: emerging issues for research and practice. *Children and Youth Services Rev*. vol. 9; 249-270.
VEIL, H.O.F.: (1.985) Do we need the social support concept? -The case for an analytic approach. Trabajo presentado al WPA. Edimburgo. 1-17.
--- id.: (1.985) Dimensions of social support: a conceptual frame work for research. *Social Psychiatry*. Vol. 20; 156-162

- VELDEN, H. van der, HALEVY-MARTINI, J., RUHF, L. y SCHOENFELD, P.: (1.984) Conceptual issues in Network Therapy. *International J. of Family Therapy*. vol. 6, nº 2; 68-81
- WELLS, L.M. y SINGER, C.: (1.985) A model for linking networks in social work practice with the institutionalized elderly. *Social Work*. 318-322
- WESTERMAYER, J. y MANSELL PATTISON, E.: (1.979) Social networks and psychosis in a peasant society. *American Psychiatric Asssoc.* 1-12
- WINEFIELD, H.R.: (1.987) Psychotherapy and Social Support: parallels and differences in the helping process. *Clinical Psychology Rev.* vol. 7; 631-644