

CAPÍTULO 7

INTERVENCIONES EN REDES SOCIALES

JUAN RODRÍGUEZ ABELLÁN

Y JOSÉ NAVARRO GÓNGORA

El Cau (Castellón) y Universidad de Salamanca

PRESUPUESTOS TEÓRICOS

Se entiende por red social el conjunto de personas que conocemos, con las que guardamos una relación personal más o menos estrecha, y con las que nos relacionamos con cierta asiduidad. Constituyen nuestro nicho de relaciones, nos posibilitan nuestra vida emocional (positiva y negativa), son nuestros recursos cotidianos y en tiempos de crisis, y con ellos compartimos quienes somos. La red es el conjunto de personas con las que vivimos nuestra vida, en un contacto cara a cara; también con los que vivimos nuestra vida intelectual en un debate que no tiene por qué implicar ese contacto cara a cara; finalmente, aquellos a quienes podemos recurrir en caso de necesidad y con quienes no tenemos contacto alguno hasta que se presenta la necesidad. Con quienes contactamos cara a cara compartimos, fundamentalmente, una vida emocional, cumpliendo

también una función de ayuda material. Con quienes son recurso no solemos tener contacto hasta que surge un problema, son la red de profesionales y servicios, que además de prestar servicios tienen una función de información especializada. Puede también asumirse que existe otro conjunto de personas e instituciones con quienes no se mantiene contacto cara a cara y que funcionan como referentes de valores sociales que se asumen personalmente en mayor o menor grado, con quienes se mantiene un debate intelectual interno, y que fundamentalmente enseñan, promueven el desarrollo personal y orientan a pesar de la falta de contacto; no obstante lo cual implican un referente importante en nuestras vidas, son intelectuales, artistas, periodistas, políticos, figuras religiosas, etc., tanto vivos como muertos. En la figura 1, hemos hecho una representación gráfica de lo que constituye la red social de los individuos.

Figura 1
ZONAS PSICOSOCIALES

SUJETO	Z. Personal	Z Intima	Z Efectiva	Z. Nominal	Z. Extensa
Zona Personal:	familia nuclear y amigos muy íntimos				
Zona Intima:	buenos amigos				
Zona Efectiva:	amigos menos valorados, reemplazan a los de la zona personal cuando desaparecen.				
Zona Nominal:	conocidos estratégicamente situados en la sociedad (médicos, abogados, etc.)				
Zona Extensa:	oferta de servicios que una comunidad se da a si misma.				
Tiempo:	se incluye el vector tiempo para simbolizar que la composición de las zonas cambia con el paso del tiempo.				

Fuente: Pattison, 1977, pág. 29.

Quando surge un problema la red social se moviliza de forma diferencial, la parte más íntima ofrece apoyo emocional, material y

consejo. Mientras que la parte que tiene que ver con las instituciones ofrece fundamentalmente información y un apoyo técnico (sugiriendo fórmulas de solución de problemas). En ese intento de solucionar el problema, sobre todo si es serio, pueden llegar a participar bastantes personas, tanto de la familia y amigos como de profesionales. Así se construye *la red de tratamiento* que, consiguientemente se define como todas aquellas personas que se relacionan con quien tiene el problema mientras está en tratamiento. *La red de tratamiento se crea porque el problema así lo demanda y porque razones de tipo legal y de altruismo justifican la participación de todos.*

Una vez que la red de tratamiento se ha creado los profesionales pueden funcionar de forma coordinada o no. Pueden plantearse colaborar o no. De ordinario sucede que quienes son profesionales miran con recelo, cuando no como estorbo al segmento de la red compuesto por la familia nuclear, la extensa, los amigos y el voluntariado social; desde luego no los ven como *red de tratamiento*. Lo cierto es que todas estas personas tampoco se ven a sí mismos como *red de tratamiento*. Lo grave del caso es que el conjunto de los profesionales tampoco suelen verse como formando una *red de tratamiento*. Los psicólogos no ven a médicos o trabajadores sociales como parte de la red de tratamiento del problema psicológico; tampoco el médico ve al psicólogo o al trabajador social como parte de la red de tratamiento del problema médico. Después de muchos años de propaganda sobre los equipos multidisciplinares, a lo más que parece que hemos llegado es a un cierto grado de colaboración entre profesionales de distinta índole en problemas que se definen cada uno como patrimonio de una profesión; y ello a pesar de que todos los modelos *teóricos* de los distintos profesionales defiendan que los distintos aspectos del ser humano tienen una gran influencia unos en otros. De todas formas resulta poco realista, y probablemente estratégicamente erróneo, plantear las intervenciones en redes basándolas en la unidad de funcionamiento del ser humano, a todo lo más que podemos aspirar es a apelar a la necesidad de coordinar medidas en problemas que, por su complejidad inevita-

ble, demandan abordajes múltiples (legales, sociales, médicos, psicológicos, etc.). Sin embargo, hoy sugerimos que determinados problemas, como intentos de suicidio, problemas de adolescentes que apunten a algo serio —violencia, coqueteo con drogas, hurtos importantes, etc.—, toma de decisiones serias (con psicóticos, con ancianos, con enfermos, etc.), se traten, sistemáticamente, con modelos de redes sociales. **Pretendemos** que no sea una intervención en crisis, y se recomiende en situaciones menos dramáticas sobre todo como medida preventiva.

Las intervenciones de red que utilizamos hoy parecen orientadas hacia los siguientes objetivos:

1. **Control:** es la finalidad característica de las intervenciones en crisis. Es, quizás, la más obvia: una vez el problema planteado por alguien desborda el espacio de la familia, se recurre a unidades más amplias con objeto de controlarlo.
2. **Desarrollo de relaciones:** el aumento de los intercambios en la red y fuera de ella es condición necesaria para volverla operativa con respecto de un problema. La función del profesional es muy especial: no trata tanto de cambiar al paciente o a su familia como de mediar entre ésta y la sociedad.
3. **Coordinación o colaboración entre profesionales:** en circunstancias en las que se prestan una multiplicidad de servicios resulta fundamental, evitar mensajes incompatibles con respecto de un mismo problema, o que se presten servicios por duplicado. 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.
4. **Prevención:** esta función se ejerce de formas diversas, a veces como *disuasión*, el adolescente comprueba la reacción que ha despertado su conducta y juzga muy difícil volver a

repetirla. A veces sucede que tanto la familia que tiene el problema, como otras personas que participan en la experiencia toman **buena** cuenta de lo que allí se dice y discute. Sucede, en el mismo sentido, que los profesionales cuando conocen puntos de vista alternativos sobre la familia y lo que otros **están** haciendo pueden llegar a renovar su compromiso con ella.

5. **Redes sustitutorias:** puede utilizar una red para sustituir a otra que funciona de forma deficiente por la razón que sea.

Se han resumido éstas intervenciones diciendo que o bien crean la red o bien la potencian cuando ya está creada.

INTERVENCIÓN EN REDES FAMILIARES Y PROFESIONALES

Un modelo: Dentro de las intervenciones posibles, y de utilización de los distintos segmentos de la red, la propuesta que vamos a hacer incluye a la familia en la que aparece el problema, sus parientes más cercanos e implicados, y a los profesionales que está trabajando en la situación. De forma práctica estamos hablando de lo que hemos denominado **red de tratamiento**, aunque es posible que no siempre todos los implicados estén, de hecho, incluidos

1. Metas

La intervención se plantea para coordinar y comprometer a familiares y profesionales en la solución del problema. Es también un objetivo enseñar a los profesionales a cómo incrementar la eficacia de la red, bien para responder a una demanda, bien para

tomar una decisión importante, cuando la familia tiene problemas para responder por sí misma. En la mayoría de los casos se trata de situaciones de crisis, como el ejemplo clínico que aportamos pone de manifiesto.

2. Fases de evaluación y de creación de la relación

La intervención se desencadena a petición de algún profesional que hace la demanda.

El primer paso es una reunión con los profesionales, que han solicitado la ayuda. Al ser un tipo de intervención inédito se necesita su permiso y colaboración, y nada mejor para que lo den que su asistencia, además como quiera que el problema por el que hacen la demanda requiere la enseñanza de habilidades nuevas, su participación hace más fácil que sea tenida en cuenta una futura propuesta de cursos de reciclaje en este tipo de habilidades.

La evaluación trata de ubicar dónde o/y entre quiénes se ha producido el (los) problema(s) (ver figura 1): si se trata de un problema que se localiza en las instituciones, la familia y la red social, o en el paciente, o bien entre estos tres protagonistas. La figura 2 define las posibilidades. Por lo general los problemas suelen ubicarse en varias de estas relaciones (Doka, 1993; Rolland, 1994; Navarro Góngora, 1995).

Figura 2

TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL
SERVICIOS MÉDICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de información personalizada. • Protocolo de información en grupos homogéneos. • Intervención en crisis (Protocolo de Redes). • Remisión a grupos de auto-ayuda.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en crisis (Intervención individual o familiar). • Consulta de Salud Mental a Servicios Médicos. • Remisión a grupos de auto-ayuda.
GRUPOS DE AUTO-AYUDA
<ul style="list-style-type: none"> • Seminarios de información médica. • Grupos de bajo perfil profesional (animación). • Grupos de alto perfil profesional (rehabilitación psicosocial). • Consulta de apoyo psicológico a pacientes y/o sus familias. • Programas psicosociales. • Remisión a salud mental.
SERVICIOS CENTRALES
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización a profesionales.
Infraestructura de atención a los profesionales: Información, Oferta de programas de reciclaje y de consulta de atención psicosocial.

Por lo general la evaluación consume una sola entrevista. En esta misma sesión se define al profesional que ha hecho la demanda la forma de intervenir, ya que el procedimiento puede resultarle extraño. Se definen, igualmente, las reglas de la intervención. Hay que explicar que nosotros llevaremos la entrevista con todos, aunque en algún caso sería posible que el profesional sea quien la lleve con nuestra ayuda ocasional. Preferimos esta alternativa cuando el profesional o bien está bien cualificado, o cuando tiene una autoridad sobre la familia que nosotros no podemos conseguir (por ejemplo, éste es el caso de los médicos). A continuación, y teniendo en

cuenta las características del caso, se planifica en detalle la entrevista (ver epígrafe siguiente) entre el profesional. Este procedimiento asegura que el profesional aprenda una técnica que podrá utilizar en futuros casos, en los que él/ella puede tomar la iniciativa de convocar la red.

3. Fases de la intervención

La fase de intervención se resuelve en una o dos entrevistas. Se convoca la red social del paciente y la red de profesionales que le atiende en el hospital. Los convocados suele ser la familia nuclear y algún representante de la familia extensa, a veces también acuden amigos íntimos. La duración de la entrevista suele ser de hora a hora y media, comprendiendo las siguientes fases:

- 1) **Definición de las metas:** La sesión comienza con un informe sobre las razones que motivaron la entrevista: normalmente se justifica en función de la gravedad de los problemas del paciente identificado, respondiéndose a cuantas preguntas y aclaraciones soliciten los familiares. No suele haber muchas puesto que la familia tiene, en la gran mayoría de los casos, un conocimiento preciso de la situación. A continuación se plantea la razón específica por la que se convoca la entrevista. Sigue un debate de cómo todos, familia nuclear y extensa, y la red asistencial ven la situación.
- 2) **Proposición de un procedimiento de solución de problemas:** Agotada la discusión, se suelen proponer fórmulas de solución del problema, que, por lo común, implican definir qué va a hacer cada parte de la red presente en la entrevista, incluida, por supuesto, la familia. La red asistencial se compromete en tareas de tratamiento de sus respectivas competencias (renovación del compromiso asistencial).

Evidentemente el esquema de actuación varía según el problema. A veces tenemos que traducir las necesidades de los

padres a los profesionales, otras al revés, de los profesionales a la familia.

- 3) **Negociación o/y adscripción de nuevos roles:** La propuesta de los profesionales es discutida en términos de su viabilidad. Aceptada se negocia quién hace qué. Si se rechaza, los profesionales apoyarán, por lo común, la propuesta de la familia. La estrategia es apoyarles en sus decisiones y no culpabilizarles si no eligen la que nosotros proponemos. *Estamos para ayudarles en sus decisiones.*
- 4) **Seguimientos:** Negociados y adscritos los roles deja de haber sesiones de red, se entiende que la red social y profesional se ha hecho cargo del problema. Sí se hacen contactos de seguimiento frecuentes entre los profesionales y entre quienes convocan con la familia y los otros profesionales. En estos contactos se recoge información sobre cómo evoluciona el trabajo de la red, información que se distribuye entre los participantes en la sesión de redes. Igualmente se reitera nuestro compromiso de ayudarles si lo necesitaran.

4. Problemas encontrados en la intervención

Son varios los problemas que hemos venido observando en la realización del programa de intervención en redes:

- 1) Depende de la creación de una relación de colaboración entre dos instituciones en la que nosotros nos vemos obligados a adquirir cierto **estatus** para que se nos permita la intervención. Como todo trabajo pionero, se necesitan profesionales lo suficientemente desesperados con los problemas que se encuentran de forma cotidiana como para animarse a ensayar algo nuevo.
- 2) Imposibilidad, por el momento, de conocer el grado de conocimiento adquirido por los profesionales **intervinientes** en las experiencias de redes para tratar casos análogos por

ellos mismos. Dificultad de encontrar un método de evaluación de esos conocimientos. Paradójicamente el éxito de una intervención de este tipo se mediría por la reducción de peticiones de intervención, lo que podría entenderse como autonomía de los profesionales.

2.1.: El primer contacto

2.2.: La intervención en red: fases

- (1) La definición de las condiciones de trabajo
- (2) Discusión de puntos de vista
- (3) Negociación de funciones de profesionales
- (4) Petición de cambio a la familia
- (5) Compromisos de tareas
- (6) Otros contactos y Seguimiento

5. Un ejemplo de intervención

En nuestra experiencia de 22 años trabajando con trastornos profundos del desarrollo, autismo y discapacidad mental en el Centro de Rehabilitación «El Cau» de Castellón y en la última década de forma conjunta con los programas de prácticas del Máster de Intervenciones en Psicoterapia de la Universidad de Salamanca, se han llevado cabo numerosas modalidades de intervención en redes implicando a los diferentes sistemas relacionados con un paciente. La elección de este caso la hemos realizado porque sintetiza y ejemplifica algunos de los presupuestos básicos de los programas de intervención en redes.

Datos personales y breve historial clínico:

Paciente de 23 años, diagnosticado de Autismo Atípico (CIE 10. F.84.1) según informe psiquiátrico. Ingresado en 1997 en un Cen-

tro Asistencial a instancias de la Diputación Foral tras varios ingresos en diversos centros donde su grave problemática conductual y su situación familiar marginal no encontraba la respuesta más idónea.

Según consta en los informes psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, de enfermería y sociales realizados hasta la fecha podemos destacar los siguientes aspectos:

Embarazo y parto normal, precisó varios días de incubadora por peso bajo, marcha normal, desde muy pequeño presentó comportamiento hiperquinético, aislamiento social, grave retraso del lenguaje, conductas autolesivas, agresivas, autoestimulatorias y de escape-evitación que la familia afrontaba sujetándolo de una pierna, a los 6-7 años sufre un accidente con quemaduras en el torso con leche caliente y la madre describió tres crisis de aspecto comicial, tipo gran mal.

Procede de una familia de bajos recursos, con seis hermanos más y sin vivienda estable, en algunos periodos conviven hacinados en una furgoneta.

En el momento del ingreso en el Centro presentaba gran agitación, demandas constantes de apego al adulto, con graves conductas autolesivas y agresivas con mordiscos y lanzamientos de todo tipo de objetos que precisaron de eventuales periodos de contención física y medicación para proteger su integridad física y la de los compañeros de unidad.

En 1998 se incluyó en una programación específica y de atención directa para un pequeño grupo de pacientes con necesidades especiales dentro de la institución con un minucioso plan de intervención en hábitos de autonomía personal, relación social y control de problemas de conducta pero la evaluación y seguimiento realizado en junio de 1999 indicaba que tras un ligero avance inicial se presentó un periodo de regresión significativa en todos aspectos comportamentales, manteniendo algunos hábitos de autonomía personal y de acomodación a algunas rutinas diarias, esta situación se prolongó

con algunas etapas de ligera mejoría hasta febrero de 2.000, fecha en la que se inició la primera fase del programa de redes.

Motivo de la propuesta

Por indicación de la **Excma. Diputación Foral (Departamento de Bienestar Social)** y a tenor de la problemática conductual que presentaba el paciente y las dificultades de la Institución donde está ingresado en régimen de internado para el tratamiento y abordaje de dicho paciente, se solicita ingreso en otra institución más especializada o intervención contextual con el objetivo de valorar, actuar y proponer alternativas y medidas terapéuticas que incidan en la mejora comportamental, bienestar y calidad de vida tanto del paciente como del contexto institucional y socio-familiar.

Descripción del programa realizado

1. Contactos telefónicos con el Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral con el objetivo de planificar y elaborar la propuesta inicial y el programa de actuación.
2. Contactos telefónicos con la Dirección técnica de la Institución Sanitaria y Asistencial donde se encuentra el referido paciente con el objetivo de recabar información de su historial y problemática actual y planificar la propuesta de intervención con la red interna integrada por personal técnico y asistencial que tenía relación directa con el paciente.
3. Análisis y observación con registros videográficos del paciente en diferentes contextos.
4. Contactos telefónicos con la familia del paciente para facilitar su implicación en el programa, dada su escasa coopera-

ción y su conflictividad relacional, que posibilitaran una posterior intervención con el sistema familiar y la red (mediante circuito cerrado de TV en la propia institución.)

Este programa de intervención de 30 horas de duración se llevó a cabo durante tres días intensivos (25, 26 y 27 de enero de 2.000), incluyendo un apartado de formación dirigido a una red más extensa de 25 profesionales del Centro donde se revisaron las investigaciones más actualizadas en el tratamiento psicoeducativo y familiar del autismo y se ejemplificaron otras experiencias de trabajo en red, utilizando registros videográficos tanto del paciente como de otros casos con problemática conductual grave.

Análisis y evaluación del programa realizado

1. Planificación diaria

Cada día y antes de empezar el trabajo de formación e intervención se planificaba el trabajo del día y se analizaban los resultados y propuestas realizados el día anterior. Hay que resaltar la buena disposición y facilitación de todos los recursos humanos y físicos para llevar a cabo dicho programa por parte del Centro Asistencial.

2. Descripción de la red terapéutica y asistencial

Por circunstancias de organización y distribución laboral del personal se establecieron dos grupos de redes en el proceso de formación-intervención:

- Red básica de personal técnico.
- Red extensa de personal técnico y personal asistencial.

Los objetivos de trabajo se plantearon con un esquema abierto de participación de la red basándose en casos concretos tratados en

nuestra institución en los últimos 20 años y el análisis de registros videográficos realizados con el paciente, un apartado importante fue la participación directa de la red básica en la intervención con el sistema familiar, presenciada a través de circuito cerrado de TV.

El planteamiento de trabajo con las redes se centró en el análisis de situaciones concretas y el diseño conjunto de objetivos y alternativas terapéuticas que posibilitaran cambios viables en la situación del paciente. En el breve espacio temporal en el que se desarrolló el proceso, se evidenció un interés creciente de la red tanto en los niveles de participación como en las posibles propuestas de cambio generadas en cada una de las fases de intervención con el paciente y su familia.

3 Descripción de la situación actual y análisis del contexto

El paciente de complexión atlética y gran fortaleza física realiza los trabajos de forma impulsiva y rápida, con muy baja tolerancia a la frustración, autoestimulaciones y juegos estereotipados lanzando objetos al aire y frecuentes conductas de escape a lugares abiertos. Presenta también un cuadro severo de comportamiento autolesivo y heteroagresivo, requiriendo medidas de contención mecánica para evitar consecuencias imprevisibles en las situaciones de crisis y como respuesta a la limitación de intervención terapéutica por la limitación actual en el número de personal especializado y asistencial.

A nivel motor y de psicomotricidad fina presenta destrezas funcionales para habilidades de autonomía personal relacionadas con las áreas de alimentación, vestido y aseo personal, imposibilitando a veces su ejecución como consecuencia de su problemática conductual.

Su expresión comunicativa es básicamente instrumental (coger y guiar al adulto hacia la puerta, dar las llaves para abrir, etc.), acompañándose en contadas ocasiones de expresiones vocálicas

(palabras o frases aprendidas en el contexto familiar) que pueden o no guardar relación con el contexto comunicativo-social. Las funciones comunicativas observadas se reducen a funciones de petición, rechazo y demanda de atención en estrecha relación con el contexto perceptual y vivencial del paciente. Estas expresiones comunicativas van dirigidas al personal adulto que mantiene más interacciones con él.

Su comprensión verbal está muy ligada al contexto y hace referencia a las actividades que se desarrollan con él, así como a las acciones imperativas (órdenes sencillas).

La gama de intereses está condicionada a las escasas oportunidades de elección que presenta como consecuencia de las limitaciones provocadas por su gravedad comportamental. No obstante, a parte de sus necesidades fisiológicas, manifiesta un peculiar interés por los espacios abiertos, escuchar música, habilidad para lanzar objetos, así como determinadas fijaciones y obsesiones (rutinas de paseo con la educadora) y habilidades viso-espaciales (ejecución de puzzles).

Apenas interacciona espontáneamente con sus iguales. Su historial de agresiones a los demás ha provocado el aislamiento con el grupo de convivencia aunque comparte algunos contextos (dormitorio, comedor y paseo) en estrecha vigilancia por el cuidador para evitar situaciones de agresividad con sus iguales.

En las observaciones realizadas durante este programa tan solo aparecieron tres situaciones conflictivas:

- Empujar y estirar al adulto acompañante en el paseo con la función de indicar el recorrido a seguir y/o la demanda de continuar con el paseo ante la exigencia del adulto de terminar dicha actividad.
- Pequeñas autolesiones (golpearse la cabeza contra la pared) mientras se le estaba preparando para acostarse en la cama como protesta o anticipación de su inmovilización.

- Lanzar objetos (piedra en el paseo por el jardín, taco de madera en el aula ocupacional y zapatillas en la sesión con la familia) como función auto-estimuladora (visionar el recorrido y escuchar el golpe al caer al suelo) y/o provocar la atención y reacción de los demás.

Hay que resaltar, no obstante, que la planificación del entorno físico, la vigilancia y anticipación de posibles situaciones conflictivas, así como el modelamiento con guía física y control instruccional mediante órdenes simples y actitud coherente contribuyeron de forma decisiva a que disminuyeran considerablemente tanto la frecuencia como la intensidad de sus problemas de agresión y autolesión.

4. *Programa de intervención familiar*

El programa de intervención familiar se planteó como objetivos:

- Implicar a la familia en el proceso, a pesar de la situación de deterioro relacional con la Institución, de la distancia emocional derivada de la institucionalización, la distancia geográfica y los problemas socioeconómicos y de marginación social de la familia.
- Entrenar a los miembros familiares más próximos en un nivel básico psicoeducativo para evitar actuaciones contraproducentes o contradictorias en posibles contactos en régimen de visita o eventuales visitas a su domicilio.
- Prevenir situaciones de conflicto con la familia informándola periódicamente de las medidas asistenciales, terapéuticas y de mejora de la calidad de vida del paciente.

La sesión de 150 minutos de duración fue realizada en el contexto institucional con doble circuito de TV para poder ser observada simultáneamente por el equipo de atención directa y poder retroalimentar a la familia con imágenes de la propia sesión y de otros casos con problemática similar.

Asistieron los padres, dos hermanos, un primo y una tía del paciente, incluyendo también a la cuidadora con mayor implicación educativa. En la primera parte se les mostró en vídeo el trabajo realizado con otras familias y como podían ayudar a su hijo ante situaciones de demanda o problemas de conducta. En una segunda parte se les mostraron imágenes de conductas productivas de su hijo grabadas los días anteriores en el Centro. La tercera parte de la sesión se centró en el análisis de interacciones del paciente con cada uno de los familiares y su paralelismo con figuras del Centro, proponiendo posibles conductas alternativas, y la cuarta parte se incluyó al paciente en la sesión para observar *in situ* su conducta con familiares y educadora. Finalmente se realizó un coloquio con el equipo para evaluar la sesión, el proceso y proponer medidas terapéuticas para un futuro.

Propuestas terapéuticas, asistenciales y familiares

Existe un consenso generalizado de toda la red asistencial consultada en que las características clínicas y las graves conductas disruptivas del paciente precisan una atención individualizada por personal entrenado en un programa psicoeducativo adecuado a sus peculiaridades de relación, por lo que sería conveniente:

1. Asignar una *ratio* 1-1 durante un periodo de 1 año para facilitar su integración en las actividades educativas, asistenciales, de la vida diaria en el Centro como alternativa a la inmovilización total en la que se encuentra ahora.
2. Adecuar el actual tratamiento psicofarmacológico, bajo supervisión médica, a la evolución conductual del paciente tras evaluación periódica consensuada de la red asistencial.
3. . Descartar por el momento cualquier medida quirúrgica o de cirugía estereotáctica para controlar su conducta agresiva hasta evaluar los efectos del programa terapéutico y psicofarmacológico propuesto a medio plazo (6-12 meses).

4. Cambiar el espacio físico actual, limitado en estímulos placenteros y altamente fóbico para el paciente, por un marco facilitador de la relación y agradable tanto visual como auditivamente.
5. Utilizar los espacios exteriores del Centro como marco privilegiado para aplicar conductas alternativas mediante actividades físicas como paseo y carreras, evitando un apego excesivo al adulto.
6. Facilitar el contacto social con algunos pacientes de mayor competencia en ambientes estructurados.
7. Emplear objetos y entornos de bajo riesgo para evitar las probabilidades de hacerse daño físico a él o a las personas próximas, ya que muchas de estas conductas no tienen una intención de provocar daño sino que son simplemente conductas autoestimuladoras visuales y auditivas.
8. Fomentar el empleo de agendas visuales muy simplificadas que le faciliten la comprensión y predictibilidad de su entorno.
9. Estructurar las actividades de la vida diaria como el aseo personal y la alimentación como un programa educativo que incremente las interacciones positivas con el cuidador y se eviten estímulos visuales, auditivos y táctiles en conductas disruptivas.
10. Planificar con anticipación las situaciones de riesgo de huida o de hurto de comida marcando límites físicos claros y guía física, modelando la conducta deseada.
11. Establecer un calendario flexible de visitas familiares siguiendo la misma estrategia de mostrar videos de conductas productivas del paciente con recomendaciones y propuestas, y fomentar el contacto e interacción planificada con algún sistema de apoyo en las primeras fases del programa para pasar después a visitas más autónomas y eventuales salidas según evolución.

Como recomendaciones más generales sobre el funcionamiento institucional se propuso que, dado el alto nivel de implicación de todo el equipo y la buena comunicación existente entre los diferentes estamentos y la dirección, sería beneficioso según aportaciones recogidas en la última evaluación realizada por la propia red:

- Mantener reuniones periódicas de la red para evaluar el programa y establecer nuevas alternativas terapéuticas según progrese favorable o desfavorablemente.
- Entrenar a los cuidadores a modificar pautas de interacción para facilitar una programación positiva de conductas y actitudes.
- Crear un sistema de reciclaje y formación permanente al personal con programas psicoeducativos y de prevención del estrés profesional con un enfoque eminentemente práctico.

Estas propuestas fueron suscritas por la red básica, la dirección del Centro y el equipo coordinador de esta experiencia integrado por D. Juan Rodríguez Abellán y D. Higinio Sales Miralles miembros del equipo del Centro de Rehabilitación El Cau de Castellón y D. José Navarro Góngora director del Máster de Intervenciones en Psicoterapia de la Universidad de Salamanca y trasladado a la Diputación Foral adoptando el acuerdo de financiación de las medidas planteadas, lo que supondrá para el paciente la creación de unas condiciones asistenciales acordes a su difícil situación con un equipo de profesionales suficiente para dar una atención personalizada.

Estamos seguros que este excepcional planteamiento de recursos asistenciales para un solo caso marcará una fecha pionera en el tratamiento integral de casos con características similares a las del paciente y ojalá esta iniciativa suponga el primer paso para la creación de **Centros y Unidades Asistenciales Especiales** en todas y cada una de las Comunidades Autónomas, dotadas de equipos profesionales y servicios altamente cualificados donde puedan planificarse programas acordes a las necesidades particulares de cada caso.

Como conclusión final indicar que las intervenciones en redes permiten la creación de alternativas consensuadas viables y el diseño de programas multidisciplinarios donde cada profesional, institución y miembros del sistema familiar aporten los mejores recursos para solucionar los problemas.

BIBLIOGRAFÍA

- AUERSWELD, E. H. (1971). «Families, change and the Ecological perspective», *Family Process*, vol. 10; 263-280.
- ATTNEUVE, C. (1976). «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. (1986). «Dissemination and adoption of innovative Psychosocial Interventions», *J. of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, núm. 1; 111-118.
- BARRERA, M. (1986). «Distinctions between social support concepts, measures and models», *American J. of Community Psychology*, vol. 14, núm. 4; 413-445.
- CURTIS, W. R. (1974). «Team problem-solving in a social network», *Psychiatric Annals*, vol. 4; 11-27.
- DOHRENWEND, B. P., LEVAV, I., SHROUT, P. E., LINK, B. G., SKODOL, A. E. y MARTIN, J. L. (1987). «Life stress and psychopathology: progress on research begun with Barbara Snell Dohrenwend», *American J. of Community Psychology*, vol. 15, núm. 6; 677-715.
- ELKAIM, M.: (1989). *Las prácticas de la Terapia de Red*, Barcelona, Ed. Gedisa.
- ERICKSON, G. D. (1984). «A framework and themes for Social Network Intervention», *Family Process*, vol. 23, núm. 2; 187-197.
- FOULKS, E. F. (1981). «Social Network Therapies and society: an overview», *International J. of Family Therapy*, 316-321.
- GARRISON, J. E. (1981). «Clinical construction of action social networks», *International J. of Family Therapy*, 258-267.
- GARRISON, J. E. y HOWE, J. (1976). «Community intervention with the elderly: a social network approach», *J. of the American Geriatric Society*, vol. 24; 329-333.

- GOTTLIEB, B. H.: (1987). «Marshalling social support for medical patients and their families», *Canadian Psychology*, vol. 28, núm. 3; 201-217.
- GREENBLATT, M., BECERRA, R. M. Y SERAFETINIDES, E. A. (1982). «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. (1984). «Process and strategy in Network Therapy», *Family Process*, vol. 23, núm. 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 J. of Community Psychology*, vol. 8, núm. 2; 159-172.
- HOLMBERG, I. Y PERSSON, G. (1986). «Mental disorder at seventy in relation to social factors and attitudes during life», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 74; 168-177.
- HURD, G. S., MANSELL PATTISON, E. Y LLAMAS, R. (1981). «Models of Social Network Intervention», *International J. of Family Therapy*, 246-257.
- HUTCHISON, W. J., SEARIGHT, P. Y STRETCH, J. J. (1986). «Mutidimensional networking: a response to the needs of homeless families», *Social Work*, vol. 31, núm. 6; 427-430.
- KRAUSE, N. (1987). «Life stress, social support and self-esteem in an elderly population», *Psychology And Aging*, vol. 2, núm. 1; 1-8.
- LLAMAS, R., MANSELL PATTISON, E. Y HURD, G. (1981). «Social Network: a link between psychiatric epidemiology and Community Mental health», *International J. of Family Therapy*, 180-192.
- MANSELL PATTISON, E. (1976). «Psychosocial System Therapy», en: *The changing Mental Health scene*, New York, Spectrum Pub., 127-151.
- MANSELL PATTISON, E. (1977). «Clinical Social Systems Intervention», *Psychiatry Digest*, vol. 38, núm. 4; 25-32.
- MANSELL PATTISON, E., DE FRANCISCO, D., WOOD, P., FRAZIER, H. Y CROWDER, J. (1975). «A psychosocial kinship model for Family Therapy», *American J. of Psychiatry*, 1246-1251.
- MC INTYRE, 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», *J. of Community Psychology*, vol. 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*, vol. 14A; 147-161.
- NAVARRO GÓNGORA, J. (1992). «Intervención en grupos sociales», *Revista de Psicoterapia*, vol. II, núms. 6-7: 139-158.
- NAVARRO GÓNGORA, J. (1993). ((Intervención en redes sociales de adictos)), *Revista de Psicoterapia*, vol. V, núms. 18-19: 99-117.
- PÁEZ, D. *et al.*: (1986). *Salud Mental y factores psicosociales*, Madrid, Ed. Fundamentos.
- REISS, D. Y OLIVERI, M. E. (1983). «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. (1985). «Applying social support research: theoretical problems and future directions», *J. of Social Issues*, vol. 41, núm. 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 págs.
- SCHOENFELD, P. (1984). «Network Therapy: clinical theory and practice with disturbed adolescents», *Psychotherapy*, vol. 21, núm. 1; 92-100
- SCHOENFELD, P. (1988). «Network Therapy: natural social support for young adults with mental disorders», *The Lines*, vol. 5, núm. 1; 1-3
- SCHOENFELD, P., HALEVY-MARTINI, J.; VELDEN, H. VAN DER y RUHF, L. (1985). «Network Therapy: an outcome study of 12 social networks», *J. of Community Psychology*, vol. 13; 281-287.
- SHINN, M. (1987). «Expanding Community Psychology's Domain», *American J. of Community Psychology*, vol. 15, núm. 5; 555-574.
- SLUZKI, C. (1996). *La red social frontera de la práctica sistémica*, Barcelona, Ed. Gedisa.
- 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. (1987). «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. (1985). *Do we need the social support concept? -The case for an analytic approach*, trabajo presentado al WPA, Edimburgo, 1-17.
- VEIL, H. O. F. (1985). «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. (1984). ((Conceptual issues in Network Therapy», *International J. of Family Therapy*, vol. 6, núm. 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 MANSSELL PATTISON, E. (1979). «Social networks and psychosis in a peasant society», *American Psychiatric Asssoc.*, 1-12.
- WINEFIELD, H. R. (1987). «Psychotherapy and Social Support: parallels and differences in the helping process», *Clinical Psychology Rev.* vol. 7; 631-644.