

## ***Nuevos retos para los servicios sociales: La colaboración con los sistemas de ayuda informal y la atención especial a los cuidadores familiares***

***Cristina VILLALBA QUESADA***  
*Diputación Provincial de Sevilla*

### *Resumen*

Este artículo pretende ofrecer una revisión de alguna de la literatura existente sobre sistemas de ayuda y cuidadores informales. Va dirigido a los distintos profesionales que trabajan tanto en servicios sociales comunitarios como especializados con el fin de iniciar un debate sobre nuevas posiciones frente a los usuarios de servicios sociales. Consta de tres partes. La primera parte expone los antecedentes del interés por los sistemas informales de ayuda. Intenta también fundamentar teóricamente la necesidad de colaboración entre los profesionales de servicios sociales y los miembros de los distintos sistemas informales de ayuda. En la segunda parte se presta atención a una de los elementos claves de los sistemas informales de ayuda, las figuras cuidadoras. La tercera parte está dedicada a ofrecer una breve información sobre los modelos británicos de apoyo a cuidadores informales y unas propuestas de conclusiones y sugerencias para el debate entre los psicólogos y resto de profesionales de servicios sociales sobre nuevos roles y espacios profesionales basados en la perspectiva ecosistémica de colaboración entre los distintos sistemas de ayuda.

*Palabras clave:* Sistemas formales e informales de ayuda, cuidadores informales, apoyo.

### *Abstract*

The article presents a literature review of community help systems and non professional caregivers. It is aimed at different kinds of personnel working in both the community and specialized social services. Its purpose is to encourage a debate concerning new positions in relation to the users of the social services. It includes three parts. The first explains the antecedents of the present interest in community help systems. It also presents the theoretical foundations that justify the need for cooperation between the personnel in social services and the members of the community help systems. The second part pays special attention to one of the key elements of the community help systems, the caregivers. The third offers information about the British non professional caregiver support model, and some conclusions and suggestions for the debate among psychologists and other members of the social services about new roles, based upon an ecological and systemic model of cooperation among different help systems.

*Key words:* Professional help systems, community help systems, non professional caregivers, support networks.

Los profesionales de los servicios sociales estamos reconociendo cada vez más la importancia de las nuevas organizaciones comunitarias, los grupos de autoayuda y la participación directa de éstos en las respuestas a sus propias necesidades. Distintas personas de la comunidad hoy se reconocen, se buscan y se organizan en grupos por cuanto tienen de circunstancias de vida o características comunes, sin necesitar, en muchos casos, la ayuda ni el impulso de profesionales. Sería importante para nuestro desarrollo profesional aprender nuevos roles y nuevas posiciones orientadas a conocer, tener más en cuenta y colaborar con los sistemas de ayuda informal en sus distintos niveles (redes sociales personales, grupos de autoayuda, organizaciones comunitarias).

Por regla general, cuando necesitamos algún consejo, ayuda económica o apoyo emocional, nos sentimos mejor acudiendo a familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo o grupos de iguales antes que a profesionales. Los profesionales de áreas como salud y servicios sociales cumplimos funciones claves de ayuda en situaciones de crisis o de actuaciones especializadas. A veces también los profesionales podemos ser figuras de apoyo para usuarios que tienen escasos miembros o escasa diversidad de vínculos en sus redes sociales. Estas situaciones las podemos observar en los vínculos entre enfermos mentales crónicos y algunos de los miembros de los equipos que les atienden, entre usuarios de servicios sociales comunitarios y profesionales de estos servicios, entre usuarios de consultas de medicina general y sus respectivos médicos generales. Gottlieb (1981, 1983; Gottlieb y Hall,

1980) ha sido uno de los autores pioneros en el estudio sobre la preferencia a la búsqueda de ayuda en los miembros de la red social personal sobre los profesionales cuando se tiene necesidad de esta ayuda. Por otra parte, como expresan Whittaker y Garbarino (1983) la presencia de otros, el *feedback* sobre nuestro comportamiento, la preocupación por los demás, entre otras cosas, son valores cotidianos que alegran la vida. La red social, siguiendo al mismo autor, se puede considerar la estructura relacional a la que la persona pide apoyo y hace demandas. En el estudio reciente sobre la estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces realizado por Martínez, García y Mendoza (1995, pg. 18) también «se pone de manifiesto que la capacidad de ayuda de las redes sociales se mantiene a lo largo de toda la vida, si bien adquieren peculiaridades durante la tercera edad que, al menos, están en función del tipo de domicilio, de edad y del sexo».

También parece evidente que conviene que nuestras redes sociales (familia, amigos, vecinos) sean las principales proveedoras de ayuda material y emocional y las principales proveedoras de cuidados cuando existe alguna situación especial (enfermedad física, psíquica, crisis, emergencias,...) no sólo por el beneficio psicológico para las personas implicadas en dar y recibir ayuda sino por lo que supone de economía a los sistemas públicos que, en nuestra opinión, es claro que deben existir para garantizar la atención sanitaria y social de todos los ciudadanos y para compensar las múltiples dificultades psicosociales y económicas que los sistemas de ayuda informales no pueden cubrir.

Teniendo en cuenta estos puntos de partida vamos a plantear una serie de reflexiones sobre la importancia de la colaboración de los sistemas de ayuda formales o profesionalizados y los informales, sobre la importancia de prestar atención a los cuidadores de ambos sistemas, sobre la prioridad de apoyar a los cuidadores de los sistemas informales desde nuestro trabajo como profesionales de los servicios sociales y sobre las actitudes y los cambios de roles profesionales que estas reflexiones pueden implicar. Para finalizar el artículo expondremos algunos ejemplos de Gran Bretaña en el apoyo formal a los cuidadores informales y algunas conclusiones y sugerencias dirigidas a abrir un debate entre los psicólogos/as y responsables de los distintos niveles y áreas de los servicios sociales.

Nos parece interesante la reflexión sobre el papel de los sistemas de ayuda formal e informal y la colaboración mutua que debemos impulsar y favorecer los profesionales que trabajamos desde los servicios sociales. Dentro de esta reflexión se están iniciando en los servicios sociales las estrategias dirigidas al apoyo a los cuidadores de los sistemas familiares aunque lo interesante sería que se extendieran como estrategias prioritarias a los tres sistemas: cuidadores informales familiares (esposa/o, hijas/os, nueras, vecinos/as,...) comunitarios (líderes de asociaciones y grupos de apoyo de una comunidad) y profesionales (auxiliares de ayuda a domicilio, educadores, trabajadores sociales, psicólogos comunitarios, etc.). No olvidemos que apoyar a los que apoyan y cuidar a los que cuidan es una estrategia ecosistémica clave que debe tenerse en cuenta en todos los ámbitos y niveles de los servicios sociales.

A lo largo del artículo hablamos de profesionales de los servicios sociales y no nos referimos sólo a los psicólogos sino también al resto de profesionales que forman los equipos. Pensamos que las aportaciones y reflexiones que se hacen en este artículo son interdisciplinarias y están basadas en las investigaciones y reflexiones tanto de psicólogos comunitarios como de trabajadores sociales, sociólogos, médicos, antropólogos, etc.

Actualmente en España no existen muchos trabajos que nos aproximen al mundo de los cuidadores informales, normalmente parientes y mujeres, que cubren situaciones de necesidad de cuidados crónicos o coyunturales de sus familiares. El trabajo del Colectivo IOE (1996) sobre *Apoyo informal a ancianos dependientes en España*, financiado por INSERSO ofrece una exploración cualitativa del discurso de los cuidadores. Este trabajo está complementado con una encuesta nacional a cuidadores de ancianos dependientes realizada por el CIS y también financiada por INSERSO. En Andalucía, y en el ámbito de la salud, se está realizando un estudio de carácter cualitativo y cuantitativo sobre *La atención a la salud en el ámbito doméstico* financiado por el FIS, el Instituto Andaluz de la Mujer y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Este estudio se realiza desde la Escuela Andaluza de Salud Pública por García y Mateo. Esta investigación contendrá mucha información de interés para los psicólogos que trabajamos en servicios sociales al describir distintos tipos de situaciones de cuidado y de procesos personales que se reflejan en el colectivo de cuidadores informales. Por otra parte, Rodríguez (1994) también

realizó un estudio de 27 cuidadores de personas ancianas en ámbitos urbanos y rurales de Cataluña de características parecidas a los anteriores y también de interés para nosotros. Como vemos la mayoría de los estudios que se han realizado sobre cuidadores informales han sido financiados por organismos públicos encargados de proponer nuevas directrices y programas para las políticas sociales dirigidas, sobre todo, al cuidado de las personas mayores y a los colectivos de cuidadores informales que, mayoritariamente, son mujeres (madres, esposas, hijas, nueras, vecinas,...) como veremos más adelante.

### **Antecedentes del interés por los sistemas informales de ayuda**

El interés de los profesionales e investigadores por los sistemas informales de ayuda surge en EE.UU. casi de forma paralela al interés por las funciones y ventajas de los grupos de autoayuda. Ambos intereses coinciden con las distintas hipótesis y los estudios sobre apoyo social que se empezaron a realizar a partir, fundamentalmente, de los trabajos de Caplan (1974).

Vinter (1967) expuso que el interés por la ayuda informal empezó con los años cincuenta con la necesidad de poner la atención en los grupos de la comunidad llenos de influencias y la ola de vínculos útiles que existían entre los grupos ya formados y otros sistemas sociales de participación. Gottlieb (1981), autor de reconocido prestigio en la literatura sobre apoyo social, hizo una revisión detallada de los antecedentes del interés que suscitó la ayuda informal en salud mental comunitaria y que tuvo una

importancia considerable en los servicios sociales. Más adelante veremos algunas de las aportaciones de Gottlieb sobre los distintos niveles de intervención profesional con los sistemas informales. Este autor vinculó sus trabajos con los de Cassel (1974) sobre los efectos potenciales para la salud física y mental que producían las condiciones ambientales de hacinamiento, viviendas inadecuadas, barrios deteriorados o marginales y con los trabajos de Caplan (1974) sobre los sistemas de apoyo. Recordamos que Caplan sugirió que los sistemas de apoyo social normalmente incluyen varios elementos: *a)* Las personas importantes que ayudan a los individuos a movilizar sus recursos psicológicos y a manejar sus límites emocionales. *b)* Las acciones de compartir las tareas y ofrecer dinero, instrumentos, habilidades y guía cognitiva.

Otros autores como Trimble (1980), Unger y Powel (1980), Polister (1980) sugirieron a los profesionales de los servicios sociales que incorporaran estrategias de ayuda informal en la práctica profesional en salud mental, en programas de familia, residencias de ancianos, centros de día, etc., porque estas estrategias aumentaban y potenciaban los sistemas de apoyo social de los usuarios.

El apoyo social, como sabemos, puede ocurrir de varias formas. Puede ocurrir a través de las redes sociales personales, en los grupos de apoyo creados en la comunidad y a través de los profesionales de ayuda. La colaboración entre estas tres fuentes de apoyo parece un tema importante a reflexionar cuando sabemos que, junto con las posibilidades, existen numerosas limitaciones para te-

ner, mantener y construir sistemas de apoyos en las poblaciones en riesgo psicosocial, que son con las que nosotros trabajamos.

### **Distintos tipos de ayudas informales**

Desde la perspectiva ecológica del desarrollo humano y la psicología del desarrollo Whittaker y Garbarino (1983) diseñaron un esquema conceptual coherente, global y útil de la ayuda formal e informal sobre investigación empírica en el campo de las redes sociales en psicología comunitaria. Tal esquema ha servido de base a la mayoría de los psicólogos y trabajadores sociales que estudian, aplican e investigan estos temas. Desde la perspectiva de la sociología, Fisher (1976) fue pionero en su aportación con el trabajo sobre redes sociales personales en contextos urbanos.

Las aportaciones de Whittaker y Garbarino (1983) sirvieron de base para que, a principios de la década de los ochenta, tanto los investigadores de los apoyos informales como los profesionales de los servicios sociales de Gran Bretaña y Estados Unidos fueran avanzando en diferenciar distintos tipos de ayuda informal. En 1982 se publicó en Gran Bretaña el Informe Barclay, que apuntó las bases para el futuro del trabajo social en Gran Bretaña y donde se estimó el número y horas de trabajo de voluntarios y el número de cuidadores informales (la mayoría mujeres y familiares de las personas a las que cuidaban) que se responsabilizaron de los cuidados de personas enfermas o discapacitadas (Owen, 1986). En este informe aparecien-

ron cifras como 16 millones de horas a la semana cubiertas por personas que voluntariamente trabajaban en el cuidado de otros.

También a partir del Informe Barclay se empezó a reflexionar sobre las responsabilidades básicas de los profesionales de los servicios sociales y sobre el contenido y métodos de formación que deberían tener para desarrollar una buena colaboración con el sistema informal de ayuda. El Informe Barclay inició las bases de lo que más adelante llegó a ser una política social de apoyo a los cuidadores informales que incluía remuneración, apoyo profesional y descansos periódicos reglamentados.

En 1984 se organizó otro encuentro con el mismo colectivo de profesionales e investigadores de EE.UU. y Gran Bretaña. Varios participantes en las sesiones afirmaron que era urgente especificar en qué consistía la ayuda formal e informal y tener una mayor elaboración de las dimensiones específicas de cada sistema de ayuda. *«Tenemos que decir que no estamos tratando con un fenómeno unitario y que los tipos o formas en que podamos dividir la ayuda informal es a su vez multidimensional»* (Olsen, 1986 pg. 15). La siguiente tipología es un intento de ilustrar la tarea pendiente.

1. La forma de ayuda informal fundamental es la que se ofrece dentro del contexto de la red social personal de familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo. Es la red de ayuda natural. Muchas de las dimensiones de estas redes se han identificado y sus implicaciones en términos de estrategias de intervención también (Biegel, Sales

- y Schulz, 1991; Tracy y Biegel, 1994; Villalba, 1993, 1995).
2. El apoyo ofrecido por las personas de la red social se tendría que distinguir de la ayuda informal ofrecida por aquellas personas, que dentro de un contexto comunitario, son personas clave para lograr tareas específicas (informantes claves, líderes de la comunidad, etc.).
  3. La tercera forma de ayuda informal sería la actividad de los voluntarios. Los roles que juegan los voluntarios son numerosos y variados. Las condiciones sobre las que los voluntarios actúan pueden ser muy diferentes. Pueden estar pagados o no, hacer jornada completa o parcial, guiados o dirigidos por profesionales o ser semiautónomos dentro de una comunidad o centro. Presumiblemente cada una de estas condiciones y de la combinación de varias condiciones tienen efectos diferentes y por lo tanto conllevan retos específicos para el desarrollo de respuestas profesionales apropiadas.
  4. La ayuda mutua a través de los grupos de autoayuda de varios tipos es otra forma de ayuda informal que se debe distinguir de las anteriores. El movimiento de autoayuda revela unas diferencias grandes entre los grupos. Uno de los aspectos más importantes de este movimiento en EE.UU. es la actitud hacia los profesionales. La implicación de los profesionales está totalmente rechazada en algunos grupos. Otros grupos muestran una aceptación cautelosa de una mini-

ma implicación de los profesionales mientras que otros expresan un deseo de que los profesionales participen en todo el proceso del grupo desde el comienzo al final. Está pendiente para nosotros una comprensión global de esta forma de ayuda informal y de las formas en que los profesionales podemos responder apropiada y constructivamente.

5. La forma final de la ayuda informal que mencionará el autor es también la menos definida y se refiere al cuidado ofrecido por redes comunitarias. La organización de la comunidad, las relaciones entre los grupos organizados de la comunidad, y entre estos y otros grupos informales.

Todas estas formas de apoyo informal se pueden incorporar dentro de un análisis global de la respuesta profesional hacia los cuidados informales.

### **Necesidad de colaboración entre servicios sociales y los sistemas informales de ayuda**

En 1986 el *British Journal of Social Work* publicó un suplemento especial dedicado a la relación entre los sistemas formales e informales de ayuda que recogía gran parte del debate habido en el encuentro de 1994 del que ya he hecho referencia. Paul A. Wilson fue uno de los profesores que, basándose en los trabajos de Whittaker y Garbarino, escribieron sobre el tema. Wilson (1986) argumentó en su artículo un conjunto de intervenciones profesionales precisas, disciplinadas y diferenciadas basadas en patro-

nes de ayuda informal y dirigidas a varios tipos de situaciones y circunstancias de los usuarios de servicios sociales. Sus comentarios estaban basados en la revisión de la literatura existente sobre el tema hasta la fecha y en las discusiones mantenidas con investigadores y profesionales de servicios sociales de Estados Unidos y Gran Bretaña.

*«El redescubrimiento de los profesionales de las redes sociales y de la ayuda informal es un desarrollo significativo. La progresiva profesionalización de los servicios sociales parece haber avanzado en la progresiva ignorancia o indiferencia hacia los cuidados informales y la poca consideración hacia las dinámicas de las redes sociales. Parece que la comunidad responde a esto con una falta de aceptación de las intervenciones de los servicios sociales y una visión burocrática de las ofertas desde estos servicios no completamente legitimados por la comunidad. El actual énfasis en los cuidados informales esta considerado como un redescubrimiento de la vida social y como una aceptación de las capacidades de una comunidad, una persona, un grupo familiar... de tener su propia vida y dinámica». (Wilson, 1986, pg. 173).*

Este redescubrimiento se definió en el encuentro de 1984 como una revolución en el desarrollo de los servicios sociales personales. Las ayudas informales y las redes sociales personales fueron también referidos en esta conferencia como elementos claves en el establecimiento de un sentido de comunidad. Esos comentarios y otros que podrían citarse sugieren la tendencia a aceptar la noción de la ayuda informal y las redes sociales como el prisma a tra-

vés del cual era valorado otro tema del trabajo social. En esta conferencia se expresó varias veces la precaución contra el tratamiento de la ayuda informal como una panacea.

### **Propuestas de colaboración entre los servicios sociales y los sistemas informales de ayuda**

Las redes sociales de los usuarios (familiares, vecinos, amigos,...) de servicios sociales pueden estar vinculadas con los profesionales de varias formas y a través de diversas estrategias. Las redes sociales sirven para un conjunto de funciones y, en relación con los servicios ofrecidos por profesionales, éstas pueden aumentar, mejorar o servir como lugar para la intervención que puede abarcar desde aspectos preventivos hasta actuaciones terapéuticas. Froland (1979) identificó varias de las funciones que cumple el apoyo recibido de las redes sociales y que tienen una relevancia particular para la práctica de los servicios sociales. Estas funciones incluyen:

1. La ayuda que el usuario de servicios sociales puede recibir de sus redes para definir sus problemas: *redes como mediadoras de normas culturales en relación a la desviación.*
2. La ayuda material, instrumental y emocional que el usuario de servicios sociales puede encontrar en sus redes: *redes como sistemas naturales de derivación.*
3. La mediatización de la enfermedad: *redes como fuente de prevención y recuperación de la enfermedad.*

4. La potenciación de la intervención profesional: *redes como apoyo antes, durante y después de la intervención.*

En relación a la ayuda formal profesional las redes sociales, en su función de apoyo, pueden tenerse en cuenta en una amplia variedad de formas. Trimble (1980) identificó varias modalidades diferentes de relación entre los profesionales y la ayuda informal que se mezclaban en un esfuerzo unificado. El rango iba entre la reunión completa de red donde el encuentro de todos los miembros de la red era el punto focal para la intervención clínica y la orientación profesional hasta las estrategias de uso de algunos miembros de las redes de apoyo descritas en aquellos años por Collins y Pancoast (1976) y posteriormente por Moxley (1989), Biegel *et al.* (1991), Villalba (1993,1995).

Froland, Pancoast, Chapman y Kimboco (1981) en su estudio sobre redes de apoyo y servicio sociales identificaron cinco programas estratégicos de colaboración entre los servicios formales e informales que abarcan:

- a) Intervención en las redes sociales personales a través de apoyo y trabajo directo con algunos o con todos los miembros de la red social. Desde la práctica clínica se incluiría aquí la terapia de red para la que se precisa formación específica.
- b) Conexión de los usuarios con personas voluntarias de la comunidad que les proporcione consejo y apoyo y programas de acompañamiento. En este nivel se tendría que trabajar bastante con las personas voluntarias de la comunidad interesadas en colaborar con los usuarios y tener en cuenta que estas tengan algunas características o experiencias similares con ellos.
- c) Redes de ayuda mutua. En este nivel sitúan los autores el impulso de los grupos de apoyo en la comunidad por profesionales y, para ello, la captación de usuarios con problemas similares o que compartan preocupaciones comunes.
- d) Fuentes de apoyo en el vecindario. Se trabajaría con vecinos y líderes de la comunidad para consultar sobre la visión que ellos tienen de las características y problemas sociales de la comunidad y promover entre todos estrategias locales de ayuda.
- e) Potenciación de la comunidad. Se establecerían grupos de resolución de necesidades comunitarias y se informaría a la comunidad de las actuaciones que se están programando y solicitar su colaboración. En este nivel también se trabajaría con miembros de las asociaciones y líderes de la comunidad comprometidos en el desarrollo de la misma.

La investigación de Froland *et al.* ofrece tanto una tipología de varios enfoques para vincular la ayuda formal e informal como un intento de análisis de los costos y las consecuencias de adoptar una estrategia particular. Los autores señalaron los beneficios potenciales de adoptar estrategias para integrar las fuentes de cuidados formales e informales.

## El desarrollo de cuidados dentro de los sistemas informales de ayuda

### El paradigma de desarrollo de cuidados

El enfoque tradicional en la investigación sobre cuidadores informales se ha centrado en la figura del cuidador principal de personas o familias en riesgo psicosocial. Pueden ser cuidadores de ancianos dependientes, de enfermos físicos o mentales crónicos, de personas con adicciones, padres o madres sin pareja... entendiéndose por cuidador principal la persona que se hace cargo de la preocupación y de la mayoría de las tareas de cuidados. Los estudios se han dirigido generalmente en las cargas del desarrollo de cuidados y en el impacto del estrés que supone ser el cuidador principal de una persona, normalmente familiar. Parece curioso que el segundo actor principal en el desarrollo de cuidados, que es la persona que se beneficia del mismo, no se haya considerado en la literatura hasta hace poco. Kahana, Kahana, Johnson, Hammond y Kercher (1994) expusieron algunos de los avances más interesantes en el estudio de los cuidadores en lo que ellos llaman la *ampliación del paradigma de desarrollos de cuidados* centrado fundamentalmente en los contextos y procesos de las acciones de cuidado dentro de la relación entre cuidadores y personas beneficiarias de los cuidados.

La expansión del paradigma considera los contextos personales, sociales y espacio-temporales de la relación de cuidados. El paradigma, tal como puede verse en la tabla 1, usa múltiples niveles de uniones o agregados (individual y

social) especificando los procesos implicados en la acción de cuidar como el apoyo social.

### Ejes espaciales

Los ejes espaciales se refieren a quién está implicado en la acción de cuidar, los ejes temporales a cuándo los cuidadores están implicados en los cuidados y el eje transaccional a qué procesos se encuentran implicados en la acción de cuidar. Los autores señalan la vía para considerar las interacciones entre los componentes de estos ejes.

La expansión del *paradigma de desarrollo de cuidados* en el espacio puede conceptualizarse a su vez a lo largo de dos ejes significativos: uno basado en lo individual-personal y otro basado en lo sistémico o en lo social. Existen modelos que consideran fundamentalmente los roles de los cuidadores principales a los que los autores le llaman el *contexto personal de desarrollo de cuidados*.

La expansión del paradigma está relacionada con que la relación diádica entre cuidador y persona cuidada se considera ahora desde un punto de vista interactivo en el que están implicadas ambas partes (Kahana y Young, 1990). En el paradigma espacio-temporal-transaccional, expuesto en la tabla 1, la relación interpersonal entre el cuidador y la persona a la que se cuida se ve formando parte del contexto personal del cuidador y de la persona beneficiaria reflejando un nivel de análisis individual.

Esto tiene que ver con la perspectiva ecosistémica dentro de la psicología social, donde la relación diádica se ha estudiado como dos individuos comprometidos en interacciones significativas.

Tabla 1. Dimensiones espaciales, temporales y transaccionales del paradigma de cuidado. (Basado en Kahana *et al.*, 1994).

	EJE ESPACIAL (Quién)	EJE TEMPORAL (Cuándo)	EJE TRANSACCIONAL (Procesos implicados en el cuidado)
<b>CONTEXTO PERSONAL DE CUIDADOS</b> (nivel individual)	<b>INFORMAL</b> Cuidados familiares (principal: Esposa, hijo/a, y secundarios: otro familiar). Otros cuidadores (Amigos, vecinos...) Beneficiario de cuidado. Relación cuidador-beneficiario de cuidado.	Duración/etapa de la enfermedad. Edad/Etapa evolutiva de la vida. Duración del cuidado. Influencias históricas.	Apoyo social percibido/recibido, dado o no dado.  Interacciones sociales negativas.
	<b>FORMAL</b> Cuidadores pagados supervisados por la familia. Cuidadores de un servicio (pagados y supervisados por la organización). Cuidadores profesionales. Médicos/as. Enfermeras/os. Trabajadores/as Sociales.	Duración del trabajo. Duración del servicio. Influencias históricas.	
<b>CONTEXTO SOCIAL DE CUIDADOS</b> (nivel de sistema y de grupo)	<b>INFORMAL</b> Grupo primario. Familia nuclear. Familia extensa. Grupo informal. Red de vecinos. Red de amigos.	Etapa de la vida. Influencias históricas.	Cohesión/conflicto. Integración social.
	<b>FORMAL</b> Grupos formales/Sistema de servicios: - Servicios de salud. - Servicios sociales. Servicios societales: - Admón. local. - Autonomía. - Estatal.	Duración del servicio. Influencias históricas.	Acceso a ayudas económicas. Control. Legislación. Imposición.

También se parte de que la díada puede considerarse como la unidad mas pequeña de un grupo y, por tanto, puede considerarse como un nivel de análisis grupal.

La ampliación del punto de vista del contexto personal nos lleva desde una atención tradicional al cuidador hacia la relación entre cuidadores y beneficiarios de cuidados y también hacia otros cuidadores formales e informales significativos. El contexto social de la relación de cuidados considera a los grupos dentro de los cuales se construye esta relación como elementos integrados en un sistema holístico. Esto implica, por ejemplo, que los cuidadores informales representan un proceso integrado en la estructura y dinámica de la familia. Por lo tanto también amplía en el espacio la acción de cuidar desde una atención puesta en los cuidadores individuales hacia el sistema familiar como un todo.

El paradigma de desarrollo de cuidados implica una expansión adicional del contexto social más allá del esquema familiar. En términos de estructura las familias representan el contexto social primario de las personas implicadas en el cuidado, pero éstas se complementan y suplementan con los sistemas de apoyo de amigos y con los servicios formales. En un nivel más amplio el sistema de cuidados también incluye instituciones sociales que generan o implementan políticas, diseñando la provisión de cuidados hacia las personas con enfermedades crónicas o cualquier otro tipo de dificultad social que necesite atención continuada.

### *Eje temporal*

El segundo eje para la expansión del paradigma de cuidados es el eje temporal.

Los estudios sobre desarrollos de cuidados han considerado generalmente el contexto temporal centrándose en la extensión de la enfermedad o la duración de la necesidad de cuidados. Burton y Sorenson (1993) describieron las dimensiones temporales de la asistencia ofrecida a través de una variedad de cuidadores formales e informales que se refieren a estas dimensiones como «*tiempo de familia*», «*tiempo de amigos*» y «*tiempo de servicios sociales*» respectivamente. El *tiempo de familia* está relacionado con la asistencia ofrecida por varios miembros de la familia, el *tiempo de amigos* implica el tiempo de asistencia de amigos y vecinos y el *tiempo de servicios sociales* implica el horario de servicios dependientes del centro de servicios sociales. Otra dimensión temporal importante relaciona la manera de desarrollar los cuidados con el impacto que esto produce en la evolución de la vida tanto del que cuida como del que se beneficia de los cuidados. El eje temporal ofrece información sobre cuestiones de desarrollo y ciclos vitales y sobre la dinámica del proceso de cuidados. La comprensión de las dimensiones espaciales y temporales nos lleva más allá de puntos de vista unidimensionales y estáticos del paradigma del desarrollo de cuidados y permite la consideración de la dinámica social dentro de la que se integra el desarrollo de cuidados.

### *Eje transaccional*

En las investigaciones sobre desarrollo de cuidados se ha prestado muy poca atención a los procesos que constituye el eje transaccional. El enfoque más relevante hacia los procesos de desarrollo

de cuidados tiene que ver con relaciones que implican apoyo social y los beneficios que la literatura describe. Normalmente se entiende, como hemos visto antes, que son los cuidadores los que ofrecen apoyos a los beneficiarios de cuidados (Kahana y Young, 1990). Alternativamente los efectos adversos de cuidar a otras personas pueden aminorarse a través de los apoyos que obtengan los cuidadores. En el eje transaccional los autores se centraron en los apoyos sociales como maneras potencialmente útiles de aproximarnos al proceso de cuidar. Podríamos completar el eje transaccional con la literatura generada sobre los efectos de cuidar, por ejemplo, a enfermos mentales crónicos, descritos por Biegel *et al.* (1991) y sobre las deudas de las personas beneficiarias de cuidados. Sería interesante en este punto estudiar las diadas, las interacciones entre cuidadores y beneficiarios de cuidados.

### ***Algunas consideraciones éticas sobre la acción de cuidar***

Como seres humanos necesitamos ser cuidados y cuidar, necesitamos atención de los otros y atender a otros. Cuidar es importante en sí mismo. Como profesionales de los servicios sociales nos parece interesante que hagamos algunas consideraciones éticas sobre la acción de cuidar. Noddings (1984) diferencia la ética de los cuidados que se basa fundamentalmente en la experiencia femenina de haber sido o de ser cuidadora, de la ética de cuidados planteada desde un punto de vista lógico-racional basada más en la experiencia masculina. Creemos que esta diferenciación es importante y puede influir en

los significados y sentidos que hombres y mujeres le demos a la acción de cuidar. Según Noddings cuidar puede significar hacerse cargo del bienestar, la protección y el mantenimiento de algo o de alguien. También puede significar estar en un estado de ansiedad, miedo o soledad sobre algo o sobre alguien. Puede significar una preocupación por ese algo o alguien. Estos significados representan diferentes usos de la palabra «cuidar». En un sentido Noddings equipara cuidar con carga. Cuidamos si nos hacemos cargo y nos preocupamos. En un sentido más relacional cuidamos a otros si tenemos respeto, consideración por sus puntos de vista e intereses. En otro sentido podemos cuidar de un familiar mayor si estamos encargados de la responsabilidad de su bienestar físico. Pero no podemos pretender que cuidamos a algún familiar si la manera de cuidar está llena de resentimiento. Vemos que es necesario prestar mucha atención al análisis de las personas que cuidan a otras y a las relaciones que se establecen entre ambas. Aunque juzguemos estas acciones como profesionales, es fácil ver que los elementos esenciales de cuidar están inmersos en la relación entre cuidadores y beneficiarios de cuidados como hemos visto anteriormente en este mismo artículo. Deberíamos detenernos en los aspectos de reciprocidad, de constancia, de culpa, y de los límites de la acción de cuidar. Necesitaríamos saber qué motiva a los cuidadores informales a preocuparse por las personas que cuidan (obligación moral, cariño, intereses,...). Si podemos comprender lo complejo, lo intrincado y también lo subjetivo de la acción de cuidar a otros, quizás podríamos estar más preparados

para comprender los conflictos que se generan en dicha acción y seríamos más capaces de trabajar con ellos.

Quizás habría que hablar de indicadores conductuales de cuidado con mas profundidad porque deberíamos preocuparnos de problemas de confianza en el cuidado y en el seguimiento y asignación de cuidadores desde los sistemas formales a los naturales. Cuando consideramos la posibilidad de institucionalizar el cuidado y lo que puede significar la formación de cuidadores, necesitaríamos conocer mejor qué es lo que tenemos que buscar.

### ***Los riesgos de cuidar***

A veces los cuidadores informales, normalmente mujeres familiares de las personas beneficiarias de cuidado, están llenos de cargas y su foco de atención cambia progresivamente de las preocupaciones por el cuidado de los otros al interior de si mismo y sus preocupaciones. Este es un riesgo de cuidar. En todas las situaciones de cuidado existe el riesgo de que la persona que cuida se vea sobrepasada por las responsabilidades y tareas que, como resultado de estar sobrecargada, dejara de cuidar al otro y llegara el o ella mismas a ser objetos de atención profesional. Las acciones de cuidar depende de los múltiples factores que influyen en la percepción del que cuida y del que es cuidado por alguien. Experimentar conflictos es otro riesgo de cuidar y deberíamos de considerar una variedad de posibles conflictos. De especial interés para nosotros será la cuestión sobre cuando deberíamos resolver el conflicto y cuando deberíamos resolver simple-

mente ser capaz de vivir con el conflicto. El punto central conecta con el intento de discernir el tipo de cosas sobre las que tendríamos que pensar cuando estamos en un conflicto de cuidados.

### ***Problemas que surgen en el análisis de los cuidadores***

No todos los ejemplos de desarrollo de cuidados se parecen incluso desde el punto de vista de la personas que cuidan. Las condiciones cambian y el tiempo invertido en cuidar varía. Mientras las madres cuidan de sus hijos a través del paso del tiempo pueden que cuiden poco de personas extrañas que necesitan ayuda. La intensidad varía también. Podemos cuidar profundamente a aquellas personas que forman nuestro círculo más cercano y cuidar de una manera mas superficial a aquellas personas que sentimos mas lejanas en nuestra vida o que ya no tienen el lugar que ocuparon en otro momento. Incluso con aquellas personas cercanas la intensidad de cuidados varía. Puede ser un cuidado tranquilo y estable la mayor parte del tiempo y con una gran carga de ansiedad en situaciones de emergencia. La dedicación que implica ser cuidador no debe ser intensa ni penetrante en la vida del que se cuida pero ésta tiene que ocurrir.

Existen otras limitaciones en la acción de cuidar. No sólo están las derivadas de las situaciones en las que no se cuida de forma natural, situaciones en las cuales la dedicación conlleva revulsión y el desplazamiento motivacional hacia la persona que se cuida resulta impensable. La persona que cuida por lo tanto no está sola en la relación de cuidado.

### **¿Quiénes son los cuidadores informales?**

En dos de los estudios que se han realizado sobre cuidadores informales durante los últimos años dirigidos a cuidadores de ancianos (Colectivo IOE, 1996, Rodríguez, 1994) se reflejan una mayoría de mujeres cuidadoras, familiares cercanas de la persona que cuidan (esposa, hija, nietas, nuera) de una generación posterior a la persona que cuidan. En el estudio de Rodríguez sobre 27 cuidadores informales de áreas rurales y urbanas de Cataluña, el autor lo describe de la siguiente manera:

*«Hay pocos cuidadores hombres. El cuidado de los ancianos recae básicamente en las mujeres. Las hijas en el medio urbano y las nueras (e hijas) en el medio rural se responsabilizan del cuidado de la primera generación de ancianos (padres y suegros). Hay muchos menos ancianos cuidados por miembros de otras categorías de parentesco.»* (1994, pg. 85).

También concluye el autor en su estudio que la convivencia del anciano con el cuidador ha sido, por lo general, larga y muchas de las cuidadoras han vivido siempre con los ancianos, existiendo importantes diferencias entre los cuidadores del medio urbano y rural. En el estudio realizado por el Colectivo IOE (1996) se expone que los ancianos necesitados de ayuda que no se encuentran en residencias son atendidos principalmente por miembros de la propia familia distribuidos de la siguiente manera: hijas (43,5%), cónyuge (21,7%), nueras (7,5%), hijos varones (5,8%), yernos (0,2%) y otros parientes como hermanos, sobrinos,

primos, nietos, etc. (7,8%). El resto contrata empleados de hogar (6,6%), utiliza servicios sociales públicos (4,7%) o bien recurre al apoyo de vecinos (1,2%), amigos (1,0%). De acuerdo con estos resultados, aproximadamente la mitad de los cuidadores familiares contaría, además, al menos con un segundo cuidador.

### **Una aproximación a los modelos británicos de apoyo a los cuidadores informales desde los servicios sociales**

En los últimos años se está documentando muy bien en los trabajos de investigadores y profesionales norteamericanos y británicos la necesidad de los programas de apoyo a cuidadores desde servicios sociales. La tendencia demográfica del aumento de la población anciana y el apoyo a la tendencia natural de los familiares a cuidar a sus parientes mayores y/o enfermos hace que se esté planteando, sobre todo en los países occidentales, políticas sociales tendentes a «cuidar a los cuidadores familiares».

Hokenstad y Biederman (1994) hicieron un estudio sobre los modelos británicos de apoyo a cuidadores y plantearon una serie de recomendaciones para la puesta en marcha de programas de apoyo a cuidadores de personas mayores en Cleveland (Ohio) y su área metropolitana. De este estudio nos ha parecido interesante resumir la siguiente información.

En Gran Bretaña la política y los programas de apoyo a los cuidadores familiares incluyen: a) Seguro para los cuidadores. b) Política familiar para empleo de cuidadores. c) Beneficios fisca-

les, créditos especiales y/o salarios para miembros de la familia que ofrecen cuidados. *d)* Programas de formación que preparan a las esposas/os, hijas/os u otros familiares en el manejo con tareas físicas y con el estrés emocional que conlleva la provisión de cuidados.

Los tipos de servicios que harían falta para un programa amplio de apoyo a los cuidadores incluirían: *a)* Servicios para atender al cuidador con tareas prácticas. *b)* Servicios que ofrecen al cuidador descansos de la función de cuidar. *c)* Servicios que ayudan al cuidador a manejarse con demandas físicas y emocionales del cuidado. *d)* Programas que habilitan y capacitan a los cuidadores a tener un mejor acceso y uso de los servicios formales.

Gran Bretaña es un buen ejemplo en el desarrollo de programas comunitarios de apoyo a los cuidadores. A nivel nacional se promulgó en 1990 la Ley del Cuidado Comunitario que identificó las necesidades de los cuidadores y el apoyo al cuidador como un aspecto de la puesta en marcha de programas comunitarios. La Asociación Nacional de Cuidadores, fundada en 1988, junto con otras asociaciones voluntarias han formado la Alianza de Cuidadores para defender a los cuidadores informales y respaldar las iniciativas públicas y las políticas dirigidas al apoyo de este colectivo.

Las innovaciones recientes que han ampliado las opciones de apoyo a cuidadores incluyen, en el nivel local, programas flexibles de descanso y centros de información y apoyo. Los primeros ofrecen descansos cortos en el cuidado doméstico para personas mayores con algún tipo de dificultad. Este servicio se ofrece a través de personas con una

disponibilidad de tiempo variable que cubren horas y días diferentes de la semana dependiendo de las necesidades de los cuidadores principales. Estos servicios a veces están coordinados con los servicios públicos de ayuda a domicilio. La mayoría de ellos están cubiertos por voluntarios que trabajan a tiempo parcial según su disponibilidad.

Los centros de apoyo a cuidadores ofrecen orientación, consejo, derivación, formación, grupos de apoyo y ayuda individual. También ofrecen lugares de encuentro y relax donde los cuidadores pueden sentirse cómodos y apoyados. Difieren de comunidad a comunidad en tamaño y número de servicios ofrecidos. Se han expandido localmente como resultado de varias iniciativas, pero la mayoría ha tenido el respaldo de la Asociación Nacional de Cuidadores. Algunos de estos centros han puesto en marcha programas de seguimiento con contestador automático donde los cuidadores pueden llamar para comunicar cómo está transcurriendo la relación de cuidado y si necesitan alguna cosa. También existen tarjetas de cuidadores con teléfonos y nombres de voluntarios de emergencia e información y teléfono de los servicios de apoyo.

Los profesionales de los servicios sociales colaboran en estas iniciativas proponiendo y coordinando actividades que incluyen información actualizada de recursos, coordinación con servicios sanitarios, atención social y psicológica, cursos de formación, impulso de grupos de apoyo, etc.

Los Centros de Apoyo a Cuidadores son organizaciones diseñadas de forma centralizada con presencia física en las distintas comunidades. Normalmente

están dirigidos por profesionales de los servicios sociales, remunerados o voluntarios, que en su mayoría son trabajadores sociales. Cuentan con grupos de unos cinco cuidadores y una persona para la recepción y secretaría.

Los modelos británicos de apoyo a los cuidadores (como les llama Hokenstad) por la variedad de servicios y programas que ofrecen y por la diversidad de fuentes de financiación y apoyo, nos muestran una perspectiva innovadora en la atención a cuidadores informales tanto por los tipos de servicios como por la forma en que éstos se ofrecen.

### Conclusiones y propuestas

Al finalizar este artículo nos parece que la inclusión de aspectos diversos de temas relacionados con los sistemas de ayuda y el apoyo a cuidadores informales, no hace sino apuntar ideas que los psicólogos de los servicios sociales deberíamos debatir y contrastar con nuestra práctica profesional cotidiana. A modo de conclusiones nos permitimos ofrecer aquí un posible guión para ese debate basado en los contenidos expuestos en el artículo:

*En primer lugar* creemos muy necesaria para los psicólogos de servicios sociales la formación en modelos referenciales ecosistémicos y en sus directrices prácticas por incluir éstos los sistemas de ayuda informal de los usuarios como objeto de estudio, derivación, colaboración e intervención.

*En segundo lugar* creemos que es necesario también que los psicólogos de los servicios sociales conozcamos mejor las bases filosóficas, históricas y organizativas del movimiento de autoayuda y

ayuda mutua antes de proponer impulsar algunos de estos grupos.

*En tercer lugar*, la colaboración entre los psicólogos del sistema de ayuda formal (servicios sociales comunitarios y especializados) y los sistemas de ayuda informal de las personas y grupos con los que trabajamos debería partir de: *a)* El conocimiento y la valoración de las redes sociales de los usuarios prestando especial atención a las figuras cuidadoras de las mismas. *b)* El conocimiento y valoración de los grupos de ayuda mutua o similares que existan en la comunidad en la que trabajemos. *c)* El conocimiento y valoración de motivaciones, disponibilidad e impacto de los líderes o figuras cuidadoras comunitarias. *d)* El conocimiento y valoración de los sistemas de apoyo comunitarios formados por el encuentro y la coordinación en acciones concretas de distintos grupos y asociaciones de la comunidad.

*En cuarto lugar*, la colaboración de los/las psicólogos/as de servicios sociales con los sistemas de ayuda informal debe implicar nuevas posiciones y nuevos roles profesionales dirigidos fundamentalmente al asesoramiento, la consultoría, la mediación, la orientación y guía y la formación.

*En quinto lugar*, la filosofía de la colaboración entre sistemas de ayuda implica cooperación con los/las usuarios/as de servicios sociales y sus redes de apoyo social, la participación de éstos en la programación de las intervenciones que se les va a proponer y el derecho a elegir los objetivos y actuaciones para su propio proceso de cambio.

*En sexto lugar*, es necesario tener en cuenta las limitaciones institucionales y legales con que nos encontramos los/as

psicólogos/as de servicios sociales a la hora de plantear colaboraciones con los sistemas de ayuda informal de las personas y grupos con los que trabajamos. A veces tenemos que hacer intervenciones dirigidas a producir cambios radicales en las familias ante situaciones de alto riesgo de los niños y niñas y ésto nos impide la posterior colaboración con esa familia o esa comunidad. Por otra parte pueden existir obstáculos institucionales para la integración y cooperación de los sistemas formales en las coordinadoras de grupos y asociaciones de una comunidad o puede existir conflictos de poder en esta cooperación.

*En séptimo lugar*, los/las psicólogos/as de servicios sociales deberíamos prestar especial atención a las figuras cuidadoras de los distintos sistemas (incluido el sistema donde estamos trabajando e incluyéndonos a nosotros mismos) proponiendo e impulsando programas de apoyo a los/las cuidadores/as de los distintos sistemas: cuidadores/as familiares, cuidadores/as amigos/as, cuidadores/as de la comunidad (líderes naturales), cuidadores/as del sistema formal (trabajadores sociales, psicólogos/as, educadores/as, auxiliares de ayuda a domicilio,...).

*En octavo lugar*, podríamos concretar los programas de apoyo a cuidadores/as de los distintos sistemas en:

- *Sistema de ayuda formal:* a) Formación continuada y acceso a supervisiones periódicas de casos y de equipos. b) El apoyo más global a los cuidadores del sistema formal proviene muchas veces de un buen funcionamiento de la organización donde trabajemos que provoque motivación, entusiasmo e iniciativa en los profesionales de base.
- *Sistema de ayuda informal:* a) Detección, apoyo, formación y reconocimiento de las personas voluntarias que quieran colaborar con servicios sociales. b) Apoyo individual y directo a los/las cuidadores/as familiares, amigos, vecinos u otras personas a través de entrevistas de seguimiento periódicas durante algún tiempo. c) Apoyo grupal a cuidadores/as con especiales cargas con el fin de compartir temores, situaciones comunes de la vida cotidiana como cuidadores/as, estrategias de autocuidado. d) Formación específica a cuidadores/as de colectivos específicos (ancianos, niños/as enfermos o discapacitados, personas enfermas mentales o físicas crónicas,...). e) Programas de descanso a través del Servicio de Ayuda a Domicilio o de personal voluntario formado como cuidadores/as.

## Referencias

- BARCLAY REPORT (1982). *Social workers: The role and the tasks*. Londres: Bedford Square Press.
- BIEGEL; D.E., SALES, E. y SCHULZ, R. (1991). *Family caregiving in chronic illness*. Newbury Park, CA: Sage.
- BURTON, L.M. y SORESON, S. (1993). Temporal context and the caregiver role: Perspectives from ethnographic studies of multigeneration African American Families En S.H. Zant, L.I. Pearlin y K.W. Schaie (Eds.). *Caregiving systems: Formal and informal*

- helpers*, 56-61. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- CAPLAN, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Nueva York: Behavioral.
- CASSEL, J. (1974). An epidemiological perspective on psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*, 64, 1040-1043.
- COLECTIVO IOE (1996). *El apoyo informal a ancianos dependientes en España*. Madrid.: INSERSO.
- COLLINS, A. y PANCOAST, D. (1976). *Natural helping networks*. Washington, DC.: National Association of Social Workers.
- FISHER, C.S. (1976). *The urban experience*. Nueva York: Harcourt Brace Janovich Inc.
- FROLAND, C. (1979). Talking about networks that help. En C. Froland y D.L. Pancoast (Eds.). *Networks for helping*. Portland, OR.:Portland State University.
- FROLAND, C.; PANCOAST, D.L.; CHAPMAN, N.J. y KIMBOCO, P.J. (1981). *Helping networks and human services*. Beverly Hills, CA. : Sage.
- GOTTLIEB, B.H. (1981). Preventive interventions involving social networks and social support. En B.H. Gottlieb (Ed.). *Social networks and social support*. Beverly Hills, CA.: Sage.
- GOTTLIEB, B.H. (1983). *Social support strategies: Guideliness for mental health practice*. Beverly Hills, CA.: Sage.
- GOTTLIEB, B.H. y HALL, D. (1980). Social networks and the utilization of preventive mental health services. En R.H. Price y P.E. Politser (Eds.). *Prevention in mental health*. Beverly Hills, CA.: Sage.
- HOKENSTAD, M.C. y BIEDERMAN, C.A. (1994). *Models of caregiver support: British initiatives*. Cleveland, OH.: Mandel School of Applied Social Sciences. CWRU.
- KAHANA, E. y YOUNG, R. (1990). Clarifying the caregiving paradigm: Challenges for the future. En D.E. Biegel y Blum (Eds.). *Aging and caregiving: Theory, research and policy*, 76-97. Newbury Park, CA.: Sage.
- KAHANA, E.; KAHANA, B.; JOHNSON, J.R.; HAMMOND, R.J. y KERCHER, K. (1994). Developmental challenges and family caregiving: bridging concepts and research. En E. Kahana, D.E. Biegel y M.L. Wykle (1994). *Family caregiving across the lifespan*. Thousand Oak, CA.: Sage.
- MARTÍNEZ, M.F.; GARCÍA, M. y MENDOZA, I. (1995). Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces. *Revista de Intervención Psicosocial*, 11, 1-22.
- MOXLEY, D.P. (1989). *The practice of case management*. Newbury Park, CA.: Sage.
- NODDINGS, N. (1984). *A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- OLSEN, M.R. (1986). Integrating formal and informal social care. The utilization of social support networks. *British Journal of Social Work*, 16, 15-22.
- OWEN, D. (1986). Opening adress: Social formal and informal patters of care. *British Journal of Social Work*, 16, 5-14.
- POLITSER, P.E. (1980). Network analysis and the logic of social support. En R.H. Price y P.E. Polister (Eds.). *Eva-*

- luation and action in the social environment.* Nueva York: Academic Press.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1994). *Envejecimiento y familia.* Madrid: Siglo XXI.
- TRACY, E. y BIEGEL, D.E. (1994). Preparing social workers for social network interventions in mental health practice. *Journal of Teaching in Social Work, 10,* 19-41.
- TRIMBLE, D. (1980). A guide to the network therapies. *Connections, III, 2,* 9-91.
- UNGER, D.G. y POWELL, D.R. (1980). Supporting families under stress: The role of social networks. *Family Relations, 29 (4),* 566-575.
- VILLALBA, C. (1993). Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Revista de Intervención Psicosocial, 4,* 69-85.
- VILLALBA, C. (1995). Intervención en redes. *Documentación Social, 98,* 105-119.
- VINTER, R. (1967). *Reading in group work practice.* Ann Arbor, MI.: Campus Publishers.
- WHITTAKER, J. y GARBARINO, J. (1983). *Social support networks. Informal helping in the human services.* Nueva York: Aldine Publishing Company.
- WILSON, P.A. (1986). Informal care and social support: An agenda for the future. *British Journal of Social Work, 16,* 173-179.