PSICOLOGÍA COMUNITARIA

BASES CONCEPTUALES Y OPERATIVAS
MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

–2° Edición –

A. SÁNCHEZ VIDAL

PPU

Índice

Prólogo a la segunda edición 1
Presentación 3
Psicología comunitaria y universidad 4
Este libro 6
Contenidos 8

PARTE I: CONCEPTO Y ÁMBITO

1. Origen, justificación y estatus actual 11
1.1 Justificación y causas del movimiento comunitario 11
1.2 Sentido psicológico de comunidad 17
1.3 Origen histórico-social 19
1.3.1 Hitos históricos… 19
1.3.2 Salud mental comunitaria: factores originantes 20
1.3.3 Revisión de los orígenes: estados unidos y España 23
1.4 Asunciones ideológico-valorativas 24
1.5 Estatus actual: balance y perspectivas 26

2. (La) Comunidad 31
2.1 Comunidad y asociación 33
2.2 Conceptos y formulaciones de (la) comunidad 35
2.2.1 Comunidad y sociedad 37
2.2.2 Estudio e investigación de la comunidad 39
2.3 Estructura y tipos 39
2.4 Conclusiones y definición 41

3. Salud mental positiva: conceptos y criterios 43
3.1 Trastorno mental y modelo médico 43
3.2 Salud mental: conceptos y modelos 46
3.2.1 Modelos 46
3.2.2 Aproximaciones al concepto de SM 47
3.3 Salud mental positiva: conceptos y criterios 49
3.3.1 Modelo tripartito de Strupp y Hadley 50
3.3.2 Criterios de salud mental positiva de Jahoda 52

4. Psicología comunitaria: definición y características 55
4.1 Características diferenciales frente al modelo Clínico-médico 55
4.2 Salud mental comunitaria 59
4.3 Psicología comunitaria 59
4.4 La formulación de Rappaport 62
4.5 La formulación de Goodstein y Sandler 65
4.6 Psicología comunitaria y salud mental comunitaria 68
4.7 Psicología comunitaria: síntesis y propuesta de definición 68
4.7.1 Definición y elementos básicos 69
4.7.2 Estructura y caracterización disciplinar e interventiva 73

4.7.3 Factores y procesos básicos.....76

5. Otros conceptos y modelos teóricos en psicología comunitaria 81
5.1 Modelos teóricos: analíticos y operativos…….....81
5.1.1 Modelos analíticos.....…….....82
5.1.2 Modelos operativos.....…….....82
5.2 Estrés psicosocial..... ...…….....83
5.3 Apoyo social..... ...…….....85
5.4 Competencia..... ...…….....87
5.5 Empowerment y estructuras sociales intermedias....……....88
5.6 Modelos de suministros de Caplan..... ...…….....90
5.7 Modelo del cambio sistémico-social: principios....…….....93

6. La psicología de comunidad en América Latina....…….....97
Eduardo Rivera Medina e Irma Serrano García
6.1 Introducción....…….....97
6.2 Orígenes de la disciplina en Estados Unidos....…….....97
6.3 ¿Qué se propuso en América Latina? ....……..…….....98
6.4 La experiencia en América Latina 99
6.5 La experiencia puertorriqueña 101
6.6 El futuro de la psicología de comunidad 104
6.7 La supervivencia comprometida 105
Referencias bibliográficas 107

PARTE II: BASES OPERATIVAS: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

7. Evaluación comunitaria: necesidades y programas……109
I. Bases epistemológicas, teóricas y aplicadas…….……109
7.1 Planteamientos epistemológicos…….110
7.2 Action research: concepto e implicaciones epistemológicas……..110
7.3 Conocimiento y evaluación; psicología para Conocer y psicología para actuar.....113
7.4 Principios reguladores e implicaciones de la evaluación comunitaria: multidimensionalidad y aspectos relaciónales, valorativos y políticos……...…114
7.4.1 Prerrequisito de la intervención planificada……114
7.4.2 Perspectivas: responsabilidad social, gestión y conocimiento……115
7.4.3 Multidimensionalidad: problemas, intereses y métodos…….115
7.4.4 Funciones relacionales y de rol……...117
7.4.5 Creación de expectativas…….118
7.4.6 Evaluación comunitaria y poder……..119
7.4.7 Evaluación comunitaria y valores……119
II. Aplicación: evaluación de necesidades y programas……...…120
7.5 Identificación y evaluación de necesidades y problemas: ámbito, definición y proceso…...120
7.6 Métodos o enfoques ..... ……122
7.6.1 Informantes clave ..... ……..123
7.6.2 Grupos estructurados y foros comunitarios ..... ……124
7.6.3 Tasas de personas tratadas ..... ……124
7.6.4 Encuesta poblacional ..... ……...125

7.6.5 Indicadores sociales 127
7.7 Algunas ilustraciones: calidad de vida, estrés y clima social 129
7.7.1 Calidad de vida.....129
7.7.2 Estrés y ajuste social.....130
7.7.3 Escalas de clima social de Moos.....132
7.8 Evaluación de programas 133
7.8.1 Evaluabilidad 135
7.9 Evaluación de programas: concepto, proceso y contenido 136
7.9.1 Definición.....136
7.9.2 Proceso y contenido.....137
7.9.3 Componentes. Evaluación comparativa.....140
7.10 Aspectos prácticos e ilustraciones.....142
7.10.1 Algunos aspectos prácticos.....142
7.10.2 Ilustraciones: Goal Attainment Scale y técnica del grupo nominal.....144
7.11 Investigación evaluativa.....146
Referencias bibliográficas.....148

8. Intervención comunitaria: concepto, proceso y panorámica 151
8.1 Intervención social 151
8.1.1 Intervención social frente a acción psicológica.....153
8.2 Intervención comunitaria 154
8.2.1 Cuestiones: contradicciones, legitimidad, intencionalidad y racionalidad, autoridad.....155
8.2.2 Intervención comunitaria e intervención social.....159
8.2.3 Participación 160
8.3 Realización de la intervención comunitaria: Premisas y asunciones 170
8.4 Proceso o desarrollo.....172
8.4.1 Definición (y análisis) del tema, comunidad o problema.....172
8.4.2 Evaluación inicial.....174
8.4.3 Diseño/planificación de la intervención 174
8.4.4 Ejecución e implementación.....177
8.4.5 Finalización y evaluación de resultados.....181
8.4.5 Diseminación de la intervención.....182
8.4.6 Otras propuestas 184
8.5 Clasificación y panorámica de las estrategias interventivas: por niveles.....190
8.6 Clasificación por funciones u objetivos 192
8.6.1 Prestación de servicios 192
8.6.2 Desarrollo de recursos humanos.....193
8.6.3 Prevención 193
8.6.4 Reconstrucción social y comunitaria.....193
8.6.5 Cambio social y comunitario.....194
8.7 Organización de la comunidad 196
Referencias bibliográficas.....199

PARTE III: MÉTODOS DE INTERVENCIÓN

9. Prevención 202
9.1 La respuesta es prevención.....202
9.2 Epidemiología: conceptos y resultados en salud Mental.....204
9.2.1 Estudios epidemiológicos del trastorno mental.....207
9.3 Prevención: definiciones.....209
9.4 La realización de programas preventivos.....211
9.4.1 Componentes, niveles y estrategias.....211
9.4.2 Principios de acción y cambio conductual.....215
9.5 Contenido de los programas preventivos.....220
9.5.1 Prevención primaria.....221
9.5.2 Prevención secundaria.....223
9.5.3 Prevención terciaria.....224
9.6 Educación para la salud mental.....225
9.7 Ilustración: algunos programas preventivos……..228
9.7.1 Prevención de la depresión: el proyecto Dart.....228
9.7.2 Proyecto de salud mental primaria (PMHP).....229
9.7.3 Otros programas.....231
Referencias bibliográficas.....233

10. Intervención de crisis y terapias breves.....236
I. Bases teóricas 236
10.1 Justificación y definición.....237
10.2 El modelo de crisis.....239
10.2.1 Proceso y componentes básicos de las crisis.....239
10.3 Tipos de crisis y problemas implicados.....241
II. Práctica y aplicación…….....243
10.4 Intervención: objetivos y evaluación…….....243
10.5 Principios de actuación…….....245
10.6 Práctica de la intervención en crisis…….248
10.6.1 Intervención externa o situacional…….....248
10.6.2 Intervención interna o psicológica…….....250
10.7 Asesoramiento y terapia breve. Seguimiento……...253
10.8 Valoración y crítica…….....255
Referencias bibliográficas…….....256

11. Consulta…….....259
11.1 Asunciones, definición y criterios……....260
11.2 Proceso…….....261
11.3 Modelos: consulta de salud mental y comunitaria…….....262
11.4 Consulta organizacional y conductual……..264
11.5 Un ejemplo de consulta…….....266
11.6 Crítica a la consulta como método de cambio…….269
Referencias bibliográficas…….....270

12. La comunidad terapéutica……..…….272
Joan A. Sales, Frederic Boix y Alipio Sánchez
12.1 La comunidad terapéutica: Introducción y caracteres básicos…….……272
12.2 Origen histórico: El modelo europeo…….……..274
12.3 El modelo americano……..……..277
12.3.1 Synanon……....278
12.3.2 Daytop Village……...…279
12.4 Características comunes del modelo americano……...280
12.5 Las comunidades terapéuticas en España…….281
12.6 Evaluación de resultados……..282
12.7 Descripción de una CT concreta…….……..283
Referencias bibliográficas……288

13. Ayuda mutua (auto-ayuda)…….....289
I. Aspectos teóricos……...289
13.1 Extensión y causas……289
13.1.1 Origen y determinantes……..290
13.2 Definición y componentes……291
13.2.1 Componentes básicos……292
13.3 Clasificación y tipos…….295
13.4 Dinámica y funcionamiento…….296
13.4.1 Estado inicial y proceso……297
13.4.2 La familia como sistema modelo de apoyo……..297
13.4.3 Mecanismos básicos de los GAM……300
13.5 Otras dimensiones y funciones relevantes……302
13.6 Teorías explicativas……..304
II. Aspectos prácticos y valoración……...305
13.7 Roles de los profesionales……306
13.8 Algunos aspectos organizativos……307
13.8.1 Proceso y funciones……..308
13.9 Valoración y crítica……..309
Referencias bibliográficas……310

14. Desarrollo de comunidad y acción social……313
NA. Josep Ma. Rueda Palenzuela
14.1 Variedades de actuación social y clasificación…….313
14.1.1 Formas de actuación social: Acción, intervención y gestión social…….313
14.1.2 Respuestas resultantes: movimientos sociales, cambio social planificado y marketing social…….314
14.1.3 Acción social: tipos y opciones…….315
14.1.4 Intervención social: tipos y opciones…….316
14.2 Desarrollo de comunidad (DC) ……319
14.2.1 Definición y fundamentación…….....319
14.2.2 Componentes comunitarios y estrategias de desarrollo resultantes 321
14.2.3 Proceso del DC……322
14.3 Movimientos sociales urbanos (MU)…….....324
14.3.1 Definición y punto de partida (los problemas urbanos)…….……..324

14.3.2 Análisis causal de la problemática urbana: contradicciones implicadas y posturas explicativas (coyuntural, estructural e ideológica)…….....325
14.3.3 Estrategias de resolución y estructura organizativa……326
14.3.3.1 Estrategias resultantes…….326
14.3.3.2 Estructura organizativa: tres círculos de posicionamiento frente al problema…327
14.3.4. Proceso y mecanismos de mantenimiento de los MU……..328
14.3.4.1 Proceso……...328
14.3.4.2 Mecanismos de mantenimiento…….…330
14.3.4.3 El Futuro de los MU…….…330
Referencias bibliográficas……331

15. Rol y formación del psicólogo comunitario……334
15.1 El rol del psicólogo en la intervención social y comunitaria: cuestiones y características diferenciales…….....334
15.1.1 Antiprofesionalismo y tensiones asociadas al rol……..335
15.1.2 Polaridades en la definición del rol: descripción-prescripción, poder y conocimiento……336
15.1.3 Características diferenciales de los roles psico-comunitarios (complejidad, carácter social y educativo, generalismo y flexibilidad, facilitación-dinamización)……...…..336
15.2 Componentes funcionales del rol…….....338
15.2.1 Análisis de sistemas y evaluación de problemas……..…340
15.2.2 Diseño/planificación de programas interventivos……341
15.2.3 Consulta y educación…….....341
15.2.4 Negociación, mediación y relaciones humanas……342
15.2.5 Abogacía social…….....343
15.2.6 Organización y dinamización comunitaria…….....344
15.2.7 Desarrollo de recursos humanos…….....345
15.3 Formación y trabajo inter/multidisciplinar……...347
15.3.1 Modelos de formación.....347
15.3.2 Curriculo académico.....350
15.3.3 El trabajo ínter/multidisciplinar.....351
Referencias bibliográficas 354

APÉNDICES

Apéndice A.
La red de servicios comunitarios en Cataluña: La ciudad de Barcelona……..357
Miguel A. Soria ...

Prólogo a la segunda edición

La favorable acogida dispensada a la primera edición de este libro sobre Psicología Comunitaria, excede lo que razonablemente puede augurarse en nuestro país a un tema desconocido para el gran público y editorialmente casi inédito, sugiriendo una vigencia del campo y un interés social por él bastante superiores a nuestras modestas expectativas iniciales. Ese relativo éxito ha posibilitado (casi, casi, demandado) la tarea de preparar una segunda edición en que, a partir de una mayor documentación, reflexión y discusión con estudiantes y colegas, pudieran complementarse o modificarse algunas partes de la primera edición, llenándose, al tiempo, lagunas allí reconocidas, en cuanto a metodologías interventivas y bases operativas sobre todo.

Esta tarea de complementación y puesta al día, conveniente en todo tema y momento, resulta imprescindile —y particularmente ardua— en un campo tan novedoso y dinámico como la Psicología Comunitaria, no dejando por lo mismo de ser un ejercicio atrevido y no exento de riesgo científico y literario, cuyos resultados habrán de juzgar el experto y el lector.

Esta edición añade, respecto de la primera, temas nuevos, por un lado, y ampliaciones de otros temas ya incluidos allí, por otro.

Los temas o capítulos nuevos se centran en estrategias y métodos de intervención básicos excluidos (o apenas rozados) previamente.

• Dos de ellos son estrategias más "comunitarias" (en el sentido de ser más auto-iniciadas "desde abajo", menos intervencionistas): Comunidad Terapéutica (capítulo 12) y Ayuda Mutua (capítulo 13). Saludamos aquí la incorporación de Joan A. Sales y Frederic Boix al elenco de aportaciones a este volumen, en este caso en relación con el tema de la Comunidad Terapéutica.

• La tercera, la Prevención (capítulo 9), una estrategia fundamental de actuación, apenas cubierta en la primera edición y merecedora de más amplio desarrollo.

Adiciones o modificaciones substanciales han sido introducidas en los siguientes temas de la parte I ("Concepto y Ámbito de la PC"):

• Concepto de Psicología Comunitaria (sección 4.7), donde se ha intentado una definición y caracterización amplia de la disciplina y el campo comunitario.

• Modelos Teóricos (capítulo 5), en que se ha añadido una introducción para situar y organizar el tema desde el esquema bipartito de modelos analíticos y operativos; también se ha singularizado en una sección —y complementado desde la propuesta socio-política de Berger y Neuhaus— el modelo emergente de empowerment de J. Rappaport.

Hemos desdoblado en dos partes lo que en la primera edición del libro era una sola ("Parte H: Métodos de Intervención y Evaluación"). Una se refiere a "Bases operativas" (Evaluación e Intervención) comunes a toda acción comunitaria. Otra —la ni en el nuevo esquema— se centra en los diversos "Métodos de Intervención", que han sido reforzados con los 3 nuevos capítulos ya citados.

• También, se ha ampliado substancialmente el tema de Intervención de Crisis (capítulo 10), en su parte práctica y técnica sobre todo. El tema de Consulta, ha sido separado del anterior como capítulo habiéndose añadido, además, una ilustración de su aplicación.

Las Bases Operativas ("Evaluación e Intevención Comunitaria"; nueva parte) puentean los contenidos teóricos (parte I) con los interventivos (parte ni), permitiendo operar. El énfasis puesto en ambas operaciones básicas deriva, por un lado, de los planteamientos valorativos y políticos a realizar y, por otro, de la ampliación de los apartados técnicos (procesos y procedimientos de realización), particularmente relevantes en Psicología Comunitaria como fundamento genérico y orientador del trabajo a seguir a falta de un "recetario" de soluciones razonablemente consolidado

y de un sistema de "indicación" para asignar métodos o estrategias apropiados (los incluidos en la parte III, de métodos concretos) según el problema o tema planteado.
• La Evaluación Comunitaria (capítulo 7) ha sido masivamente modificado, prácticamente escrito de nuevo.
• También ha sufrido adiciones el capítulo 8 (Intervención Comunitaria), aunque en menor medida.

Se ha actualizado y ampliado muy considerablemente la Bibliografía General, que va al final del libro; también se han reforzado las referencias de muchos de los capítulos. En ambos casos, y siempre que ha sido posible, hemos incorporado referencias españolas. Algo que también se ha intentado para los Recursos Documentales nacionales, cuya lista ha aumentado notablemente respecto a la edición previa. En el apartado de "Recursos Documentales y Asistenciales" internacionales, se ha incorporado un tercer apartado, referente a Fuentes de Acción y Desarrollo Comunitario, que esperamos resulte útil para difundir entre nosotros el conocimiento y utilización de las experiencias disponibles en ese terreno.

También se han hecho algunas modificaciones y adiciones en la Red de Servicios Comunitarios de la ciudad de Barcelona (Apéndice A), intentando reflejar parte de la escurridiza —y no siempre racional, comprensible o apropiadamente explicitada— dinámica de cambios técnicos y transferencias administrativas ocurridas en Cataluña.
Esperamos que estas modificaciones sean fructíferas, ayudando a estudiantes, estudiosos y profesionales del campo comunitario desde la perspectiva psicosocial, a avanzar tanto en la comprensión de los retos a afrontar como, sobre todo y a partir de ahí, en la progresión hacia una praxis crecientemente fundamentada, responsable, efectiva y socialmente útil.

Alipio Sánchez Vidal
Barcelona. Mayo 1990.

Presentación

Si "Psicología Comunitaria" y "Salud Mental Comunitaria" son nombres poco familiares para estudiantes y profesionales de la Psicología, ciencias sociales y de la salud, sus contenidos y ámbito teórico y aplicado son aún más desconocidos en nuestro medio estudiantil y profesional.

El estado incipiente de esas disciplinas, su desarrollo pujante pero desigual y la relativa vaguedad e imprecisión de varios de sus conceptos y objetivos centrales ("bienestar social", "calidad de vida", "potenciación y desarrollo humano", etc.), no facilitan en todo caso su definición y la comunicación clara de sus contenidos (entre otras razones adicionales, porque se refieren más a actividades que a conocimientos y teorías).

Escribir por tanto un libro introductorio sobre Psicología Comunitaria es una empresa tan necesaria como atrevida, expuesta a no pocas incertidumbres en cuanto al resultado final. Este libro, acompañante de un curso que ha echado a andar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, intenta cubrir en parte esa necesidad documental básica, tratando de ser útil para los interesados en el campo de sus vertientes teórica o aplicada.

Para dar una idea inicial podríamos decir que la Psicología Comunitaria se refiere al desarrollo integral de las personas a través de su comunidad social (lo que comparten socialmente: Desarraigo, problemas, capacidad de bienestar y desarrollo, etc.) y la Salud Mental Comunitaria, a una de las dimensiones de ese desarrollo, la salud mental.

La Psicología Comunitaria es relativamente joven como disciplina teórica. El nombre de Community Psychology comenzó a usarse en Estados Unidos (EE.UU.) hace 25 años en una conferencia sobre la formación de los psicólogos que —junto con otros profesionales de salud mental— iban a trabajar —o estaban ya trabajando— en la comunidad. Los primeros manuales aparecen en la década de los setenta y los cursos y programas académicos son también bastante recientes.

La praxis comunitaria era, sin embargo, anterior, arrancando después de la Segunda Guerra Mundial del tratamiento de los problemas psiquiátricos y del intento de aplicar la psicología a los problemas psicológicos y sociales del moró mentó. Ante las grandes limitaciones, tanto del tratamiento psiquiátrico —individualizado y centrado en el hospital psiquiátrico— como del modelo médico que lo sustentaba, para resolver los trastornos mentales "clásicos" y ante su inoperancia generalizada frente a las "nuevas" patologías psicosociales, algunos profesionales de salud mental, aliados con ciertos grupos sociales y políticos progresistas, comenzaron a buscar alternativas más eficientes de resolver estos problemas a un nivel global, no individualizado, y de segar las raíces ambientales de esos problemas para prevenir su ocurrencia.

Dada la gran proporción de afectados por los trastornos y su enraizamiento socio-ambiental éstos pasan a ser reconocidos como problemas sociales y no sólo individuales. La desorganización y desconcierto existencial de los individuos ("trastornos de personalidad" o "neurosis") parecen reflejar en buena parte la desorganización, deshumanización y falta de metas de las sociedades en que se formaban.

Al pasar de su feudo institucional, el hospital psiquiátrico —entorno artificial socialmente desarraigante y cronificador— al campo natural de origen del trastorno mental y psicosocial —la comunidad— los profesionales de salud mental, han de modificar notablemente su forma de trabajar y relacionarse cambiando su rol (de experto cuasi-omnniscente), lenguaje y filosofía para hacerlos más igualitarios y humanos, adecuándolos, no a pacientes pasivos y dependientes, sino a personas y grupos potencialmente capaces y activos, cuyas normas y valores (cultura) se han de conocer y respetar en vez de imponerlos desde la ideología profesional y patologizante del modelo médico. Esto requería evidentemente una formación académica distinta —tal y como

refleja la "Conferencia de Boston" citada— y nuevas disciplinas apropiadas a las funciones emergentes del psicólogo.

El entorno de ebullición social de los años 60 —particularmente permeable a las necesidades de cambio y renovación sociocultural— contribuye considerablemente, por otra parte, al desarrollo de la Psicología Comunitaria que también se inscribe dentro de la tradición de la Psicología Aplicada que (Sarason, 1974; Levine, 1981) se origina en buena parte en el intento de ayudar a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial en sus problemas psicológicos, añadiendo a las inquietudes humanitarias y aplicadas de la Psicología Clínica, los intereses de las ciencias sociales.

Psicología Comunitaria y Universidad

Según Sarason (1974), la incorporación de la Psicología Comunitaria (PC) a los curriculos de las universidades norteamericanas encuentra las clásicas resistencias —paralelas a las padecidas previamente por la Psicología Clínica— a la introducción de disciplinas aplicadas e interventivas frente a aquéllas más teóricas o básicas, que tradicionalmente se asumen como la esencia de la ciencia y lo académico.

En nuestro país, la incorporación de la Psicología a la Universidad ha tendido a seguir como norma curricular más el modelo importado (lo que se da en otros países, sobre todo en Estados Unidos) que las demandas y necesidades sociales. Su enseñanza como carrera diferenciada comienza en las universidades de Madrid y Barcelona a finales de la década de los 60 a partir de unos precedentes filosóficos —con aportaciones colaterales biologistas y métrico-experimentalistas— y siguiendo tres áreas de concentración de acuerdo al ámbito donde se iba a aplicar: clínica, escolar e industrial, con la metodología y los procesos básicos como orientación académica residual. La preferencia mayoritaria de los estudiantes era por la opción (que no especialidad ya que éstas no existían como tales) clínica.

A partir de este panorama de los años 70, la reivindicación —y posterior incorporación— de la PC a la enseñanza universitaria se justifica desde las siguientes carencias y constataciones:

1. El claro hueco existente en los currículos de formación clínica en lo referente a las técnicas de intervención alternativas (intervención de crisis, consulta, educación pro-salud mental, paraprofesionales, etc.) y a la organización y planificación global de servicios de salud con criterios poblacionales y comunitarios. Es decir, el contenido clásico de la Salud Mental Comunitaria (SMC). Los modelos clínicos de prestación de servicios de salud (analítico, conductual y humanista) parten del trabajo terapéutico individualizado y directo de eficacia limitada, sobre todo para poblaciones marginadas o económicamente deprivadas. Las terapias familiar o grupal ("dinámica de grupos") son pasos intermedios en la dirección, más globalizante de la prestación de servicios de salud. No deja de ser significativo que, en general, se engloben en las áreas sociales —no en las clínicas— de nuestras universidades.

Dado que el enfoque comunitario es hoy el prevalente —como orientación y sistema organizativo— en las prestación de servicios de salud en general —y de salud mental en particular—, la ausencia de una asignatura de SMC en los currículos clínicos es actualmente injustificable.

2. La prevención del trastorno mental y los problemas psicosociales así como las nuevas demandas sociales (en los países occidentales al menos) de promoción de la salud, bienestar social y calidad de vida. Como temas de estudio científico y como modelos de intervención, estas tendencias trascienden ampliamente los supuestos, métodos de estudio y acción centrados en la patología y el trastorno individual, hacia campos de contenido más psicosocial y ambiental como

la Psicología Comunitaria. Estos desarrollos pueden ser igualmente útiles a cualquiera de las 3 orientaciones clásicas —clínica, escolar, industrial-organizacional— a las que pueden aplicarse desde las áreas psicológico-sociales, constituyendo en sí misma núcleos de una futura Intervención Social en Psicología.

3. El continuo desplazamiento histórico de los sistemas de explicación psicológica en general —y de los referentes al trastorno psicológico en particular— desde modelos intrapsíquicos y personalistas hacia otros cada vez más socio-ambientales —paralelo en buena medida a la dramática multiplicación de problemas psicosociales— en reconocimiento de la importancia —antes casi ignorada— de los determinantes sociales y ambientales en la conducta humana. Los modelos explicativos ecológicos y socio-comunitarios serían el extremo lógico de esta evolución; el psicoanálisis un buen ejemplo del otro extremo y el conductismo un punto intermedio.

Este desplazamiento debería reflejarse —como está sucediendo en parte— en un crecimiento de las áreas y departamentos de Psicología Social en nuestras universidades. (La débil implantación histórica de esos departamentos puede haber sido otro codeterminante de la tardía llegada de la PC a la universidad española.)

La investigación y construcción teórica en este terreno de los determinantes y correlatos socio-ambientales del trastorno psicológico y la conducta humana resultan, pues, esenciales y prioritarios.

4. La necesidad de estudiar seria y sistemáticamente el cambio social y sus efectos psicológicos, una de las metas de la PC. Las resistiencias a incorporar ese estudio —aún relativamente marginal— a las facultades universitarias parece reflejar (además de otras cosas, como la inercia institucional o un concepto estrecho y monolítico del conocimiento) en buena parte el conservadurismo de la psicología académica y la reticencia a examinar los determinantes sociales de la conducta y la disfunción humana, reticencia cada vez más insostenible en un mundo social crecientemente desorganizado en que los individuos son víctimas y portadores —en gran parte— de esa desorganización. Socialmente es más inocuo —y conocido—, sin embargo, cambiar individuos que sistemas sociales.

5. La necesidad de una formación diferenciada en Psicología Comunitaria de los psicólogos que van a trabajar en servicios de orientación o contenido comunitario: "Tercera edad", drogas, problemática familiar, delincuencia, internos carcelarios, marginación urbana, asistencia primaria y rehabilitación en salud mental, etc. Es muy posible que en un futuro muy próximo este abanico asistencial esté, si no lo está ya, entre los que más demanda de profesionales psicológicos absorbe.

La Universidad debe, por tanto, ofrecer formación en este ámbito en que la preparación clínica tradicional es, no sólo insuficiente sino, en ocasiones, nociva. Queja frecuente de los supervisores en estos servicios es que los psicólogos recién salidos de la facultad traten a todo el mundo como pacientes, busquen (¡ya veces generen!) patología donde no la hay o no sepan trabajar sin encasillamientos diagnósticos (con todos los efectos negativos que esto conlleva), una amplia batería de tests psicológicos o una extensa historia personal. Ciertamente que una formación para el trabajo psicológico comunitario o en servicios sociales incluiría además de la PC otros contenidos curriculares de los que se habla más adelante (capítulo 15).

En conjunto, da la impresión de que nuestra universidad ha sido generalmente arrastrada por los problemas y necesidades sociales en vez de preverlos y aportar los medios (formación, debate, evaluación, relación con el entorno, etc.), para producir los cambios o soluciones precisas: Va a rastras del cambio social en vez de generarlo y guiarlo.

A pesar de todas estas rémoras y de su juventud, el movimiento comunitario es relativamente vigoroso en nuestras universidades ofreciéndose actualmente cursos o seminarios

sobre Psicología Comunitaria o materias equivalentes bajo otros nombres (como Psicología Preventiva) al menos en las universidades Complutense y Autónoma de Madrid, del País Vasco, La Laguna, Sevilla, Málaga y Barcelona. Estos cursos se dan en general desde el área de Psicología Social. En la Universidad de Barcelona se ha comenzado a ofrecer un curso anual de Psicología Comunitaria el año 1986-87 tras algunas vicisitudes y acogiéndose al amparo nominal de otras asignaturas ya que la Psicología Comunitaria no existe como tal en el actual plan de estudios.

Aún más recientemente (1990) hemos iniciado desde el departamento de Psicología Social de esta universidad el primer curso de postgrado de Psicología Comunitaria en nuestro país. El curso, de 350 horas totales de duración, está organizado en conexión con el entorno profesional y socio-político circundante, pretendiendo formar profesionales de la intervención comunitaria desde la perspectiva psicosocial. En su diseño actual, consta de 5 módulos autónomos —pero interrelacionados— y secuenciales: Teórico-operativo (marco teórico-conceptual y operativo —evaluación e intervención—); métodos de intervención y trabajo comunitario; marco institucional, organizativo y profesional de la intervención comunitaria; ámbitos de aplicación (salud, salud mental, servicios sociales, justicia, educativo-escolar, trabajo-desempleo y ambiental); discusión de casos y situaciones de intervención. Los 5 módulos se complementan con prácticas supervisadas, organizadas en colaboración con instituciones y organizaciones relevantes e interesadas.

En un futuro inmediato, y una vez asegurada la continuidad del curso a nivel de master, está previsto aumentar su duración a 2 años, ampliándolo en las direcciones de metodología de investigación y evaluación, tutorías y solución de casos individuales y prácticas supervisadas.
La enseñanza universitaria de la PC plantea, por otro lado, no pocos problemas y algunas contradicciones que serán revisadas más adelante (capítulo 15).

Este libro

La mayoría del reducido número de libros de PC o SMC en el mercado son norteamericanos y están escritos en inglés (los de Caplan, 1978 y Zax y Specter, 1979, están traducidos). Existe también una reducida minoría de obras de origen latinoamericano a caballo entre la tradición estadounidense y una propuesta propia, más político-social. Con pocas excepciones (las de Bloom, Rappaport y Caplan), esos libros son poco sistemáticos y explícitos en lo teórico, conteniendo mayormente experiencias y programas de actuación junto a una exposición sobre el origen y filosofía del movimiento comunitario. A veces reflejan, además, visiones parciales del campo desde ideologías psicológicas individualistas (analítica o conductual) que —sin otra apoyatura teórica social o ecológica— resultan insuficientes y deformadoras del campo comunitario en su conjunto.

La parte teórica está, en general, tan poco elaborada que en muchos ni siquiera se define la disciplina (Psicología Comunitaria, Salud Mental Comunitaria) que da nombre al libro o sus conceptos básicos.

Este libro —fruto del trabajo de preparación de la titularidad y del trabajo ligado al curso de PC— intenta remediar en parte ese vacío centrándose en la definición de PC y SMC, así como en sus objetivos y caracteres operativos básicos según las formulaciones más reconocidas y la elaboración propia. También incluye una segunda parte sobre métodos de intervención, en que se describen las estrategias de actuación comunitaria amén de algunos aspectos formativos y organizativos del campo.

Soy consciente de las limitaciones del intento y de que —dado el dinamismo y estado

germinal del campo comunitario y el relativo apremio con que se concibieron algunas de estas páginas— el libro se beneficiará en el futuro de una revisión y mayor reflexión sobre los contenidos así como de ser completado en su parte metodológico-interventiva (lo que se ha intentado en la segunda edición). Espero, sin embargo, haber trasladado a un nivel asequible en estas páginas lo que básicamente sabemos (o creemos saber) sobre el contenido y algunos de los métodos de trabajo de la Psicología Comunitaria como algo diferente de (aunque relacionado con) la clínica tradicional.

Por lo ya dicho, este libro se beneficiaría igualmente del complemento de otro de programas y experiencias interventivas, para formarse una idea más completa del campo comunitario. Las obras de extracción americana ya traducidos (Zax y Specter y —menos— Caplan) pueden ser de cierta utilidad en este empeño. El de Costa y López (1986) tiene la ventaja de relatar experiencias comunitarias españolas y las —no menores— desventajas de su doctrinarismo ideológico conductual y de dedicar excesivo espacio a la salud física y muy poco a la mental y social (problema típico de los enfoques integracionistas de salud: Tratan casi exclusivamente de la salud biofísica relegando casi al olvido la salud mental, sus especificidades y temas básicos).

Este libro está destinado básicamente a estudiantes de psicología; como lectura básica de curso para los de orientación comunitaria y como complemento formativo para el resto (clínica, escolar, social y organizaciones). Podría también ser de interés para estudiosos de campos científicos relacionados (ciencias sociales, educación, medicina y salud en general) o para los practicantes de los campos de salud mental, servicios sociales o trabajo comunitario que busquen una fundamentación o ampliación de horizontes teóricos.

En cuanto a los futuros psicólogos comunitarios, no puede pretenderse que su formación se reduzca a una mera materia o libro con sus correspondientes prácticas en la comunidad sino que, en nuestra opinión, sería preciso un conjunto relativamente coherente de materias, algunas existentes y otras por desarrollar, nucleadas por la PC y reseñadas en el capítulo 15.

Dos notas sobre conceptualización y terminología del presente libro antes de pasar a sus contenidos:

El ámbito de referencia conceptual y más usado es el norteamericano. También se utilizan, no obstante, otros sistemas teóricos o ideológicos. Esto no implica ni que el modelo comunitario sea unitario (que no lo es como se entreverá más adelante) ni que no existan alternativas (a nivel aplicado al menos) más o menos desarrolladas, ni que el norteamericano sea el más válido. Simplemente es el modelo más desarrollado, así como el mejor documentado e investigado.
Existen diversos precedentes y alternativas (como el movimiento antipsiquiátrico europeo, o los sistemas nacionales de salud) entre los que la alternativa comunitaria latinoamericana presenta gran vitalidad y diferencias importantes (base teórica más psicosocial, mayor orientación política con menos énfasis en la salud) a la vez que ciertas comunalidades —no siempre reconocidas— con el movimiento norteamericano. A la Psicología Comunitaria latinoamericana —a veces llamada Psicología Social Comunitaria— le dedicamos el capítulo 6.

No ignoramos, por otro lado, las diferencias socio—culturales que separan a nuestro país de EE.UU. (tampoco se deben ignorar las similitudes como se hace con frecuencia) y que podrían hacer variar objetivos, marcos de referencia o métodos de acción. Son diferencias que en definitiva hay que comprobar —y modificar en base a la experiencia o evidencia de cada comunidad local o nacional— pero ni dar por buenas ni rechazar sin más: No tiene sentido gastar tiempo y energía en reinventar lo que ya otros han inventado o probado.

En cuanto a terminología, intentaré aclarar desde aquí el sentido de los términos "movimiento comunitario", "psicología comunitaria" y "salud mental comunitaria" para que se entienda su uso y significado a lo largo del libro, aunque sea en base a ciertas convenciones, lo

cual no siempre es fácil dado que en la literatura existente tienen significaciones varias no siempre coincidentes. Más adelante se ofrecen no obstante, definiciones más completas de PC y SMC (capítulo 4), así como algunos puntos sobre su relación mutua.

Al hablar de movimiento comunitario nos referimos al movimiento socio-político y al conjunto de valores y creencias subyacentes (democratización igualitarismo, asunción de responsabilidades públicas, humanismo, solidaridad y comunidad), que busca producir determinadas transformaciones sociales, especialmente en el campo de prestación de servicios de salud y sociales.

Salud Mental Comunitaria es la plasmación (y resultado) terminológico de ese movimiento en el campo de la salud mental. El nombre se refiere a la salud mental como perteneciente al conjunto de la comunidad (la población) para distinguirla de la salud mental como atributo individual. Es básicamente una praxis interventiva y organizativa con una filosofía social (y semi-profesional) subyacente —la del movimiento comunitario—, constando de dos partes: 1) Organización y prestación de servicios de salud mental con criterios sociales y poblacionales; 2) prevención del trastorno mental. También nos referimos por SMC a la disciplina teórico-organizativa que fundamenta esas aplicaciones interventivas.

La Psicología Comunitaria (o de la Comunidad) comporta la filosofía y varios de los métodos de la SMC, pero la trasciende en cuanto a sus objetivos y ámbitos de actuación (desarrollo y bienestar colectivo —no sólo salud mental— desde la psicología), centrándose en el cambio y potenciación social en sentido comunitario —frente a la reorganización de servicios y la prevención de la SC— y pretendiendo alcanzar un mayor contenido teórico —junto al interventivo— que aquélla.

Dadas sin embargo las comunalidades de las disciplinas comunitarias frente a otras disciplinas y métodos interventivos, en el término Psicología Comunitaria incluimos también, cuando se usa genéricamente, a la SMC a menos que se indique lo contrario, en cuyo caso estamos usando el término en el sentido más restringido ya mentado.

Una de las razones para usar aquí el término Psicología Comunitaria es que incluye la palabra Psicología, lo que implica que se intenta ver —y aplicar— lo que la psicología y los psicólogos pueden aportar al desarrollo humano a través de la comunidad en tanto que en la Salud Mental Comunitaria las aportaciones pueden provenir de otros muchos campos (lo cual presenta —al menos sobre el papel— la ventaja de la pluridisciplinariedad). Aquí se trata —sin excluir otras aportaciones— de indagar la aportación específica de la Psicología a la teoría y praxis comunitaria.

Contenidos

En su vertiente expositiva, el libro se divide en tres partes. La primera se centra en el concepto y ámbito teórico de la Psicología Comunitaria; la segunda, en sus fundamentos o bases operativas —intermedias entre lo conceptual y lo interventivo—: Evaluación e intervención. La tercera parte se ocupa del ámbito aplicado o interventivo: Métodos de intervención y roles implicados.

I. Concepto y Ámbito Teórico. Esta parte recoge los aspectos conceptales que definen teórica, histórica e interventivamente la Psicología Comunitaria y su ámbito disciplinar. El capítulo 1 se centra en el origen, justificación y estatus actual de la PC y el movimiento comunitario. Los capítulos 2 y 3 describen los dos pilares conceptuales de PC y SMC: (La) comunidad—sujeto y objeto de la intervención— y la salud mental positiva —uno de sus posibles objetivos—. El capítulo 4 —central en esta parte— se ocupa de definir y caracterizar teórica y operativamente la

Psicología Comunitaria, recogiendo las formulaciones más sobresalientes de la literatura y haciendo una amplia propuesta propia (4.7) de definición. También incluye una breve definición de la SMC y de sus relaciones con el campo más amplio de la PC.

Los dos capítulos restantes (5 y 6) recogen aspectos complementarios de la PC. El 5 sistematiza los conceptos y modelos teóricos y operativos del campo, describiendo brevemente los conceptos de estrés psicosocial, apoyo social, competencia, empowerment y los modelos de los suministros de Caplan y del cambio sistémico-social. El capítulo 6 describe la Psicología Comunitaria en América Latina con especial énfasis en Puerto Rico.

II. Bases Operativas. Esta parte se ocupa de 2 procedimientos básicos a cualquier actuación comunitaria concreta: Evaluación e intervención. Como tales, han sido desglosados de las otras dos partes, al situarse entre la parte teórica general (I) y los métodos o estrategias específicas de intervención (III). La evaluación precede a la intervención al ser la fase inicial del proceso interventivo; podría haberse invertido el orden. El capítulo 7, define y describe la evaluación comunitaria —sistematizada bajo las rúbricas de evaluación de necesidades y programas— ilustrando ambas modalidades con algunos procedimientos y estrategias relevantes. También explícita las importantes implicaciones epistemológicas, valorativas y relaciónales de la evaluación en PC.

El capítulo 8, describe el concepto (substantivo y diferencial respecto a acción psicológica e intervención social) de intervención comunitaria y algunos elementos básicos de ella (como la participación), su desarrollo procesal y la clasificación o visión panorámica de las estrategias o metodologías de intervención comunitaria desde dos puntos de vista: Nivel de la intervención y función u objetivo perseguido. Su contenido es complementado con una referencia breve a la estrategia de organización comunitaria. Métodos de Intervención. Se recogen aquí—sin pretensión de exhaustividad— algunas de las estrategias y métodos básicos de actuación comunitaria, incluyendo las más técnicas —"desde arriba"— como prevención, intervención de crisis o desarrollo de comunidad, así como las más auto-gestivas —"desde abajo"— como auto-ayuda o acción social. Estas estrategias son: Prevención (cap. 9); intervención de crisis y terapia breve (cap. 10); consulta (cap. 11); comunidad terapéutica (cap. 12); ayuda mutua (auto-ayuda; cap. 13); y desarrollo de comunidad y acción social urbana (can 14).

El capítulo 15 se ocupa del polémico tema del rol del psicólogo comunitario —planteado a partir de sus características diferenciales respecto del clínico—, componentes funcionales básicos y, finalmente, de la formación del psicólogo comunitario y el trabajo multidisciplinar.

Un par de puntos adicionales antes de referirnos a la parte documental del libro (los Apéndices). Primera, en un volumen como este, relativamente grueso, ¿por dónde comenzar la lectura para hacerse una idea global y/o sucinta del tema? Naturalmente, depende del tipo de lector y los intereses que le acercan al libro. En general, puede comenzarse por el punto 4.7 (capítulo 4) que propone una definición amplia y estructurada de la Psicología Comunitaria; el capítulo 1, introductorio, da una visión general más digerible pero menos precisa. A partir de ahí, el resto de capítulos de la parte I aportan los conocimientos teóricos (para el lector más interesado en aspectos generales o sociales) y la parte III los conocimientos más técnicos (para el profesional o el lector más específicamente orientado).

Segundo, referencias. Las de la primera parte se recogen (excepto en el capítulo 6) conjuntamente al final del libro. Esas referencias pretenden ser, además, una bibliografía general —aunque limitada— del campo. El resto de capítulos (partes II y III y capítulo 6 de la I) lleva sus propias referencias al final de cada uno de ellos.

Finalmente, los Apéndices. El A, se ocupa de la estructura básica de la red de prestación de servicios comunitarios en la ciudad de Barcelona dentro del contexto organizativo de la

Comunidad Autónoma de Cataluña (en la que coexisten 3 niveles administrativos diferentes). El B, lista —sin afán de exhaustividad— los recursos documentales y de servicios (profesionales, de intercambio, etc.), a nivel internacional (mayormente norteamericanos) y también algunos españoles. El C, está constituido por una bibliografía básica (separando aquellas obras en inglés y en castellano) ordenada cronológicamente.

Destaquemos, en este contexto, las aportaciones de Eduardo Rivera e Irma Serrano, Josep Ma Rueda y Miguel A. Soria, —y las ya citadas de Joan A. Sales y Frederic Boix— sobre la Psicología de Comunidad en América Latina (capítulo 6), desarrollo de comunidad y acción social (capítulo 14), la red de servicios comunitarios en Cataluña (Apéndice A) y comunidad terapéutica (capítulo 12) respectivamente, que amplían y profundizan considerablemente el contenido del libro, en su parte interventiva especialmente.

No podemos concluir esta "Presentación" sin dejar de expresar algunos —que no todos, ciertamente— reconocimientos; comenzando con Federico Munné por su contribución y apoyo al desarrollo de este libro y del curso de Psicología Comunitaria y siguiendo por los estudiantes de la Facultad de Psicología de esta Universidad y sus representantes por su, no menos importante, impulso y apoyo al proyecto comunitario. Finalmente, a Natalia Calvo, Mercedes Sanchís y Natalia Casagás por su esfuerzo de transcripción mecanográfica.

Alipio Sánchez Vidal
Barcelona, julio, 1988; y mayo, 1990.

Capítulo 1
Origen, justificación y estatus actual

"Seguramente la característica más destacada del pensamiento contemporáneo sobre el hombre y la sociedad es la preocupación por la alienación personal y la desintegración cultural. Los temores de los conservadores del siglo XIX sobre el individualismo, secularización y dislocación social crecientes se han convertido, en un grado extraordinario, en las intuiciones e hipótesis de los estudios actuales del hombre en sociedad. La creciente preocupación por la inseguridad y desintegración va acompañada por una profunda estimación de los valores de estatus, pertenencia y comunidad" (Robert Nisbet, The Quest for Community, 1953, pág. VH).

La mayoría de los libros sobre Psicología Comunitaria suelen comenzar con una introducción histórica del movimiento comunitario (el movimiento de Salud Mental Comunitaria norteamericano para ser más precisos). Esto es comprensible por dos razones. Primera: En toda disciplina poco desarrollada o formalizada teóricamente su definición e identificación se puede hacer más correctamente desde las dimensiones implícitas (historia, ideología subyacente, intenciones, etc.), que desde las explícitas y sistemáticas (contenidos teóricos y metodológicos) aún balbuceantes y pobres. Segunda: Al ser Psicología Comunitaria y Salud Mental Comunitaria materias fundamentalmente interventivas y estar formadas por programas de acción —más que por un conjunto de conocimientos— es relativamente más fácil captarlas a través de la narración histórica de hechos que de una conceptual y teórica.

En este capítulo introductorio seguimos esa tradición intentando perfilar las causas (el "porqué") y el origen histórico y social (del "dónde" y "de qué") del movimiento comunitario, en el entendimiento de que esa forma de proceder proporciona una buena aproximación conceptual y causal a la Psicología Comunitaria siempre que se trasciendan los datos geográficos e históricos concretos (Estados Unidos y la década de 1960-70) hacia los factores y causas subyacentes y generalizables —o no— a otros países o culturas. Esta contextualización diacrónico-social se complementa en los capítulos que siguen con descripciones más formalizadas y sistemáticas.

Entendemos, por otro lado, que explicación causal-histórica (raíces sociales e históricas) y justificación y legitimación social están íntimamente relacionadas. En otras palabras: Los hechos o razones que determinan el advenimiento del movimiento y disciplinas comunitarias no sólo explican su aparición y desarrollo sino que —en general— los justifican socialmente.

Por esa razón ambos temas van aparejados en este capítulo. Este capítulo contiene —aparte de esa justificación y análisis causal genérico del movimiento comunitario— otras dimensiones definitorias implícitas de la Psicología Comunitaria: El origen histórico-social más inmediato en el contexto de la Salud Mental; un intento de desvelar algunas de sus asunciones ideológico-valorativas, y un examen de su estatus actual y las perspectivas desde el horizonte de la experiencia acumulada en los dos decenios y medio de vida del movimiento comunitario.

1.1 Justificación y causas del movimiento comunitario

En el desarrollo de las disciplinas comunitarias convergen los intereses teórico-aplicados de las ciencias sociales y la praxis de las profesiones centradas en la Salud Mental (Psicología, Psiquiatría). Sus orígenes y justificación reciben por tanto aportaciones de esas dos vertientes, la social y la psicológica.

Independientemente del contexto histórico más concreto —que se examina más adelante—podríamos distinguir seis líneas originadoras y justificativas del movimiento comunitario: 1) La perspectiva —u origen_ sociológica: La desintegración social; 2) aplicación

de la psicología y las ciencias sociales; 3) la responsabilidad de los profesionales y científicos psicosociales; 4) interés científico por el cambio social y efectos psicológicos de las estructuras sociales; 5) trastorno mental y prevención; y 6) la dimensión o perspectiva psicológica, "sentido psicológico de comunidad" en expresión de Sarason. Veamos brevemente cada uno de ellos.

1) Origen o perspectiva sociológica: Desintegración social. Las palabras de Robert Nisbet (1953) que preludian este capítulo resumen certeramente un "diagnóstico" un tanto sombrío de las sociedades (occidentales) en que coinciden numerosos observadores y analistas de la escena sociocultural contemporánea.

Ese "diagnóstico" subraya un problema social, básico para entender la emergencia y significado del movimiento comunitario: La alarmante desintegración social y la degradación gradual de la función y el sentido de las comunidades y grupos sociales intermedios y primarios (familia, vecindario y comunidad local, redes religiosas, etc.), que tan fundamental papel desempeñan en la conexión del individuo al cuerpo social y en el mantenimiento de un sentido de identidad, mutualidad, apoyo y pertenencia social de los individuos.

Nisbet señala como causas inmediatas la creciente pérdida de funciones de los grupos sociales primarios (frente a las asociaciones "interesadas" o instrumentales) y la consecuente irrelevancia social y funcional de las interacciones sociales primarias en relación con las metas políticas y económicas globales de los sistemas sociales modernos. Cualesquiera que sean las causas (nada irrelevantes de cara a una intervención social efectiva) de esos desafortunados fenómenos sociales, lo que sí resulta claro son sus consecuencias y efectos psicológicos, repetidamente denunciados en la literatura actual: Individualismo extremo (particularmente la cultura estadounidense que basa —¡no lo olvidemos!— el análisis de Nisbet); desarraigo y desamparo vital y social; anonimidad; soledad y anomia; alienación y ausencia de sentimientos de reciprocidad, mutualidad y pertenencia social. Resumiendo, pérdida de lo que Sarason (1974) certeramente ha llamado "sentido psicológico de comunidad", definido en la sección siguiente de este capítulo, precisamente como la dimensión psicológica fundante de la Psicología Comunitaria.

Aunque desde una perspectiva más psicosocial, Sarason coincide con el análisis de Nisbet en señalar a la disolución de las redes de apoyo, integración e interdependencia social como la fuerza social más destructiva de las sociedades occidentales avanzadas. Ciertos fenómenos psicosociales observables son un buen indicador —e ilustración— de estas tendencias a la disolución social. Por un lado, clínicos y psicopatólogos certifican la presencia creciente de trastornos depresivos y existenciales relacionados con los efectos psicosociales mencionados (anemia, soledad, desarraigo, etc.). Desde varios frentes (ver, por ejemplo, el manual de Psicopatología de Davison y Neale, 1978) se ha propuesto una nueva categoría diagnóstica —la "neurosis existencial"— para este tipo de problemas. La multiplicación de grupos de encuentro, crecimiento y sensibilización; retiros, granjas rurales y sectas, parecen ser igualmente formas espontáneas de búsqueda del sentido de comunidad psicológica y pertenencia social perdidos.

Tampoco parece casual —ni mucho menos— que el problema psicológico que centra el esfuerzo de investigadores e innovadores en el campo psicoterapéutico actual (cognitivistas y terapias interpersonales), sea la depresión frente a los problemas del grupo de la ansiedad que fueron la "estrella" de los últimos dos decenios, como objeto de las terapias conductuales.

La relación de la Psicología Comunitaria con estos fenómenos (y su justificación desde ellos) es bastante palmaria: Para Sarason, la Psicología Comunitaria tendría precisamente por objetivo central la reconstrucción del sentido psicológico de comunidad perdido. En general, la Psicología Comunitaria podría ser vista como una respuesta desde ciertos sectores sociales y profesionales a las demandas sociales descritas, representando, desde este punto de vista, un

proceso de legitimación o consolidación institucional (y como tal, también científica) de esos intentos espontáneos de reconstrucción comunitaria y "rehumanización" de unas formas de vida y relación (las de las sociedades contemporáneas) excesivamente deshumanizadas y psicológicamente destructivas.

También Murray Levine (1981) —otro destacado psicólogo comunitario— atribuye un significado y meta esencialmente similar al descrito en su libro básico sobre las raíces históricas y sociales del movimiento de Salud Mental Comunitaria, The history and politics of community mental health.

Otro hecho que apoya esta dimensión sociológica —y el papel— del movimiento comunitario, es la ubicación temporal y geográfico—cultural de su nacimiento y desarrollo. En efecto; La Psicología Comunitaria se origina en EE.UU. en la década de los 60, momento histórico de gran turbulencia y –al menos en EE.UU.- de riesgo de desintegración social, cultural, e intergeneracional (o de percepción de tales riesgos), a la vez que de renovación y búsqueda de alternativas socio-políticas.

El movimiento y disciplinas comunitarias son, en este sentido, uno de los frentes de respuesta y renovación social ante esos riesgos de ruptura y desintegración, representando —en buena parte— un movimiento de regeneración y reconstrucción social (a la vez que de renovación en la prestación de servicio de salud mental). Las fluctuaciones históricas posteriores a su nacimiento en los sesenta y el paralelismo en la evolución de ciertos aspectos del movimiento comunitario (sobre todo la "crisis" y relativa desaceleración del ímpetu renovador inicial registrado desde la década de los setenta, concomitante con la extensión del conservadurismo político y social en gran parte de Occidente) parecen avalar esta tesis. También el país y medio cultural de originación de la Psicología Comunitaria son indicativos de su significado (especialmente visibles para los observadores exteriores a la cultura norteamericana): EE.UU. es un medio cultural en que las tendencias sociales y políticas indicadas (individualismo, desarraigo, falta de solidaridad, etcétera), son extremas. En el terreno de la salud, por ejemplo, el sistema de atención funciona según el modelo de iniciativa privada y libre elección individualizada, sin un sistema público o seguridad social global de atención a la población como los existentes en la mayoría de países europeos. No es pues de extrañar que fuera allí donde surgen las reacciones hacia el cambio social global y la modificación del sistema de prestación de servicios.

La situación no es la misma en otros países, como el nuestro —aunque operen algunas de las poderosas tendencias allí detectadas— y sería un error dar por buenos y necesarios sin más todos los presupuestos, ideas y prácticas generadas desde aquel medio cultural. Sería ilógico, en este sentido, que la Psicología Comunitaria se hubiera originado en un país con un sistema político más efectivamente solidario (como los socialistas) o en una cultura donde los lazos y redes sociales primarios y tradicionales son robustos, al no haber resultado afectados por procesos de industrialización y desarrollo tecnológico (de corte occidental, se entiende).

2) Aplicación de la Psicología y las Ciencias Sociales. Otra vertiente justificadora de lo comunitario proviene del gran desarrollo adquirido por la Psicología Aplicada tras la Segunda Guerra Mundial y de su evolución cada vez más generalista (versus especialista), pluridisciplinar y social. La conciencia del potencial de aplicación de la Psicología y Ciencias Sociales, unida a la asunción de responsabilidades por parte de los científicos sociales ante ciertas transformaciones sociales contemporáneas, han dado como resultado un creciente intervencionismo psicosocial, del que el movimiento comunitario —y sus contrapartidas académicas— son indudablemente ilustración paradigmática. Anastasi (1979) refiere que en EE.UU., en la actualidad, al menos la mitad de los miembros de la Asociación Americana de Psicología (APA) se ocupa en actividades

aplicadas frente a la situación de la primera mitad del siglo en que la mayoría de psicólogos se dedicaba a la investigación o la enseñanza. (Claro es que la situación española es marcadamente diferente en ese aspecto aunque, dado el papel normativo que suele tener la cultura científica norteamericana, podemos proyectar, con algunas variantes e incertidumbres, las mismas tendencias en la evolución de las ciencias sociales en nuestro medio cultural.)

El número de programas de formación en Psicología Aplicada —no básica o científica— está registrando igualmente un crecimiento impresionante en ese país. La Psicología Aplicada, que se origina y desarrolla en buena parte como respuesta a la demanda de atención clínica de los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, se ha ido diversificando y adquiriendo un tono más generalista y comunalizador a partir de las especialidades —o ámbitos de intervención— clásicas: Escuelas, clínicas y hospitales e industrias. Este tono crecientemente generalista está siendo reflejado tanto en la praxis como en los programas de formación, que cuestionan cada vez más el modelo unitario de formación del científico-practicante definido en la Conferencia de Boulder (1949).

Recientemente, en una sección dedicada al cambio en la educación de nivel graduado en Psicología por el American Psychologist, un grupo de expertos (Fox, Kovacs y Graham, 1985) ha propuesto una reforma en la formación de psicólogos aplicados como generalistas con una titulación y secuencia educativa propia, autónoma y diferente de la formación científica básica universitaria que comprende (en un primer nivel) los conocimientos básicos a todas las disciplinas aplicadas y una especialización posterior en Centros de Servicios Psicológicos Integrados, frente a los centros especialistas (y ligados a dependencias jerárquicos y funcionales no psicológicas) tradicionales: Hospitales, escuelas, etc.

El tinte progresivamente más globalizador y social de la Psicología Aplicada parece un claro reconocimiento de la importancia de los factores sociales tanto en la originación y explicación (hoy inexorablemente reconocida como multicausal, no unicasual) de los problemas a resolver, como en su solución. Las disciplinas psicosociales se han ido incorporando, en consecuencia, al campo psicológico aplicado jugando en él un papel de creciente importancia.

Por un lado, los modelos teóricos y asuntivos de comprensión psicológica han experimentado un marcado cambio desde lo personal e intrapsíquico (representado por el psicoanálisis en lo conceptual y el modelo clínico en lo interventivo) hacia perspectivas más globales y ecológicas que incluyen, junto a los factores individuales, los sociales y del entorno. El auge del conductismo, y su decantación cada vez más social —teorías del "aprendizaje social"— serían un hito significativo en esa dirección. Los ámbitos —y formas— clásicas de intervención psicológica se han ampliado, por otro lado, notablemente para incluir —al menos como proyecto— los sistemas y comunidades sociales junto a clínicas, industrias y escuelas.

Las disciplinas comunitarias representarían, por un lado y desde esa perspectiva, el extremo del arco interventivo psicológico al intentar la aplicación de la Psicología —sus conocimientos o técnicas— para la promoción integral de las comunidades sociales y del bienestar de sus miembros. Por otro lado, resultarían ejemplares o cuasi-paradigmáticos respecto de la evolución "socializante" de la Psicología Aplicada al haberse originado en —y desde— la Psicología Clínica (como SMC) adquiriendo después una orientación gradualmente más social y globalizadora.

3) Responsabilidad e Intervencionismo Psicosocial. Otro factor determinante del desarrollo de la PC, estrechamente ligado al anterior, es la asunción por parte de los científicos sociales de su responsabilidad social en relación con los problemas de su contexto histórico y geográfico así como el vigoroso cuestionamiento de la neutralidad valorativa —y objetividad absoluta— de las ciencias (y de los científicos), sobre todo en su vertiente más social y aplicada.

Estas tendencias se agudizan en los años sesenta, tanto como consecuencia de los problemas de desintegración social, como debido al clima de cambio social existente, siendo subrayadas desde distintos ángulos y perspectivas por analistas sociales críticos como Lynd, Gouidner, Wright Milis, Gergen o Sarason. Para éstos, gran parte de la ciencia social contemporánea con su culto excesivo y monolítico a la metodología experimental, y con su resistencia a la acción e involucramiento social —por temor a la "contaminación" académica por el mundo exterior— "ha sumergido las grandes cuestiones sociales en un mar de metodología".

El científico difícilmente puede ya limitarse a observar distanciadamente desde su "torre de marfil" académica el acontecer externo o someterlo al análisis experimental aséptico en el laboratorio. Por dos tipos de razones: Científicas y éticas. Científicas: Variables y procesos contextúales y sociales no son apenas considerados en el proceso de investigación experimental al uso; la distinción entre validez interna y externa se hace irrelevante y borrosa, sin embargo, cuando las variables "contextúales" tienen un papel causal tan importante como las otras, las "experimentales".

Razones éticas: No se pueden ignorar los valores y asunciones implicados en la postura de distanciamiento y no intervención. La actitud de pureza académica y de "no contaminación por el mundo real" resulta muy difícil de sostener ante la evidencia y el calibre de los problemas de trastorno psicológico y desorganización social patéticamente manifiestos en nuestros días, especialmente cuándo —y dónde— otros problemas más supervivenciales ya han sido prácticamente solventados. Como dijo alguien: No es preciso buscar los problemas, basta con abrir los ojos a la realidad, pues están "gritando" su presencia desde ella.

En esta línea de pensamiento la PC representaría la postura extrema del intervencionismo psicosocial como asunción por parte de los psicólogos de sus responsabilidades sociales y llevando a sus últimas consecuencias la aplicación de la Psicología a los contextos sociales, especialmente en sus dimensiones comunitarias y en su impacto sobre la totalidad de sus miembros y no de algunos privilegiados. Si el psicólogo -la Psicología- sabe algo que puede ser útil para prevenir el trastorno mental o los problemas sociales y promocionar psicosocialmente a los individuos, debe intentar aplicarlo y verificar sus resultados. Si no lo sabe, debe estudiarlo para construir la base científica de la intervención posterior. Éstos son precisamente, en nuestra opinión, los objetivos —y base justificadora— de la PC.

4) Estudio científico del cambio social y los efectos psicológicos de los sistemas sociales. De lo dicho algo más arriba arranca la cuarta -y probablemente más poderosa- justificación de las materias comunitarias- La pertinencia y necesidad de una disciplina científica básica que, por un lado fundamente, guíe —y recoja el resultado de- la praxis comunitaria y por otro, investigue sistemáticamente la relación de las variables y procesos del entorno social y biofísico con el trastorno y el bienestar de los individuos así como los efectos e interacciones mutuas de individuos y entornos sociales a diversos niveles sistémicos.

Las relaciones e interacciones entre individuos y sistemas sociales son indudablemente válidos y científicamente relevantes por sí mismas y sólo las restricciones y sesgos valorativos y asuntivos, excesivamente intrapsíquicos e individualistas, de la tradición clínica y académica ha impedido hasta bien recientemente su estudio y consideración plena, al margen, incluso, de sus aplicaciones psicosociales.

La necesidad de una ciencia "básica" que fundamente la intervención comunitaria, queda bien patentizada por el enorme desequilibrio observado en los manuales —y literatura en general— de la materia entre el contenido (y ampulosidad) de introducciones y declaraciones de intenciones iniciales por un lado, y las concreciones reales de la intervención, reducidos casi siempre a catálogos de "programas" y experiencias específicos sin apenas guías o normas teóricas

respecto a su realización, por otro.

El desarrollo de un cuerpo teórico (y de su correspondiente investigación empírica) que fundamente y guíe la intervención es, por otro lado un elemento sine qua non en una disciplina como la PC, en que la acción ha sido siempre por delante de la teoría, si se quiere evitar que el crudo empirismo y la mera intuición sean las únicas guías de la acción y que las expectativas de cambio y potenciación humana se vean defraudadas dejando tras de sí una estela de experimentos sociales mediocres o logros aislados.

Las enseñanzas extraíbles, en ese sentido, de los interesantes experimentos de desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos y de sus —muchas veces inesperados— efectos sistémicos (Levine, 1981) son un ejemplo de la necesidad de conocer tanto los sistemas sociales como las leyes del cambio social, que parecen diferir notablemente en cualidad y complejidad de los cambios terapéuticos individuales. El estrepitoso fracaso del proyecto educativo de los Cumming (Cumming y Cumming, 1957) o los fiascos de los proyectos de Cambridge-Somerville sobre la prevención de la psicopatología en jóvenes o del proyecto de prevención de la delincuencia (Proyecto del Área de Chicago) son ejemplos que no deberían repetirse por falta de fundamentación teórico-evidencial.

El desarrollo de áreas teóricas o evaluativas de la PC como la evaluación de programas, la teoría del estrés psicosocial, del apoyo social, y la formulación de una teoría del cambio social son, desde esta perspectiva, tareas centrales y prioritarias de una futura ciencia comunitaria.

5) Trastorno mental y prevención. Otra vertiente justificativa de la existencia y formalización disciplinar de lo comunitario es el problema del trastorno mental y la constancia acumulada de que —al igual que en medicina respecto a las enfermedades infecciosas del siglo pasado— es prácticamente imposible eliminarlo por la reparación terapéutica reactiva, debiendo recurrirse a la prevención a nivel poblacional y social.

Debe quedar claro, sin embargo, que a estas alturas del siglo XX la eficacia de la psicoterapia ha sido ya razonablemente bien establecida, en contra de los tradicionales alegatos que afirmaban lo contrario —basados en el ambiguo y mediocre estudio de Eysenck, 1952— reclamando sistemas de prestación de servicios alternativos. Esto puede colegirse tanto de los análisis y "metaanálisis" más recientes y completos (Smith, Glass y Miller, 1980); American Psychiatric Association, 1984; Garfield, 1984) como de la demostrada potencia de los nuevos paquetes terapéuticos (cognitivos, interpersonales) en el tratamiento de problemas psicológicos relevantes y de alta prevalencia, como la depresión.

Si bien el oscuro mito de la ineficacia de la psicoterapia ha. sido desmontado siendo hoy insostenible (lo cual, por cierto, marca otra diferencia sustancial con el campo de la salud general donde se habla de un declive de la eficacia terapéutica —"crisis mundial de la salud"— que apenas tiene nada que ver con el de la salud mental, en que la tendencia de la eficacia interventiva es ascendente) sí es cierto que la psicoterapia parece por sí sola (y contando con el número de profesionales preparados para su práctica) dramáticamente insuficiente para atender a ese 20 de la población que según encuestas epidemiológicas bien documentadas (capítulo 9) necesitan asistencia por problemas psiquiátricos más o menos convencionales.

Otros autores, como Albee (1984) han magnificado la extensión e importancia del problema del trastorno mental, pintando un cuadro casi dantesco (y probablemente exagerado, en opinión de otros expertos como Levy, 1983) en el que a ese 20 habría que añadir otro porcentaje similar correspendiente a problemas psicosociales —no siempre incluidos en los primeros— o a poblaciones usualmente infraservidas: Alcoholismo, retraso mental, emigración, problemas de aprendizaje escolar, etc. Las predicciones de Kramer (1981) hablan de un aumento "pandémico" del desorden mental en el mundo en las próximas décadas, justificando —como otros muchos

expertos— la urgencia de potenciar y priorizar la prevención e investigación relacionada, única forma de atajar ese crecimiento.

La prevención del trastorno psicológico es —junto al de otros problemas más directamente sociales de nuestros días como drogas, delincuencia, violencia urbana y familiar, prostitución, marginación, etc.—, tarea central de las disciplinas comunitarias. La necesidad de una orientación preventiva y comunitaria de la atención de salud mental ha sido recogida "oficialmente" por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1978, 1981a) así como la especial consideración de los factores sociales en relación con esa salud mental y con su potenciación.

Falta por considerar el sexto elemento originario y justificador de la PC, la dimensión psicológica implícita en el concepto de Sarason de "sentido psicológico de comunidad". Dado el interés y relevancia del concepto para la PC lo consideramos en una sección aparte.

1.2 Sentido psicológico de comunidad

Aunque Sarason (1974) no ofrece una definición precisa del concepto (psychological sense of community), su significado se puede destilar comprensiblemente a partir del contexto y descripciones contenidos en su libro.

Para el autor la pérdida de ese sentido psicológico de comunidad (ya mencionado en conexión con sus orígenes sociológicos: disolución de redes y sistemas de apoyo, integración e interdependencia social) sería la fuerza psicológicamente más destructiva y el problema social más importante en las sociedades occidentales modernas. La recuperación y reconstrucción de ese sentido psicológico de comunidad constituiría el objetivo central del quehacer comunitario.

Según el autor, el sentido (o sentimiento) psicológico de comunidad es "el sentimiento de que uno es parte de una red de relaciones de apoyo mutuo en que se podría confiar y como resultado del cual no experimenta sentimientos permanentes de soledad que lo impulsan a actuar o a adoptar un estilo de vida que enmascara la ansiedad y predispone a una angustia posterior más destructiva" (p. 1). "El sentimiento de que uno pertenece a, y forma parte significativa de, una colectividad mayor...; de que, aunque pueda haber conflicto entre las necesidades del individuo y la colectividad..., ese debe ser resuelto de forma que no se destruya el sentido psicológico de comunidad" (p. 41).

Los componentes básicos del sentido psicológico de comunidad serían los siguientes (p. 157):

1. Percepción de la similitud de cada individuo con otras personas.
2. interdependencia mutua entre miembros del grupo social en que se da.
3. Voluntad de mantener esa interdependencia, dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos (reciprocidad conductual basada en las expectativas interactivas generadas).
4. Sentimiento de formar parte de una estructura social mayor estable y fiable (sentido de pertenencia o integración social).

Este sentimiento satisface, según el autor, las necesidades de intimidad, diversidad, pertenencia y utilidad como ser humano (y social) y se opone a (o diluye) los sentimientos de alienación, anomía, aislamiento y soledad. Sarason precisa que los sentimientos resultantes —mutualidad, interdependencia y pertenencia— varían de acuerdo al número de personas con las que uno tiene cercanía afectiva y geográfica, así como con la fuerza de las relaciones establecidas. No sería pues una simple cuestión del número de contactos o intercambios en que se dan y se reciben "bienes" afectivos y sociales, sino la voluntad de alterar la permeabilidad de la frontera del mundo privado ante otras personas y el sentimiento de que uno es valorado por lo que es — como persona— y no por lo que hace.

El sentimiento psicológico de comunidad es, en nuestra opinión, un ingrediente esencial en cualquier definición comprensiva de la Psicología Comunitaria, al representar conceptualmente el punto de encuentro, o nexo de unión, entre lo individual y lo colectivo o social, precisamente el campo propio de la Psicología Comunitaria (y de la Psicología Social), que podría definirse en términos amplios como centrada en las implicaciones individuales del funcionamiento y la estructura social.

Sarason no pierde de vista, sin embargo, la conexión social de ese sentimiento psicológico. Conservando una perspectiva social más global, señala que es precisamente en la sociedad mayor, en la desintegración de las comunidades sociales contemporáneas, dónde se origina la destrucción del sentimiento psicológico de comunidad. Esa destrucción sería un problema capital de las sociedades industriales contemporáneas y su reconstrucción la clave del desarrollo de la PC.

Recientemente el interés por el constructo de Sarason se ha reavivado considerablemente, habiéndose generado toda una serie de trabajos teóricos y empíricos que buscan perfilar la formulación inicial del sentido psicológico de comunidad (o sentido de comunidad, para otros) y establecer sus relaciones con fenómenos teóricos e interventivos relevantes de la Psicología Comunitaria (McMillan y Chavis, 1986; Newbrough y Chavis, 1986a y 1986b; Chavis y Wandersman, 1990; Heller, 1990b; Florín y Wandersman, McMillan y Chavis (1986; también, Heller, 1990b) han abordado la definición y construcción teórica del "sentido de comunidad", intentando especificar desde ahí las condiciones bajo las que ese sentido comunidad se desarrollaría entre los miembros de un grupo humano. Esas condiciones incluirían: Una historia común, compartir experiencias comunes, desarrollo de relaciones emocionales entre las personas y una pertenencia al grupo que conlleve el reconocimiento de una identidad y destino comunes para los miembros del grupo (Condiciones equivalentes a las apuntadas por la literatura sociológica y psicosocial sobre la comunidad revisada en el capítulo 2). Newbrough y Chavis, por su parte, han compilado un amplio catálogo de artículos de "teoría y conceptos" sobre el sentido psicológico de comunidad (1986a) así como sobre la "investigación y aplicaciones" generadas en torno a él (1986b).

Chavis y Wandersman (1990) han propuesto, y evidenciado empíricamente, que el sentido de comunidad funciona como un catalizador para la participación en las diversas modalidades de transformación comunitaria del entorno urbano (desarrollo comunitario, construcción de comunidad y organización comunitaria) a través de su influencia en los 3 componentes psicosociales básicos de esa participación; a saber: Percepción del entorno relaciones sociales de la persona y percepción del control y empowerment (ver 5.5) en la propia comunidad.

Heller (1990b), finalmente, ha resumido diversas propuestas sobre condiciones que limitan la acción social común en los grupos humanos y que habría, por tanto, que superponer al propio sentido de comunidad y condiciones ya mencionadas como "facilitadoras" de la actuación social concertada. Esas condiciones incluirían: 1) Normatividad social del problema o evento (grado en que afecta al conjunto de la población o sólo a un segmento). Cuanto más normativo sea el evento (la "inseguridad ciudadana", por ejemplo) más probable es que se produzca la acción común, que será más improbable en problemas delimitados a espacios o colectivos sociales específicos (la viudedad, el paro o el cáncer); 2) nivel de habilidades personales y recursos sociales precisos para la acción social efectiva; cuanto mayor sea ese nivel y menos disponibles estén los recursos sociales más improbable resultará que se produzca la acción social cooperativa.

Esta somera revisión ilustra perfectamente tanto el alto interés teórico y aplicado de la investigación generada en torno al concepto de sentido de comunidad como la madurez alcanzada

—en algunas áreas y tendencias, al menos— por la Psicología Comunitaria, cada vez más lejos de la monocorde retórica activista y voluntarista de sus inicios y más consciente de la imperiosa necesidad de fundamentar teórica y empíricamente la intervención, trabajando coordinadamente en los 3 frentes básicos para el desarrollo del campo: Construcción teórica, investigación e intervención.

1.3 Origen histórico-social

En las páginas precedentes se han analizado las causas más generales y globables del movimiento y disciplinas comunitarias; sus raíces profundas.
En esta sección se describen los factores que concurren en el nacimiento del movimiento de salud mental comunitaria en EE.UU. Bien entendido que esos factores no son distintos de aquellas causas originarias sino, más bien, su concreción y actualización en un ámbito (la salud mental), y contexto histórico (los años 60) y social (EE.UU.) determinados cuya significación ha sido ya señalada.

1.3.1 Hitos históricos

No vamos a entrar aquí en la historia puntual y tactual del movimiento comunitario: Esa historia concreta (en cuanto a enumeración de hechos, fechas, nombres, etc.), carecería de mayor interés fuera de su contexto social originario a menos que se trascienda en un análisis más profundo y con vistas a aplicarlo o generalizarlo comparativamente a otros entornos como ya se ha insistido previamente.

Nos limitaremos por tanto a señalar algunos momentos históricos o hitos básicos y originarios que jalonan un largo camino y unas tendencias histórico-sociales de mayor alcance a modo de encuadre o ilustración general de cómo se origina lo comunitario en su doble vertiente de movimiento de reforma social (movimiento comunitario) y de campo de estudio y praxis (Salud Mental Comunitaria y Psicología Comunitaria).

El lector interesado en mayores detalles históricos puede consultar algunos de los libros de la "bibliografía básica" incluida al final de este texto (Apéndice C). Por ejemplo; Bloom, 1984; Gibbs y otros, 1980; Rappaport, 1978 o Zax y Specter, 1979. Los libros de Sarason (1974) y Levine (1981) son recomendados para un análisis histórico-contextual más amplio e iluminador.

Aunque el movimiento y disciplinas comunitarias cristaliza en EE.UU. en la década de 1960-1970, había tenido numerosos precedentes y precursores (a nivel de individuos, instituciones y grupos sociales) tanto norteamericanos como europeos. De hecho, esa cristalización material es el resultado de un largo proceso histórico y de la convergencia activa en ese momento dado de una serie de fuerzas sociales, políticas, culturales y profesionales que se han agrupado antes en seis apartados específicos.

El origen institucional del movimiento comunitario se puede datar en febrero de 1963 con el famoso discurso ante el Congreso norteamericano del presidente John Kennedy demandando "un enfoque nuevo y atrevido" en la solución de los problemas de salud mental e instando a la aprobación de la legislación por la que se creaban (mayo de 1963) los Centros de Salud Mental Comunitaria, piedra angular y origen material del movimiento de salud mental comunitaria.
Estos sucesos fueron la culminación del trabajo iniciado en 1955 por la Comisión Conjunta sobre Enfermedad y Salud Mental (Joínt Commission on Mental Illness andHealth) creada para estudiar en profundidad las necesidades de salud mental de aquel país y hacer recomendaciones

para su solución.

Además de una serie de monografías notables sobre el campo de la salud mental, como las de Jahoda (1958) o Gurin, Veroffy Feíd (1960), esa comisión produjo en 1961 un informe titulado Acción para la Salud Mental (Action for Mental Health), cuyas conclusiones fueron la base de la acción posterior.

El origen de lo comunitario como campo de estudio y disciplina académica puede situarse en 1965, año en que se celebró en Swampscott —un barrio de Boston— la llamada "conferencia de Boston" sobre la preparación y funciones de los psicólogos que ya estaban enseñando en varios programas universitarios para trabajar —junto a los psiquiatras— en la comunidad. La denominación de "Psicología Comunitaria" fue "oficialmente" acuñada en la conferencia que también ofreció una definición de las funciones y roles ligados a los psicólogos comunitarios.

En 1965 se crea también la primera revista del campo, The Community Mental Health Journal, complementada en 1973 por el Amerícan Journal of Community Psychology y el Journal of Community Mental Health. Ese mismo año comienza a publicarse en el Annual Review of Psychology, una sección cuatrienal bajo el título "Intervenciones Sociales y Comunitarias".
También se crea una división en el APA, la 27, sobre Psicología Comunitaria. En 1972 aparece el primer libro sobre salud mental comunitaria, el Handbook of Community Mental Health de Golann y Eisdorfer y en 1974 el primero sobre "Psicología Comunitaria", el de Zax y Specter.

1.3.2 Salud mental comunitaria: factores originantes

En base a los análisis de Sarason (1974), Zax y Specter (1974/1979), Korchin (1976), Gibbs y otros (1980), Levine (1981) y Bloom (1984) podríamos resumir y agrupar los factores y fuerzas concurrentes en el nacimiento histórico del movimiento comunitario en forma de salud mental comunitaria en seis principales (y en parte interrelacionados): 1) Rechazo del hospital psiquiátrico; 2) desencanto con la psicoterapia; 3) rechazo de los conceptos y roles ligados al modelo médico de salud mental; 4) desproporción entre necesidades de salud mental y mano de obra existente; 5) responsabilidad social del psicólogo en los problemas psicosociales; y 6) el ambiente y movimientos de cambio de los años 60.

1. Rechazo del hospital psiquiátrico. El hospital mental es —junto al modelo médico— la "bestia negra" del movimiento comunitario siendo criticado y atacado desde distintas fuentes y por diversas razones. Desde el punto de vista psicológico y social se le reprocha principalmente servir funciones de custodia y segregación social del paciente, fomentar la pasividad y asunción del papel de enfermo por éste y no facilitar o fomentar su recuperación terapéutica y reintegración funcional y social posterior. Más detalladamente las causas o razones del rechazo del hospital y de la tendencia a su desaparición o cierre son:

a) El síndrome de hospitalismo o "desocialización" (social breakdown syndrome; Gruenberg, 1967) y la asunción pasiva del papel de enfermo por parte de los pacientes crónicos o cronificados.

b) La aparición en los años 50 de las drogas psicoactivas (como la clorpromazina) que posibilitan un funcionamiento notoriamente más eficiente y autónomo de los pacientes psicóticos en la comunidad. La población psiquiátrica de los hospitales públicos se reduce así drásticamente. En EE.UU. por ejemplo, pasa de 600.000 pacientes internados en 1955 a 171.000 veinte años después (Bloom, 1984) aun cuando el número de admisiones se incrementa notablemente: La llamada puerta abierta (Open door) pasa a convertirse en los hospitales en puerta giratoria (revolving door), por la que vuelven con alarmante frecuencia muchos de los pacientes dados de alta.

c) El desarrollo de la terapia del medio y la "comunidad terapéutica" (Jones, 1953) como valiosas alternativas terapéuticas cuyo énfasis recaía sobre la importancia del entorno social y, en consecuencia, sobre la reintegración de los pacientes a sus comunidades sociales de origen, en lugar de centrarse en la adaptación al medio hospitalario.
d) El movimiento de desinstitucionalización, motivado en gran parte por razones económicas (de ahorro) y administrativas (Levine, 1981). Lo que naturalmente no se contempló desde este movimiento de liquidación hospitalaria era la necesidad de desarrollar una serie de alternativas de transición y tratamiento de los pacientes en la comunidad, que necesitaba una planificación cuidadosa y una aportación de recursos para su puesta en práctica efectiva.

En la actualidad, y en vista del conjunto de datos y experiencias acumulados —como algunos aspectos perjudiciales de la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos—, la valoración esencialmente negativa de los hospitales mentales está siendo sustituida por una visión más realista y contrastada que incluye en ellos aspectos y funciones positivas como, por ejemplo, la de refugios temporales en época de dificultades (Braginsky, Braginsky y Ring,1969).
El rechazo frontal inicial del hospital mental ha dado paso a su reconocimiento como uno de los recursos asistenciales (no el único y básico, como antes) de tratamiento de los problemas mentales que debe ser usado en aquellos casos y situaciones en que las alternativas de tratamiento comunitario —más baratas y eficaces en principio (Durlak, 1979)— no sean aplicables o suficientes por sí solas.
2. Desencanto con la psicoterapia. El desencanto progresivo con las expectativas iniciales —excesivamente optimistas— de las posibilidades terapéuticas del psicoanálisis —y de otras formas de psicoterapia—, fue vigorosamente reforzado por las conclusiones de la mediocre y prematura revisión empírica de los "efectos de la psicoterapia" de Eysenck en 1952. En ella la psicoterapia no sólo aparecía como ineficaz sino como inferior al placebo. Estas conclusiones —basadas en datos ambiguos y muy discutiblemente usados por el autor— son hoy, como ya se ha dicho, insostenibles en vista de la acumulación convergente de evidencia que prueba la eficacia, limitada pero clara, de varias formas de psicoterapia (Bergin y Lambert, 1978; Smith, Glass y Miller, 1980; Harvey y Parks, 1982; Garfield, 1984).

Lo que sí sigue siendo claramente cuestionable es la capacidad, y adecuación de la psicoterapia individual prolongada para atender las verdaderas necesidades del conjunto de la población afectada, especialmente en los grupos sociales marginales o menos privilegiados.
3. Rechazo de los conceptos y roles del modelo de salud y trastorno mental de base médica. El concepto médico de "enfermedad mental" resulta patentemente inapropiado para entender y tratar una amplia gama de trastornos mentales, tanto más cuanto más cerca del polo psicosocial, tan propio, por otro lado, de las décadas presentes (Capítulo 3).

El modelo médico subyacente a la conceptualización y tratamiento del trastorno mental (especialmente en la "custodia" en hospitales mentales) son rechazados ahogándose por modelos progresivamente más psicosociales o educativo—aprendizajistas como más útiles —y menos estigmatizadores— en la resolución de muchos problemas mentales y psicosociales. Más aún, para algunos (Szasz o Scheff, o los antipsiquiatras británicos) la enfermedad mental es esencialmente un mito o rol social en que se ven forzados ciertos individuos en respuesta a las atribuciones de otras personas significativas en su entorno (Scheff, 1966; Sarbin, 1969). Los profesionales de salud mental representan desde esta perspectiva el papel de "etiquetadores" y agentes delegados del control social, siendo la terapia una forma de ejercicio ese control (visión ésta algo extrema y unilateral del rol de ese profesional pero que denuncia parte de sus funciones reales).

Los profesionales de salud mental adquieren, por otro lado, conciencia de las limitaciones

de sus funciones terapéuticas reparadoras e individualizadas, sin posibilidades preventivas o de atajar las fuentes de muchos problemas a un nivel causal más elevado, operando con la comunidad o los sistemas sociales. El rol médico tradicional resulta por tanto excesivamente limitado.

Para los psicólogos la dependencia jerárquica y funcional del personal médico resulta irritantemente incómoda e inadecuada cuando se trata de resolver problemas psicológicos o psicosociales para los que su formación es patentemente superior a la médica. La revuelta contra el modelo médico es también, por tanto, una búsqueda de nuevos roles y oportunidades profesionales y laborales (como lo es, en parte, el propio movimiento comunitario).

4. Desproporción entre oferta ("mano de obra" profesional) y demanda de salud mental. El estudio de Albee (1959) sobre la cobertura de las necesidades de salud mental de la población en relación con la mano de obra disponible, documentó la escandalosa desproporción entre ambos en EE.UU. (recientemente revalidada: Albee, 1984; Kramer, 1981) y la necesidad urgente de desarrollar nuevos métodos de tratamiento y fuentes de personal si se quería hacer algún progreso real en el problema del trastorno mental a nivel poblacional.

Más aún, el estudio de Gurin, Veroff y Feid (1960) mostró que los profesionales de salud mental no son los agentes terapéuticos primarios: Cuando las personas tienen problemas de salud mental, recurren mayoritariamente a otras fuentes de ayuda. Es pues preciso desarrollar métodos nuevos, indirectos de efecto multiplicador para detectar y atajar el problema (como el uso de paraprofesionales o la autoayuda).

5. La responsabilidad social del psicólogo en relación con la salud mental y los problemas psicosociales. La evidencia de la asociación entre baja clase social y trastorno mental, bien documentada en la literatura epidemiológica (ver el capítulo 9), junto a la deficiente o nula asistencia en salud mental (y otros servicios) para esas clases sociales (u otros grupos marginados) chocaba frontalmente con la constatación de una proporción inversa entre la necesidad de servicios psicológicos y su disponibilidad: Los que más psicoterapia recibían eran precisamente quienes menos la necesitaban; y a la inversa, los que más ayuda necesitaban eran quienes menos recibían.

La asunción de la responsabilidad (un caso particular de la ya aludida responsabilidad social del científico) del psicólogo exigía pues su involucración en el cambio social, especialmente en relación con la redistribución de recursos y servicios de salud y sociales. Los valores de igualitarismo, democratización y humanitarismo, tan propios de los años 60, se imponían sobre un aparente neutralismo valorativo cada vez más insostenible en la nueva atmósfera de la época. La necesidad de aplicar la ciencia psicológica a la resolución de los problemas y miserias sociales aparecía como difícilmente excusable ante la magnitud de esos problemas y el nuevo clima social de cambio.

6. Ambiente y movimientos de cambio social en los años sesenta. Los años 60 presencian el desarrollo de un fenómeno doble: 1) Incremento "epidémico" de problemas (aborto, violencia familiar e interpersonal, delincuencia, drogadicción, desintegración familiar, racismo, miseria, alcoholismo, trastornos mentales, rupturas generacionales, anomia, ruptura de normas sociales y éticas, etc.), que parecen indicar serias tendencias a la desintegración social y al fracaso de las comunidades de todo tipo (local, religiosa, etc.), para responder a las demandas y necesidades de sus distintos componentes y grupos; 2) se da por otro lado —en medio de la euforia económica y la idea de los "recursos ilimitados"— la creencia de que el cambio social profundo es posible y —debido a la crisis social mentada— deseable.

Desde esta perspectiva posibilista PC y SMC son vistos, por un lado, como expresión de la necesidad de transformación de las estructuras sociales para resolver los problemas planteados

y, por otro, como una respuesta desde abajo a esos problemas, especialmente a través de la prestación de servicios de salud mental para hacerlos llegar a los más necesitados y prevenir la ocurrencia de los trastornos y problemas citados.

1.3.3 Revisión de los orígenes: estados unidos y España

Recientemente, el American Journal of Community Psychology ha recogido en un número monográfico (Kelly, 1987) las visiones retrospectivas de algunos destacados actores y analistas del campo comunitario (Klein, 1987; Schneider, 1987; Stroher, 1987; Waish, 1987) sobre la Conferencia de Boston, suscitadas en un simposio conmemorativo de su 20 aniversario. El conjunto constituye un amplio y valioso mosaico de análisis y reflexión crítica, no sólo sobre la conferencia fundacional y su significado sino también sobre el estatus actual y perspectivas profesionales y disciplinares del campo comunitario, merecedor de análisis y comentario mucho más amplio del que en este momento y contexto podemos dispensarle. Si queremos, no obstante, reseñar algunos puntos que, sin modificar substancialmente el cuadro trazado sobre los orígenes del movimiento comunitario norteamericano, sí introducen algunas variantes y correcciones destacables. Las siguientes:

• Se refuerza el peso de los factores —y el activismo— políticos en el origen del movimiento comunitario norteamericano (la principal razón motivadora para el 80 de los participantes en la conferencia de Swampscott). Ese peso ha sido minimizado con cierta frecuencia desde contextos sociales distintos (europeos o latino-americanos). Quizá la diferencia entre estos contextos sea de contenidos o referencias políticas concretas; el énfasis político es, sin embargo, claro en el movimiento comunitario norteamericano.

• Factores profesionales —el descontento con las funciones y posición jerárquica de los psicólogos en los Hospitales de Veteranos frente a los psiquiatras, así como el desinterés de estos por la nueva modalidad de trabajo comunitario— parecen tener más peso del habitualmente reconocido por la literatura histórica.

• También se destaca el papel de grupos reducidos, pero decididos, de psicólogos pioneros en el campo, tanto en la vertiente profesional (los que se formaron en los equipos interdisciplinares de los psiquiatras Lindemann y Caplan) como en la —mínima— cabeza de puente en algunas universidades (la de Bostón, sobre todo).

• Los factores organizativos, estratégicos y de poder, cuya convergencia con otros factores parece haber tenido un peso decisivo en el desarrollo —y catalización— de las diversas tendencias emergentes. Además de los factores organizativos y jerárquicos ya citados en los ámbitos hospitalario y académico, la presencia de algunos psicólogos estratégicamente situados en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), fue clave para impulsar el movimiento. La propia Conferencia de Boston actuó como catalizador y propulsor de la nueva corriente, totalmente desconectada en cambio, de los psicólogos sociales agrupados en la Sociedad para el Estudio Psicológico de las Cuestiones Sociales (SPSSI). Esta sí sería una diferencia destacable respecto a otros movimientos comunitarios, como el latino-americano o el español, en que los psicólogos sociales parecen tener más interés —v presencia— que los clínicos en el campo comunitario.

Respecto a España, la historia del movimiento comunitario está básicamente por escribir. Podemos hacer sólo un breve apunte al hilo de las impresiones y datos fragmentarios recogidos de la literatura o de los pioneros del movimiento y que reflejan la -lógica- pluralidad de orígenes así como su convergencia en los puntos básicos que confiere entidad unitaria al movimiento a pesar de la multidimensionalidad de sus orígenes y aplicaciones

Por los datos disponibles, parece que el movimiento comunitario prende en nuestro país

del engarce, en la década de los 70, de las inquietudes sociales y el compromiso político de los psicólogos recién titulados, con las posibilidades abiertas en los nuevos sistemas de prestación de servicios (sociales, de salud, etc.) por las nuevas competencias municipales (y autonómicas después) en conjunción con iniciativas barriales y profesionales auto-gestionadas. Todo ello en el contexto de influencias como la antipsiquiama británica o italiana, Salud Pública, movimientos urbanos y asociativos (cap. 14) en sus vertientes reivindicativa (de servicios) y autogestionana—, renovación pedagógica, etc.

No debemos tampoco olvidar las raíces socio-estructurales subyacentes a estos acontecimientos: 1) Industrialización y cambio social consiguiente- 2) cambio político y descentralización administrativa y 3) emergencia de la Psicología como carrera y profesión.

1. La industrialización y desarrollo económico de los años 60 trae consigo posibilidades de diferenciación socio-económica muy superiores a las existentes hasta entonces, apareciendo así los grupos sociales marginados y descolgados. El paso de una sociedad rural a una urbana, industrializada y moderna, comporta asimismo unos cambios socio-culturales profundos -desvertebradores en muchos casos-: Ruptura de grupos y relaciones primarias. individualismo, competitividad, declive de la solidaridad, emigración urbana, instauración de los valores de productividad y éxito individual frente a la afiliación o realización personal, etc. Todo lo cual plantea problemas adaptativos dramáticos a importantes grupos de población (emigrados, sin educación, parados, etc.), sobre todo en los cinturones de las grandes ciudades (barrios dormitorio) donde se inician, no por casualidad, los nuevos programas de acción y atención comunitaria.
2. La descomposición de la dictadura, su desaparición y la democratización y cambios políticos consiguientes, permiten priorizar temas sociales y humanos previamente desconsiderados y redistribuir poder y competencias sociales y administrativas. El surgimiento de los ayuntamientos democráticos en 1977 es un hito importante en esta dirección. La descentralización administrativa —municipal primero, autonómica después— aproxima la gestión política a las necesidades sociales reales y sensibilidad local, permitiendo a la vez acercar los programas de atención a la comunidad (atención primaria: Centros de Salud, de Servicios Sociales y otros).
3. La graduación, finalmente, de las primeras promociones de psicólogos titulados a finales de la década de los 60 —desde una universidad muy politizada y socialmente concienciada— proporciona el tercer elemento, la base humana. Una parte de los psicólogos recién titulados —de aspiración vocacional mayoritariamente clínica— conecta con la nueva realidad y problemática, planteándose qué hacer para contribuir, desde su profesión y concienciación social, a solucionar los problemas humanos creados por las nuevas condiciones desde metodologías de trabajo socialmente más progresistas y técnicamente más eficientes.

1.4 Asunciones ideológico-valorativas

Cualquier disciplina que pretende acumular conocimiento sobre una realidad o transformar esa realidad, precisa de una teoría válida que guíe la investigación o la actuación si éstas se pretenden sistemáticas, ciertas y eficientes y no destellos erráticos o mero empirismo inmediatista. La Psicología Comunitaria, como disciplina joven y más preocupada —en principio— por la intervención sobre la realidad social que por su conocimiento, tiene un gran déficit teórico. La elaboración de un corpus teórico es, a nuestro juicio, una importante tarea pendiente en este campo.

Las fuentes principales de construcción teórica son: Inductiva (desde la praxis), asuntiva y conceptual. En efecto, la teoría puede ser elaborada en Psicología Comunitaria: a)

Inductivamente desde la praxis interventiva y evaluadora. Algunos comienzos de esta sistematización teórica —por realizar en casi su totalidad— son recogidas por Rappaport (1977) a partir de la experiencia de trabajadores comunitarios, de la actividad organizacional, el trabajo social o la reforma política. Otros se reflejan fragmentaria y desordenadamente en las revistas especializadas y profesionales. b) Desde la explicitación de las ideas y asunciones teóricas implícitas o subyacentes al campo para formar un conjunto de hipótesis iniciales que (excluidos sus aspectos puramente valorativos y axiológicos) sean empíricamente contrastables. También este trabajo está prácticamente por hacer en su mayoría, en PC. c) Desde el desarrollo de una serie de conceptos y modelos teóricos (propios o ajenos) que, como instrumento heurístico permitan: 1) Articular los núcleos conceptuales de las hipótesis a formular; por ejemplo, competencia, salud mental o estrés; 2) basar la recolección de datos; y 3) orientar la praxis e intervención comunitaria más allá del puro y duro empirismo o la intuición inmediata.

En este libro se tocan sólo las dos últimas fuentes teóricas. La tercera, en los capítulos que siguen; la segunda —la dimensión asuntivo-valorativa o ideológica de la teoría comunitaria— es el que tocamos aquí, recogiendo algunas ideas básicas diseminadas por la literatura y reuniones comunitarias bajo la guisa de asunciones, creencias, axiomas, principios, valoraciones y evaluaciones con una mayor o menor dimensión ideológica. Se trata pues aquí de hacer explícitas —y a un nivel algo tosco e iniciático quizás— algunos de los principios y asunciones que forman parte de la ideología, cosmovisión y forma de trabajo del psicólogo comunitario y que, como tales, no sólo nos sirven para identificar la PC, sino que conviene sean desveladas para someterlas en lo posible a escrutinio empírico.

Las asunciones teóricas que formulamos a continuación explícitamente son más que nada un esbozo inicial, ya que apenas se pueden rastrear en oscuros rincones de las publicaciones comunitarias. En esta elaboración propia hemos usado los libros de Bloom (1984), Korchin (1976) y Rappaport (1977) como base documental, llegando a 7 asunciones o hipótesis (en parte retomadas en el capítulo 4); las siguientes:

1. Las fuerzas y sistemas sociales juegan un papel relevante (no necesariamente único o excluyente) en la determinación de la conducta humana tanto funcional como disfuncional, situacional como permanente o estructural.
2. El entorno social ("la sociedad") no es algo necesaria o únicamente negativo y fuente de problemas o conflictos para individuos y grupos, sino también fuente de recursos y potencialidades positivas —e imprescindibles en muchos casos—. Esta hipótesis distinguiría la PC de buena parte de la crítica social tradicional, o de corrientes como la antipsiquiatría, que destacan casi exclusivamente el aspecto nocivo o negativo de lo social.
3. La localización de los problemas de salud y psicosociales (y de su origen) está, en gran parte al menos, en los sistemas sociales y en la relación del individuo con ellos, no tanto en los propios individuos.
4. El incremento de la competencia o fortalecimiento (capacidad resolutiva de problemas, salud, bienestar, etc.), tiene un efecto de prevención sobre el desarrollo del trastorno mental y los problemas psicosociales en las poblaciones. La asunción de esta relación entre prevención y potenciación comunitaria tiende, como se indica más adelante, un puente entre PC y SMC, sin el cual los dos campos quedan yuxtapuestos y separados pudiendo aparecer la PC como una "huida hacia adelante", que, desde la retórica potenciadora, dejaría sin resolver los problemas graves (trastorno mental, problemas psicosociales) situados en su origen.
5. Las necesidades individuales y los intereses sociales son general y básicamente compatibles, aunque en ocasiones puede entrar en conflicto. Sin esta asunción la PC —que trataría de armonizar teórica y prácticamente la conflictiva relación individuos-grupos sociales— sería

irrealizable.
6. El rediseño del entorno y el cambio social tienen un efecto significativo en la reducción de la disfunción social y clínica producida en los individuos y grupos que los habitan, en tanto que la no modificación de esos entornos (el social sobre todo) mantendría esas disfunciones.
7. Cada individuo tiene algo de común y algo de diferencial con los demás miembros sociales. Para desarrollar —o alcanzar— el sentido de comunidad es preciso que todos los miembros de la comunidad tengan acceso a los recursos y servicios que ésta —y la sociedad en que se inserta— proporcionan. La comunidad psicológica tiene, por tanto, un importante componente material y social que puede concretarse en una redistribución o creación y potenciación de recursos psicológicos y sociales.

1.5 Estatus social: balance y perspectivas

Esta sección pretende ilustrar y comentar, a partir de ciertos datos y hechos significativos, el estatus presente de la PC y el movimiento comunitario haciendo hincapié en algunos de los logros conseguidos y en la evidencia disponible sobre su utilidad y validez tanto desde la perspectiva científico-académica como desde la socio-institucional, los dos frentes en que usualmente se busca el reconocimiento y legitimación de una nueva disciplina.

Este examen contribuirá también a la justificación de la PC —ya cimentada en una sección previa— que no puede basarse solamente en el reconocimiento de su necesidad y potencialidad en relación con los distintos contextos ya examinados, sino además sobre un cúmulo de datos y logros establecidos que —aunque parciales e indicativos— son relativamente importantes para una disciplina de corta trayectoria. Examinemos algunos de esos reconocimientos y evidencia de lo ya realizado.

Aunque no se puede tomar como conclusiones generales o definitivas, el éxito de ciertos programas como "La Posada" (The Lodge) para pacientes psiquiátricos de Fairweather y colaboradores, o la envergadura de proyectos preventivos como el Re-Ed o Head-Start (como tantos otros realizados en distintas ciudades y países) son signos del potencial del trabajo comunitario a la vez que de su legitimación social. Pero hay mucho más: La validez y posibilidad del tratamiento comunitario del trastorno mental ha sido explícita y vigorosamente reconocida por el Congreso estadounidense —en base a la evaluación y experiencia acumulados— en las Enmiendas a los Centros de Salud Mental allí aprobados, en 1975, con las siguientes palabras:
"El Congreso encuentra que:
1) La atención de salud mental comunitaria es la forma de cuidado o tratamiento más efectiva y humana para la mayoría de los individuos enfermos mentales.
2) Los centros de salud mental comunitarios... han tenido un impacto importante en la asistencia de la salud: a) Aumentando la coordinación y cooperación de las distintas agencias responsables de la salud mental... b) Llevando la asistencia de salud mental completa e integrada a todos los que la necesitan dentro de un área geográfica determinada independientemente de su capacidad de pagar. c) Desarrollando un sistema de atención que asegura la continuidad de la atención para todos los pacientes y son así un recurso al que todos los americanos deben tener acceso."(Levine, 1981, pág. 64; subrayado añadido.)

Además de la legitimación institucional de la praxis comunitaria, hay también datos indicativos de la factibilidad y potencial de los métodos comunitarios. Baste aquí citar dos ejemplos significativos y provocadores sobre la eficacia de los tratamientos comunitarios alternativos a la hospitalización psiquiátrica (Kiesler, 1982) y sobre la eficacia comparativa de los paraprofesionales (uno de los métodos comunitarios clásicos) en relación a los profesionales de

salud mental (Durlak, 1979).

Kiesler revisó los 10 estudios en los que pacientes con patología severa (psicosis casi siempre) fueron asignados al tratamiento psiquiátrico u otra forma de tratamiento alternativo (tratamientos comunitarios involucrando frecuentemente paraprofesionales y basados en la intervención en sistemas sociales, apoyo básico y desarrollo de destrezas). La mayoría de estudios mostró resultados más positivos —y más baratos— para los tratamientos comunitarios. "Ninguno de los estudios mostró efectos generales en las medidas de resultados que fueran más positivos para la hospitalización que el tratamiento alternativo independientemente del contenido, con una excepción- limitada" (p. 357). Recuérdese que los pacientes fueron asignados al azar a una u otra forma de tratamiento.

Los resultados de la revisión por Durlak (1979) de 42 estudios que comparaban, a través de varias medidas, la eficacia terapéutica de paraprofesionales (estudiantes, amas de casa, etc.), seleccionados —y con frecuencia entrenados— y profesionales al tratar a pacientes con una gran variedad de problemas (que variaban desde los psiquiátricos más graves a los más ligeros —como modificación de hábitos—), son aún más contundentes y provocadores. La mayoría (28) de los estudios, arrojaron resultados esencialmente similares para los dos grupos: 12 mostraron ventaja para los paraprofesionales y sólo un estudio —y parte de otro— arrojaron resultados superiores para los profesionales.

La implantación de las disciplinas comunitarias se refleja tanto en la legitimación institucional de su praxis —ya citada antes en relación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la política social norteamericana— como de su desarrollo científico y académico. En cuanto a lo primero, la orientación comunitaria marca en la actualidad algunos de los criterios predominantes, no sólo en la planificación y organización de servicios de salud, sino también en las disciplinas clínicas y terapéuticas tradicionales que han asimilado buena parte de su ideología y métodos de intervención (ver, por ejemplo, Korchin, 1976; Garfield y Bergin, 1978 o Weiner, 1983).

En EE.UU. funcionaban, en 1983, 760 centros de salud mental comunitarios (CSMC) cubriendo aproximadamente al 54 de la población del país y el 75 del total de episodios psiquiátricos (Iscoe y Harris, 1984).

Una idea de la extensión e importancia, adquirida por programas comunitarios puede darla el Proyecto de Salud Mental Primaria (Prímary Mental Health Project; ver capítulo 9) desarrollado por Emory Cowen y colaboradores para detectar y prevenir los problemas escolares y psicológicos en niños en edad escolar. Este vasto plan de prevención secundaria lleva funcionando durante casi treinta años (fue comenzado en 1958) abarcando en su última fase 300 escuelas de EE.UU. (Bloom, 1984, pp. 232-236). Ha tenido una evaluación minuciosa, tremendamente compleja —por el volumen poblacional y de variables cubierto— y aparentemente muy positiva (ver Cowen y cois., 1979).

Existen, por otro lado, una serie de manuales que cubren ampliamente la teoría e intervención comunitaria: Golann y Eisdorfer, 1972; Sarason, 1974; Zax y Specter, 1974; Heller y Monahan, 1977; Rappaport, 1977; Mann, 1978; Muñoz, Snowden y Kelly, 1979; Levine, 1981; Jeger y Slotnick, 1982; Schulberg y Kililea, 1982; Feíner, Jason, Moritsugu y Farber, 1983; Bloom, 1984; Heller, Price y otros, 1984; Joffe y Abee, 1984; y Levine y Perkins, 1987. También en castellano existen algunos títulos y traducciones (Bender, 1976; Calderón, 1981; Caplan, 1978 y Zax y Specter, 1979) así como un libro introductorio sobre Salud Comunitaria escrito en España (Costa y López, 1986) y un libro de lecturas básicas (Martín y otros, 1988) a cargo de especialistas de cada tema.

Se publican tres revistas especializadas (American Journal ofCommunity Psychology,

desde 1973; Community Mental Health Journal desde 1965 y Journal of Community psychology desde 1973); una de resúmenes de artículos (The Community Mental Health Review, desde 1976), además de varias Newsletters y revistas emparentadas. El ritmo de publicación de informes de investigación e intervención es importante: Golann señalaba en 1969, 1500 referencias y Bloom (1984) incluye unas 1150 más recientes.

El Annual Review of Psychology dedica desde 1973 una sección cuatrienal a Intervenciones Sociales y Comunitarias así como otras más esporádicas a "Factores Sociales en Psicopatología" y "Evaluación de Programas". El American Psychologist, revista oficial de la Asociación Americana de Psicología (APA) incluye desde 1982 una sección titulada "La Psicología en el foro público" que trata temas centrados en el interés público y aplicación de la Psicología —con frecuencia relacionados con lo comunitario_ así como una serie de excelentes artículos sobre temas comunitarios básicos. También en nuestro país existen algunas revistas y recursos documentales listados —junto a los extranjeros— en el Apéndice B, y entre los que cabe destacar —desde el campo del trabajo social— la Revista de Treball Social (publicada desde 1966), así como las Actas de los Congresos del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1984 y 1990), los de los Congresos de Psicología Social (publicadas en 1985 y 1990) y de Psicología de la Intervención Social (COP, 1989) que casi siempre han incluido secciones dedicadas a la Intervención Comunitaria. Igualmente algunos números monográficos de Papeles del Colegio, revista del COP (ver Apéndice B y Referencias).

Existe igualmente una división en el APA —la 27— de Psicología Comunitaria que contaba en 1984 (APA, 1984) con 1748 miembros, ocupando el puesto 14 en el ranking total de volumen de afiliación a pesar de su juventud. En nuestro país se han multiplicado recientemente los grupos de trabajo de Psicología Comunitaria en las diferentes secciones del Colegio de Psicólogos Estatal y de Cataluña.

En cuanto de enseñanza e implantación académica, se han celebrado dos conferencias sobre la preparación de psicólogos comunitarios, la de Swampscott (Boston, 1965) y Austin (en 1975, ver Isoce et al., 1977). El número de programas de psicología (clínica, social y escolar principalmente) que incluyen cursos o especialidades en PC ha crecido sin pausa en la década de los 70. Según Zolick (1984) el número de departamentos de psicología en universidades norteamericanas que ofrecen una secuencia diferenciada de cursos comunitarios, ha pasado de 1 a 62 (en 1977) de los que 45 ofrecen doctorado en esas materias. El 67 de los 141 programas universitarios de psicología encuestados en otro estudio incluían, además, cursos sobre prevención. La publicación del APA sobre programas de psicología y campos vecinos por universidades norteamericanas a nivel graduado (APA, 1985, p. 499 y sig.) lista 104 programas (de master y doctorado en su casi totalidad) en Psicología Comunitaria y derivados (comunitaria-clínica, rehabilitación comunitaria, rural-comunitaria y comunitaria-escolar).

Las universidades que en nuestro país ofrecen cursos en Psicología Comunitaria o equivalentes fueron ya citados en la presentación. Se han convocado ya plazas de titularidad universitaria con dedicación (híbrida o total) a Psicología Comunitaria dentro de —o asociadas a— el área de Psicología Social. Situación actual y perspectiva futura

Bemard Bloom (1984) ha distinguido tres componentes en el SMC (que pueden extenderse a la PC considerada en sentido lato): 1) Un conjunto de alternativas en la prestación de servicios; 2) prevención; y 3) cambio comunitario o social.

A partir de lo revisado en las páginas precedentes, el panorama comunitario presenta un balance bastante positivo en su conjunto. Está bastante claro que la Psicología Comunitaria ha alcanzado el reconocimiento y la legitimación como actividad académica y social registrando un crecimiento y maduración relativamente rápidos —aunque con altibajos— en su corta existencia

de un cuarto de siglo.

El propio Bloom resume así esa maduración en la segunda edición de su clásico manual de Salud Mental Comunitaria al comparar el campo en 1984 con su estado de años atrás: "el campo... es incomparablemente más rico en sus conceptualizaciones y base empírica (habiendo) menos evangelismo ideológico y mucha menos exhortación. El campo está ahora razonablemente bien establecido. Investigación y práctica se están desarrollando, a veces en convergencia y potenciándose, a veces independiente y desincronizadamente, pero sin duda desarrollándose" (pág. vii).

Esta valoración globalmente positiva y optimista debe ser, sin embargo, matizada y complementada desde el contrapunto crítico del relativo fracaso de las metas más ambiciosas del movimiento comunitario: El cambio social y comunitario con implicaciones psicológicas positivas, es decir el tercero de los componentes distinguido por Bloom y que responde más propiamente a la PC en sentido estricto. La valoración positiva se aplicaría mayormente al primer componente (alternativas de prestación de servicios) y en parte a ciertas áreas de prevención de problemas de salud y sociales.

Para los observadores más exigentes (Sarason, 1983; Levine, 1981; el movimiento comunitario latinoamericano) el proyecto comunitario inicial de cambio y renovación social para redistribuir recursos y humanizar el entorno social del hombre actual, ha fallado en buena parte, resultando en una "oportunidad perdida" y estando aún pendiente de realización. ¿Por qué? Hagamos un repaso retrospectivo.

La PC comenzó como una praxis interventiva innovadora auspiciada por una nueva filosofía de la problemática y desarrollo humano pero también —aunque secundariamente— como un campo de estudio e investigación de la conducta humana vista desde los sistemas sociales (o de las implicaciones psicológicas —positivas o negativas— de esos sistemas), ignorada desde la larga tradición individualista y clínica-patologizante de la psicología académica y desde sus coartadas ideológicas socialmente conservadoras. El origen y desarrollo de la PC en épocas de cambio social y dentro de contexto socio-culturales netamente individualistas —en los que se había operado una alarmante disolución de la solidaridad y comunidad social— revelan su vocación (y papel) inicial de renovación social así como el deseo de científicos y trabajadores psicosociales de redefinir su papel profesional y de participar en el cambio social en marcha.

El posterior destino del movimiento, frecuentemente denunciado como de estancamiento —y hasta de retroceso por algunos— en su impulso renovador inicial, debería propiciar una seria reflexión y aportación de datos e información por parte de estudiosos y trabajadores sobre lo sucedido y sus causas para sacar las pertinentes enseñanzas de cara al futuro. Reflexión y estudio (ya iniciado por algunos Goodstein y Sandier, 1978; Kelly, 1987; Levine, 1981; Sarason, 1983; también en nuestro país desde las tribunas citadas unos párrafos más arriba) sobre temas como los siguientes:

1) La posibilidad de efectuar cambios globales en sistemas sociales con metas bien establecidas y con un alto grado de inercia estructural o funcional. 2) El grado —tipo y ritmo— de cambio estructural y funcional que un sistema social (o una profesión) puede absorber sin forzar reacciones homeostáticas que tienden a hacerlo retroceder hacia su estado inicial de equilibrio en vez de avanzar hacia uno nuevo. 3) La necesidad de separar los deseos o percepciones propios (del trabajador comunitario o del agente de cambio social) sobre los objetivos y estrategias de cambio (qué hay que cambiar y cómo) de las del sistema o comunidad y del estado objetivo de sus factores y fuerzas dinamizadoras e inerciales. El desarrollo del ya pujante campo de la evaluación (objetiva y subjetiva) en PC debe paliar esta discrepancia que lleva a veces a intentar cambios que el trabajador ve como necesarios y apropiados pero no son compartidos como tales

por la comunidad concreta. 4) La dificultad de producir cambios en base al entusiasmo y a una retórica de buenas intenciones sin unos conocimientos y modelos mínimamente válidos sobre el cambio social y sobre los problemas —y sistemas— sociales concretos a modificar. 5) La necesidad de disponer de modelos sociales (sistémicos, ecológicos) del funcionamiento de esos sistemas y su "naturaleza" para: a) Evitar el uso de los modelos individualizados tradicionales inapropiados (el tratamiento de sistemas sociales como si fueran individuos y la imprevisión de los efectos e interacciones entre subsistemas es uno de los fallos observados en la intervención comunitaria); b) conocer lo que se puede y lo que "no se puede" cambiar en un sistema social en base a su naturaleza y "leyes de mantenimiento" básicas. 6) El funcionamiento y dinámica de la creación de expectativas de cambio, aparentemente fáciles de crear pero también de defraudar y que juegan, al parecer, un papel importante en la inerciación de sistemas y en la producción del fatalismo social "quemando" a los individuos de cara a posteriores intentos de cambio.

El análisis y documentación detallada de los intentos fallidos de cambio en sistemas y procesos sociales sería, desde lo aquí apuntado, esencial para obtener principios de acción —y de evitación— orientativos. Las revistas empíricas deberían amplían- sus presupuestos editoriales para publicar tanto estos resultados negativos como los positivos, que suelen llenar sus páginas.

En conjunto —y volviendo a la situación histórica de la PC— parece que las sociedades occidentales industrializadas se han "cansado" (o "quemado") de los intentos de cambio de los 60 y que el péndulo ha oscilado en las décadas subsiguientes, en dirección reactivamente opuesta, hacia un cierto estado homeostático más conservador. La PC ha reflejado bastante fielmente esa crisis de "absorción de cambio social" tanto como parte del sistema de respuestas sociales a las causas que demandaron ese cambio, como en cuanto a campo relativamente marginal en el reparto de los dividendos sociales y económicos que le han sido recortados en épocas económicas de "vacas flacas".

En resumen, parece claro que el movimiento comunitario necesita —junto a la revitalización de su impulso inicial que inspiró la voluntad de cambios sociales— una base científico-operativa que aún no está desarrollada en proporción al componente interventivo. Necesidad básica en este terreno es una teoría o modelo válidos del cambio social que —junto al conocimiento del campo y sistema concreto a cambiar— daría una plataforma de intervención racional. Las importantes aportaciones ya hechas desde el campo comunitario (reorganización de servicios, nueva filosofía y responsabilidad pública en problemas de salud, prevención, etc.), y su institucionalización no deben ocultamos, en fin, los fallos y deficiencias pasados y los obstáculos futuros.

Capítulo 2 (La) Comunidad

Teoría e investigación en el campo comunitario se agrupan en tomo a seis núcleos conceptuales y temáticos básicos:

1. (La) comunidad.
2. Salud mental positiva (y conceptos relacionados como "bienestar social" y "calidad de vida").
3. Prevención.
4. Estrés psicosocial.
5. Apoyo social.
6. Competencia.

Tendríamos que apuntar también otro par de conceptos importantes aún poco conocidos. El sentido psicológico de comunidad (ya descrito en 1.2) y el interesante concepto de empowerment (dotación de poder y potencia) recientemente acuñado por Rappaport (1981, 1987; ver 5.5).

Estos no son conceptos puramente teóricos sino que —como la propia PC— casi todos tienen algún tipo de relación con la intervención, fundamentando métodos o estrategias de acción comunitaria. Esto implica que, al describir estos conceptos, no sólo vamos a definir la parte teórica de la PC, si no también a entender sus objetivos y forma de actuación: El desarrollo de comunidad, se basa en el concepto y teoría de (la) comunidad; la educación y promoción de la salud, en el de salud positiva; la intervención de crisis, en el de estrés psicosocial; autoayuda y paraprofesionales, en el de apoyo social; "entrenamientos de habilidades", en el de competencia; activismo político y organización de la comunidad, en el de empowerment (y otros modelos políticos).

La relación instrumental de estos conceptos con el proceso de intervención es variada. Algunos, definen el sujeto o ámbito de la intervención, como el de comunidad o una de las acepciones de salud mental (la que designa un ámbito de intervención). Otros designan los objetivos o metas, sea a evitar (prevención, en el modelo de Salud Pública), sea a perseguir (competencia, empowerment, sentido psicológico de comunidad, salud mental —en su segunda acepción—). Otros, finalmente, indican estrategias o mecanismos de intermediación para alcanzar esos objetivos (apoyo social, estrés psicosocial o prevención —como procedimiento, no como objetivo—).

En los dos capítulos que siguen, trataremos con cierta amplitud de los conceptos de comunidad y salud mental positiva, básicos y prerrequisitos para definir PC y SMC. En el capítulo 5 se tocan más brevemente el resto, a partir de un esquema global previo de los conceptos y modelos teóricos en PC. Los capítulos 7 y 8 (parte II) se centran, finalmente, en las bases operativas del campo, la evaluación y la intervención, que marcan la transición conceptual hacia los métodos de intervención (parte III).

La Psicología Comunitaria podría definirse como psicología de, en, por y con la comunidad. En otras palabras, la comunidad es a la vez el sujeto (o tema), la localización, el agente corresponsable y el destinatario de la teoría y praxis de la PC. Como tal necesitamos conocerla, describirla y caracterizarla estructural y funcionalmente si ha de existir como materia teórica, y si la praxis comunitaria ha de basarse en el conocimiento sistemático y válido.

Resulta, sin embargo, sorprendente comprobar que la gran mayoría de textos o publicaciones sobre la PC no incluyen ni siquiera definiciones o aproximaciones generales del concepto de comunidad, pasando generalmente a describir programas o investigaciones tildados de "comunitarios" como si ese concepto y sus connotaciones estructurales y funcionales fuesen ya conocidos y unívocos. La realidad es que los términos "comunidad" y "comunitario" se usan

con frecuencia como etiquetas justificativas o de conveniencia para los autores, teniendo una multiplicidad de significaciones y connotaciones según el caso y las intenciones de aquéllos.

Por ello, es importante examinar con cierto detalle —y con el máximo rigor— qué es la comunidad y cuáles son su estructura y formas de funcionamiento para tratar de obtener un cierto consenso semántico en cuanto a su significado y también para iluminar un poco, desde lo aprendido, la praxis interventiva. El conocimiento riguroso de la comunidad es preciso no sólo por razones teóricas, sino también por razones más prácticas y aplicadas como son: 1) Construcción de una teoría del cambio social; 2) representación de la comunidad; 3) determinación de necesidades y problemas, y 4) relaciones —y conflicto— entre comunidades.

1. La elaboración de una teoría del cambio social que sea a la vez válida y aplicable a la comunidad, debe ir más allá de un modelo formal del cambio sistémico (Watziawick, Weakiand y Fisch, 1974), usando un contenido concreto en función de las características de la comunidad (o comunidades) como sistema social. También sería preciso conocer: Las variables y procesos relevantes implicados en el mantenimiento y el cambio de sistemas sociales comunitarios; si esas variables son las mismas o no (lo que podría significar que el tipo de cosas a estudiar y evaluar en una comunidad puede ser distinta según se pretenda conocerla o cambiarla); cuáles son las funciones sociales y determinantes internos y externos de los sistemas sociales comunitarios; etc., etc.

2. Representación. Quién o quiénes deben representar a la comunidad en asuntos de interés dependerá de la estructura y funciones de los sistemas que la componen. Así se evitaría que algunos líderes o representantes comunitarios lo sean más bien de intereses particulares o de grupos determinados a la hora de la participación y toma de decisiones sobre la comunidad.

3. Determinación de necesidades y problemas de la comunidad. El conocimiento de la estructura y funcionamiento del sistema comunitario debería guiar esta tarea en cuanto a la determinación de indicadores objetivos (definidos por los expertos) y subjetivos (por la propia comunidad).

4. Relaciones (contacto, influencia y conflicto) entre comunidades y relaciones ecológicas (de cada comunidad con su entorno social, político, económico y biofísico más amplio). Cuestiones como la competencia de comunidades por los recursos —económicos, de poder, etc.— disponibles, o de conflicto e intercambio entre comunidades e instituciones (interesante, entre otras cosas, de cara a la creación y pervivencia de settings y centros sociales alternativos), precisan de un conocimiento de los sistemas comunitarios y de la posibilidad de delimitar unas comunidades de otras. Estas cuestiones —importantes sin duda— son casi totalmente ignoradas en la literatura comunitaria, que se limita a mostrar una imagen virgiliana y homogénea de "la comunidad", como si todas las comunidades tuvieran una estructura única y homogénea y como si el concepto idealizado de "la comunidad", fuera la solución cuasimágica de todos los problemas planteados.

Resumiendo, idealmente necesitaríamos conocer respecto a una comunidad concreta (o "la comunidad", en general):

1) Una definición que la identifique sustantiva y exclusivamente (qué es y qué no es una comunidad).

2) Su estructura: Características y dimensiones básicas, y si hay variación de éstas en las diversas comunidades; precisaríamos una tipología o sistema clasificatorio de las distintas comunidades.

3) Sistema de relaciones internas de los subsistemas o dimensiones básicas de la comunidad.

4) Sistemas ecológicos y de relación con otras comunidades (por ejemplo, de un barrio con otro) y con el entorno social mayor (por ejemplo relación de un barrio con la ciudad de que es parte). También es importante saber el tipo de inputs y outputs intercambiados entre una comunidad y su

entorno.
5) Sistemas y procesos de reproducción (o mantenimiento) y de cambio y dinamización de la comunidad, así como sus determinantes.

A continuación incluimos varias aproximaciones y caracterizaciones de la comunidad y lo comunitario que —aunque no cubren el amplio espectro de temas aquí planteados — nos permitirán sacar algunas conclusiones útiles y quizá iluminadoras para la construcción de una verdadera PC. Estas aportaciones están hechas desde varias perspectivas predominando las de la Sociología y la Psicología Social. En la última parte de este capítulo intentamos hacer una síntesis definitoria del término y de sus ingredientes básicos.

2.1 Comunidad y Asociación

Aproximaciones útiles para situar socialmente la comunidad, son su ubicación en la pirámide de niveles de agregación social y, sobre todo, la distinción tipológica del sociólogo Tonnies entre comunidad y asociación.

La comunidad como nivel de agregación social intermedia. Desde varios frentes se han distinguido formas o niveles de agrupación social que van piramidalmente desde el individuo como sujeto social (persona) hasta los niveles sociales más altos.

Seidman y Rappaport (1974), por ejemplo, distinguen (desde el punto de vista de la PC) los siguientes niveles: Individual, grupal, organizacional, institucional, comunitario y social. Aunque el comunitario es un nivel específico, la intervención comunitaria podría darse, según ellos, a varios niveles, teniendo efectos "irradiativos" sobre los niveles inferiores.

Fisher (1982) también reconoce lo comunitario como una entidad funcional autónoma que requeriría —como el resto de niveles— un tratamiento teórico y metodológico diferenciado y de acuerdo a sus propiedades específicas. Los niveles que Fisher distingue son: Individual, interpersonal, grupal, intergrupal, organizacional, comunitario, social e internacional. Para este autor, el nivel comunitario es muy complejo tanto si se entiende en términos geográficos, como sociales o culturales y, dentro de la interdisciplinariedad del nivel, la Psicología Social podría hacer aportaciones relevantes en la línea de tradición lewineana.

Como puede verse, los dos esquemas ubican a la comunidad en un nivel de agregación medio entre lo grupal y organizacional, por debajo, y lo social, por encima. El esquema de Seidman y Rappaport (algo más teórico que el de Fisher) tiene la ventaja —a nuestro juicio— de diferenciar el nivel comunitario y el institucional, una diferencia clave tanto en lo teórico —para la comprensión de lo comunitario frente a lo institucional—, como en lo aplicado, donde pueden distinguirse acción comunitaria dentro del contexto institucional existente o fuera de él, a través del cambio institucional.

Precisamente esa distinción se relaciona con una diferencia clave para comprender el significado del término comunidad y que arranca de la distinción tipológica del sociólogo alemán Ferdinand Tonnies (1947) entre Gemeinschaft (comunidad) y Geselischaft (asociación).

Para Tonnies, la comunidad se caracteriza porque las relaciones en ella establecidas son el resultado de una voluntad "natural" y serían un bien en sí mismas no por otras razones —instrumentales— como en la asociación, donde la agrupación surge por una voluntad deliberada y racional a través del consenso expreso o tácito entre sus miembros. Munné (1979) ha revisado y ampliado esta tipología, notando que la diferencia entre la agregación comunitaria y la asociativa está sobre todo en la finalidad afectiva, de base espontánea, de la primera e interesada y según criterios de utilidad, en la segunda.

Las comunidades tenderían a seguir pautas organizativas microsociales siendo

relativamente tradicionales, con escasa movilidad geográfica, social y de contactos extemos, estratificación simple, con predominio de los grupos primarios y las relaciones directas y duraderas y con un número reducido, y en general poco especializado, de roles.

La asociación tendería, en cambio, a estructurarse según patrones opuestos: Pautas organizativas macrosociales, basadas menos en vínculos familiares y tradicionales estables que en relaciones contractuales; movilidad geográfica y social mucho mayor; estratificación menos rígida y más flexible y número de roles y pautas comportamentales mayor y más especializado. Las relaciones sociales serían más indirectas, temporales y superficiales, con predominio de los grupos secundarios, en tanto que los grupos primarios verían muy limitadas sus funciones, tendiendo en parte a compensar las disfunciones inducidas por la excesiva preponderancia de los grupos secundarios, socialmente instrumentales.

Para comprender el significado del concepto de comunidad en la tipología de Tonnies (y otras similares que se han propuesto), puede ser útil examinar su transformación desde las sociedades tradicionales rurales o preindustriales —de base comunitaria— a las modernas, predominantemente asociativas y urbanas, y el "declive de (la) comunidad" que lo ha acompañado. Causas frecuentemente señaladas de esa evolución —y del declive consiguiente— son: 1) Procesos de complejización y diferenciación social ligados al industrialismo, y 2) el declive de la vecindad geográfíca y el aislamiento autosuficiente característico de la comunidad rural tradicional.

1. El cambio social y económico resultantes del industrialismo y la urbanización, acaban con el aislamiento y autarquía económica de la comunidad rural: La producción y consumo de bienes, desbordan los límites comunitarios, la nueva división del trabajo (más funcional, menos centrada en lo geográfico); la movilidad laboral y geográfica (transportes) e informativa (medios de comunicación de masas), el desarrollo urbano, la creación de los estados nacionales, la democracia igualitaria y el consumo masivo. Todo ello ha tendido a disolver el aislamiento y autosuficiencia de la comunidad local, produciendo agrupaciones humanas socialmente mucho más complejas e interdependientes y culturalmente más homogéneas e indiferenciadas (en los medios urbanos, sobre todo).
2. La preponderancia del factor geográfico, estático, como condicionante social y cultural en las sociedades agrícolas ha cedido el paso a factores funcionales —y de proceso— más relevantes para el cambio social y la estratificación social de base ocupacional propia de las socieddes industrializadas y urbanas. Las ideas de proceso y función —las ligadas a la. producción, sobre todo—, han ido cobrando así más peso en la definición de la comunidad que la de estructura, más tradicional y anclada territorialmente.

El declive de (la) comunidad (desorganización social, pérdida de solidaridad, auge del individualismo, alienación y desarraigo psicológico) resultante de los procesos descritos, ha sido un tema recurrente en la literatura psicológica y sociológica de este siglo. Nisbet y Sarason, han analizado el tema, sus determinantes y consecuencias humanas negativas, reivindicando, desde perspectivas diferentes pero complementarias, la necesidad de reconstrucción y búsqueda de comunidad como característica de las décadas actuales que culmina —en unión de los movimientos utopistas románticos de cambio social de los 60 y de los paradigmas ecologistas— en el nacimiento de las nuevas áreas de investigación psicosocial aplicada e intervención en la comunidad, o en los movimientos de comunas (Kanter, 1972) y "grupos de encuentro".

Estos análisis son bastante iluminadores sobre el significado y características de las tendencias comunitarias en el seno de las sociedades postindustriales contemporáneas cada vez más complejas, inestables y secundarias (en cuanto a relaciones humanas) al primar la dimensión asociativa y racional sobre la trama comunitaria básica y estabilizadora. La "búsqueda" de la

comunidad (Nisbet, 1953) representaría así —como ya se dijo— un retomo "homeostático" hacia formas de agrupación social más humanas, psicológicamente más significativas y socialmente más estabilizadoras.

2.2 Conceptos y formulaciones de (la) comunidad

De entrada, el término comunidad denota la cualidad de lo común o compartido. Según lo que se comparta (tipo de elementos y extensión de lo compartido) tendremos las distintas concepciones de comunidad. Examinemos en primer lugar los diccionarios. Si —como se asume— son el depósito del "saber popular", su consulta nos aproximará al significado tradicionalmente atribuido al término de interés.

Según el "Diccionario Vox" de la lengua castellana (1983) comunidad es: "La calidad de lo común (no privativo). Común (pueblo). Reunión de personas que viven juntas bajo ciertas reglas". Estas acepciones de comunidad, aunque orientativas, nos dan aún poca información concreta. El "Diccionario Random House" de la lengua inglesa, lista como acepciones (similares a las del "Diccionario Webster's") del término community:

"1) Grupo social de cualquier tamaño, cuyos miembros residen en una localidad específica, comparten el gobierno y tienen una herencia e historia común. 2) Un grupo social que comparte características o intereses comunes y es percibido o se percibe a sí mismo como distinto en algún aspecto de la sociedad mayor en la que existe (usualmente precedido por la)..." (citado por Rappaport, 1977, p.l2; subrayado añadido).

Estas definiciones resultan más informativas, capturando con sorprendente precisión muchas de las características básicas del concepto de comunidad, incluida la distinción de Bemard examinada a continuación, entre la acepción ligada a una localización geográfica (la 1 arriba) y aquélla que resalta los componentes sociales y de grupo (la 2).

Descripciones más completas sobre la comunidad como entidad social han sido realizadas desde las ciencias sociales. Antes de entrar en esas formulaciones debemos, sin embargo, salvar un obstáculo; el referente a la multiplicidad de significados con que el término es usado en la literatura social. Reconociendo esta pluralidad, Hillery examinó en 1959, 94 definiciones para tratar de hallar las "áreas de acuerdo o coincidencia" entre ellas (la "comunidad" del término comunidad). En la mayoría de las definiciones (69) encontró tres áreas de coincidencia:

1) Una localidad compartida.
2) Relaciones y lazos comunes.
3) Interacción social.

Dado que estos elementos —esenciales o primarios— son incluidos en la mayoría —no en todos— los usos y definiciones del término en la literatura al uso, los retendremos como parte nuclear del significado de "comunidad".

Examinemos ahora las definiciones y formulaciones de Bemard (1973)
Sanders (1966), Klein (1968) y Warren (1965 y 1972) siguiendo, en parte, la exposición de Bloom (1984).

A partir de los componentes básicos citados de localización geográfica, lazos comunes e interacciones sociales, Bemard ha trazado una distinción relevante entre comunidad y la comunidad. Mientras que en esta última predominaría el elemento de localidad geográfica compartida (territorialidad), en el primero, comunidad, destacarían los otros dos: Interacción social y lazos comunes. El concepto de comunidad incluiría lazos emocionales, intimidad personal, compromiso moral, cohesión social y continuidad temporal, según el autor.

La distinción de Bemard es útil e iluminadora al captar dos núcleos importantes de

significado que subyacen a la gran variabilidad semántica con que se usa el término comunidad. La comunidad tiene que ver con el concepto substantivo, específico y geográficamente anclado; comunidad se refiere a una cualidad social y psicológica genérica, común a las diversas formas de comunidad concretas y que se refleja en el uso adjetivo del término "comunitario" (prácticamente equivalente a "compartido").

Sanders (1976) define la comunidad como "un sistema organizado territorialmente y coextensivo con un patrón de asentamiento en que: 1) Opera una red efectiva de comunicación; 2) la gente comparte instalaciones y servicios comunes dentro del patrón de asentamiento; y 3) la gente desarrolla una identificación psicológica con el "símbolo local" (el nombre)" (p. 26).
Como se ve, esta definición viene a alinearse con "la comunidad" de Bernard subrayando —implícitamente— el papel del marco y localización geográfica en la generación de los otros elementos materiales, psicológicos y sociales que son compartidos por los habitantes del área en cuestión.

Klein (1968) define la comunidad como (el conjunto de) "las interacciones ajustadas a ciertas normas en el seno de un dominio de individuos que tratan de conseguir la seguridad e integridad física, de obtener apoyo en tiempos de estrés y de alcanzar individualidad y significado a lo largo del ciclo vital". Esta breve definición tiene la ventaja de subrayar los factores psicológicos y relaciónales, pero excluye los ligados a la localidad, lo que implicaría la posibilidad de una comunidad no asentada en un ente geográfico —la comunidad judía, por ejemplo—. Se asume también que la vecindad geográfica no produce por sí misma la comunidad, sino que se precisarían otro tipo de dinámicas y lazos sociales o culturales. Estaríamos aquí ante uno solo de los dos núcleos significativos (el socio-relacional) señalados por Bemard (e implicados tácitamente en muchas otras caracterizaciones).

Warren (1965 y 1972) subraya también la influencia que sobre la actividad habitual de las personas y su agrupación como sistema social tiene su convivencia territorial. La comunidad es para él: "la combinación de unidades sociales que desempeñan las funciones sociales principales con relevancia local (p. 9). Esas funciones relevantes para la vida local serían agrupables para Warren en cinco categorías: 1. Producción, distribución y consumo: La parte de la actividad económica relacionada con la producción o distribución de bienes y servicios que forman parte de la vida diaria de las personas y son consideradas como precisas y deseables en esa localidad.
2. Socialización: La transmisión de los valores, conocimientos y pautas de conducta de la sociedad a los individuos que formarán parte de ella como miembros sociales.
3. Control social: El proceso de influencia del grupo o agencias sociales para que los miembros individuales se conduzcan conforme a las pautas y valores que aquéllas establecen normativamente.
4. Participación social de los individuos de la comunidad a través de organizaciones religiosas, la familia, el trabajo, las organizaciones voluntarias y otras. 5. Apoyo mutuo cuando es preciso. Ese apoyo es proporcionado tanto por mecanismos institucionales —agencias de bienestar social, públicas o de otro tipo— o no institucionales, como la familia, amigos, vecinos, etc.

Warren cita tres dimensiones importantes para el desempeño de esas funciones y que podrían servir para diferenciar las comunidades: Grado de autonomía (autosuficiencia de una comunidad para llevar a cabo esas funciones), coincidencia de áreas de servicio (hasta qué punto los residentes de una comunidad están atendidos por instituciones de la propia comunidad) e identificación (sentido de pertenencia de esos residentes a la comunidad en que viven).

Podría decirse que Warren, partiendo de una definición condensada pero precisa e informativa, concede la máxima importancia a los elementos sociales del sistema comunitario (sin ignorar la significación de la vecindad territorial), lo cual en principio es importante, y no

siempre reconocido en otras acepciones y análisis de la comunidad. Parece, sin embargo, que Warren infravalora el papel de los elementos culturales y psicológicos frente a los más globales y sociales, por lo que resultaría algo unilateral (en la dirección sociológica), ignorando el papel inicial de la comunidad como fuente de sentido e identidad (cultural y psicológica), que, en cambio, subrayaba Klein (y otros autores).

Se atribuyen así —a nuestro parecer— a la comunidad local funciones que, lejos de serle específicas, pertenecen más bien a la sociedad supracomunitaria al ser propias de sus instituciones. Tal sería el caso de la socialización o el control social. La excesiva "socialización" del concepto de comunidad puede conducir, en nuestra opinión, al desdibujamiento o eliminación de una diferencia básica entre comunidad y asociación social ya tratada antes y que es parte esencial del sentido del término en casi toda la literatura comunitaria: La especificidad —y diferencia— de lo comunitario frente a lo social o institucionalmente formalizado, aunque —ver 2.2.1_ las relaciones entre sociedad y comunidad son algo más complejas y matizadas de lo escrito hasta ahora.

Algunos autores (Chavis y Wandersman, 1990) han recogido una tipología que resumiría muy simplificadamente los núcleos de significación del concepto (en buena parte recensionados más arriba), relacionándolos con los tipos básicos de actuación social o comunitaria. Según ellos la comunidad designaría en las ciencias sociales: 1. Un lugar. 1. Una serie de relaciones. 3. Un poder colectivo.

Los tipos de actuación social correspondientes a cada una de esas acepciones (capítulos 8 y 14) serían: 1. Desarrollo comunitario ("desarrollo de localidad" según Rothman y Tropman, 1987), basada en el desarrollo físico y social del enclave comunitario como un todo. 2. Construcción de comunidad (community building), basado en el desarrollo de las relaciones sociales en una comunidad y ejemplificado por el "apoyo social" o la ayuda mutua. 3. Organización comunitaria, centrada en el incremento del poder compartido por la colectividad frente a unas minorías o élites que lo acaparan.

2.2.1 Comunidad y sociedad

Aunque sólo sea brevemente, conviene insistir en las diferencias entre comunidad y sociedad —ya tocados en la introducción de este capítulo— en dos de sus aspectos básicos que retomamos aquí: 1) Nivel de agrupación social, y 2) tipo de agrupación y motivación subyacente.

1. Ya se dijo que, desde varios exámenes convergentes la comunidad designa un nivel de agregación social intermedio en tanto que la sociedad funciona como contexto global. Debemos pensar por tanto que la comunidad (las comunidades, mejor) son parte de la sociedad, de un "todo" mayor y estructurado y, que el estudio de cómo se inserta y relaciona una comunidad con su entorno social sería una parte importante de cualquier evaluación -en su aspecto ecológico en este caso- e intervención comunitaria.

2. El examen y significado de las diferencias entre agrupaciones comunitarias y sociales fue ya hecho en detalle. Desde la PC interesa comentar esa diferencia sobre todo en relación con la "estructuración" u organización de la comunidad. Una de las finalidades (a la vez posibilidad y potencialidad) del trabajo comunitario frente al institucional (Política, Psicología Organizacional, etc.), es que la comunidad se asume como algo relativamente "natural", espontáneo y no organizado o formalizado institucionalmente, de forma que es posible que se organice de cara a conseguir determinados fines o intereses comunes.

Entiéndase bien: Los miembros de una comunidad están —en general y salvo casos de marginación extrema— teóricamente encuadrados por entidades e instituciones (ayuntamientos,

redes económicas y administrativas, parroquias, etc.), pero no lo están generalmente en los aspectos o problemas a resolver por la intervención comunitaria: Miseria, carencia de servicios, impotencia social, drogadicción, etc. Es a esos aspectos a los que se refiere principalmente el trabajo comunitario. La organización de la comunidad y la acción social se basan, precisamente, en esos supuestos (más ciertos en unos casos que en otros) de posibilidad de organización y movilización respecto a problemas o deseos comunes.

Podríamos, como síntesis final, establecer las diferencias —y relaciones— básicas entre comunidad y sociedad (no asociación en el sentido más restringido de Tonnies) en tres criterios o dimensiones básicas:

1. Localidad: Más central y básica a la comunidad que la mera "territorialidad" ligada a las sociedades.
2. Concreción institucional: La comunidad es la expresión visible, física y concreta para el individuo de las instituciones sociales abstractas y genéricas.
3. Mediación: La comunidad es el mecanismo mediador entre individuos y sociedad, satisfaciendo como tal necesidades mutuas (por ejemplo, participación social en los primeros y socialización en la segunda).

Como contrapunto a la caracterización previa de Warren, Sarason (1974), ha subrayado los componentes psicológicos y relaciónales de la comunidad en su formulación —ya explicada en el capítulo precedente— del sentido psicológico de comunidad, problema social central y objetivo básico, a la vez, de la PC. Otros autores han mencionado aspectos adicionales útiles para la comprensión del concepto de comunidad. Los siguientes, según la exposición de Zax y Specter (1979).

Desde el análisis social, Greer (1955), ha señalado la complejidad creciente de la organización social humana en la evolución histórica. Para el hombre primitivo, que se mantenía de la caza y el pastoreo en áreas delimitadas, la comunidad se identificaba con ese grupo en cuyo seno satisfacía integramente sus necesidades sociales. Con la invención de la agricultura el sistema social se hizo mucho más complejo pero aún existía una entidad geográfica —la aldea— como base comunal integradora.

La revolución industrial y las concentraciones urbanas masivas, las ciudades, con el gran aumento de diferenciación ocupacional y de roles, diversifican las dependencias geográficas, funcionales y sociales de los individuos, haciendo mucho más difícil la identificación de las comunidades básicas. La familia, por ejemplo, ha perdido en la sociedad urbana la cuasicapacidad de satisfacción de necesidades que antaño tenía para el individuo. La vecindad geográfica también, al deslindarse cada vez más el lugar de residencia del de trabajo y participación social. Ser vecino de una gran ciudad moderna no es lo mismo —en cuanto al sentido de comunidad— que serlo de un pueblecito rural o de la antigua aldea.

Estas observaciones enlazan con la transformación de la comunidad rural (de aldea) en la sociedad urbano-industrial y con el tema del "declive de comunidad" ya tocados en este capítulo en el apartado correspondiente a "comunidad y asociación".

Panzetta (1971), señala el tiempo, el sentido de opresión y liderazgo como parámetros que pueden definir una comunidad. Las personas pueden perseguir objetivos comunes o sentirse unidas en un momento dado por un sentimiento de sufrimiento y una comunalidad de valores y metas que deben ser articulados por un líder determinado para resultar en una verdadera comunidad. Como señalan Zax y Specter, las implicaciones prácticas de las ideas de Panzetta son que —en las sociedades urbanas actuales— la comunidad puede sólo existir y funcionar como tal respecto a ciertos problemas y cuestiones, pudiendo dejar de existir cuando aquéllos desaparecen. Por ello, debería evitarse una idea esencialista, irreal y romántica de la comunidad que pudiera

hacer fracasar en la práctica planes de intervención concebidos en función de un fantasma social inexistente, o construido por el interventor a la medida de sus deseos o necesidades profesionales.

2.2.2 Estudio e investigación de la comunidad

El estudio y evaluación de la comunidad puede hacerse desde distintas perspectivas o enfoques que privilegian determinados aspectos o sistemas. Perspectivas básicas de estudio son la: Ecológica, demográfica, etnográfica, social, psicosocial e histórica. (En la sección siguiente se tocan los componentes y estructura de la comunidad útiles también para describir y evaluar la comunidad.)

En el enfoque ecológico, prima el estudio de la interacción entre comunidades y el ajuste de la comunidad con el entorno físico-natural y social. El análisis de subáreas dentro de una comunidad y de su relación con ciertas características poblacionales relevantes (delincuencia, movilidad residencial, etc.), sería un ejemplo de este enfoque (ver Bloom, 1975) combinado con el siguiente, el demográfico. En esta perspectiva, prima el examen de la población (características, evolución, patrones de asentamiento y movilidad, etc.) como sujeto colectivo susceptible de análisis estático y dinámico.

El enfoque cultural o etnográfico intenta captar la comunidad como cultura o forma de vida a través de la observación participante y de la residencia prolongada en la comunidad. Se intenta así obtener una visión global y totalizadora de ella. El género clásico de los "estudios de comunidad" representa bien este enfoque y sus resultados, cuya aplicación resulta más problemática en áreas urbanas e industrializadas.

La perspectiva social o sociológica se centra en el estudio de la comunidad como un sistema social formado por una estructura de subsistemas con funciones y pautas de intercambio e interacción dados. Los análisis de Warren —y otros ya citados— ejemplifican este enfoque. A continuación se explicitan algunas formulaciones sobre la estructura social de la comunidad, que también se relacionan con este enfoque en cuanto que se describen estructuras y funciones relevantes en una comunidad.

El enfoque psicosocial o psicocultural intenta relacionar los aspectos sociales o culturales (asumidos casi siempre como generatrices) con los psicológicos (efectos de aquéllos). La "personalidad" es comúnmente asumida como puente entre cultura y psicología a través del proceso de socialización. El campo de "cultura y personalidad" (hoy ampliado a "Psicología Transcultural") es la concreción básica de este enfoque.

El enfoque histórico integra datos y hechos comunitarios tanto desde la perspectiva global de toda la comunidad, como desde la individual (a través de biografías seleccionadas). Puede resultar muy útil para comprender el estado presente de una comunidad desde el punto de vista de la dinámica de fuerzas y hechos que la han configurado históricamente, de cara a una intervención informada que tome ese estado y dinámica interna como punto de partida causado y no —irrealmente— como una masa amorfa y maleable a voluntad del interventor.

2.3 Estructura y tipos de comunidad

Otro aspecto importante a considerar son los componentes estructurales de una comunidad, a tener en cuenta en la evaluación o investigación, sea de la comunidad en sí misma, sea en relación con otros aspectos sociales o individuales. Warren (1965) lista 15 elementos básicos, de una comunidad: 1. Contexto general (background), historia y habitat. 2. Vida económica, empleo y condiciones de trabajo. 3. Estructura y contenidos del sistema político y

sistema judicial. 4. Procesos de planificación comunitaria, particularmente la división y uso del terreno. 5. Vivienda, condiciones de habitabilidad y desarrollo urbanístico. 6. Sistema educativo, bibliotecas y museos. 7. Actividades y oferta recreativa y de tiempo libre (comerciales o públicas). 8. Tradiciones y actividades religiosas. 9. Servicios públicos de asistencia y bienestar. 10. Servicios comunitarios para niños y familias. 11. Servicios de salud incluyendo los dedicados a grupos especiales como aquéllos con déficits físicos y de edad avanzada. 12. Medios de comunicación. 13. Relaciones y conflictos entre grupos sociales en la comunidad. 14. Organizaciones voluntarias: Extensión, cobertura y participación. 15. Procesos y formas de organización y coordinación de servicios comunitarios.

La lista de Warren es extensa y comprehensiva. Debe señalarse que muchos de estos aspectos —como la vida económica o política— tienen más carácter de marco englobador que de sustancia constitutiva de la propia comunidad, y que no siempre será preciso conocerlos o incluirlos todos (muchas veces por ser desconocidos) en una investigación. Sería, por el contrario, más acertado, tomarlos como lista orientativa.

Feíner et al. (1983), por su parte, han propuesto un esquema estructurado de los sistemas básicos que integran una comunidad a tener en cuenta al estudiarla como marco para planificar, recoger, o encajar los datos y también para concebir la comunidad. El esquema consta de los siguientes sistemas y subsistemas: I. Entorno natural.

A. Geografía y clima.
B. Recursos: Energía, suelo, agua, vegetación, vida salvaje.
C. Parques. II. Entorno construido.
A. Calidad y naturaleza de los edificios y otras estructuras.
B. Polución: Ruido, vibraciones, olores, basura, radiación térmica, sustancias químicas. in. Características agregadas de los habitantes.
A. Densidad, salario, edad, sexo, estatus matrimonial, etnicidad, estatus de salud.
B. Ajuste persona-entorno.
C. Sentido de comunidad.
D. Redes sociales. IV. Sistemas.
A. Procesos políticos: Legislativos, ejecutivos y judiciales.
B. Condiciones económicas: Empleo disponible, porcentaje de paro.
C. Medios de comunicación: Periódicos, revistas, televisión, radio.
D. Servicios sociales: Centros comunitarios de salud mental, centros de acogida y asentamiento.
E. Centros educativos.
F. Transporte.
G. Agencias de asistencia médica.
H. Establecimientos correccionales.
I. Instituciones religiosas.
J. Instalaciones recreativas.

El esquema es, como se ve, casi exhaustivo prestando especial atención a las dimensiones y sistemas comunitarios.

Tipos de comunidades. Tonnies distinguió 3 formas de comunidad —en sentido amplio—, según el elemento básico compartido o común. 1) De sangre de base biológica (familia, clan, tribu). 2) De lugar, basada en la vecindad (aldeas, medios rurales, barrios). 3) De espíritu, basado en la amistad, sentimientos o espíritu. Se da en pueblos pequeños grupos religiosos o sectarios o en la "comunidad nacional".

A esto podríamos añadir:

4) Las "bandas", "pandillas" o grupos urbanos que comparten la marginación o desviación social.
5) Ciertas instituciones sociales (o grupos funcionales) que funcionan en gran parte como comunidades (escuelas, iglesias, grupos voluntarios, etcétera).
Existen otras clasificaciones y tipologías de comunidades basadas en el tamaño, nivel de desarrollo y diferenciación ocupacional, localización, etc.

2.4 Conclusiones y definición

Si hubiéramos de aplicar el "criterio comunitario" a las definiciones del concepto de comunidad examinadas, tendríamos sin duda una modesta cosecha, dado que hay poco de que esas descripciones parezcan comulgar. Parece que no hay un concepto unitario, consensualmente aceptado y minimamente unívoco de comunidad, lo cual explicaría la enorme multivocidad con que ese término (o el adjetivo "comunitario") son usados en la literatura. Pudiera también suceder que, dado el alto grado de diferenciación social y cultural que las colectividades actuales han adquirido, las diversas comunidades carecieran —paradójicamente— de elementos comunes suficientes para formular una definición o dar una serie de criterios válidos para casi todas ellas. La relativa diversidad de las concepciones examinadas parece sugerir precisamente eso. Dos cuestiones serían pertinentes en este punto:
1) ¿Podrían darse una serie de elementos o criterios que fueran comunes y válidos para los puntos básicos —y el espíritu— de la mayoría de las concepciones de comunidad examinadas o que —al menos— recogieran todos esos puntos básicos sin introducir una marcada incongruencia conceptual?
2) ¿Podría esa definición cubrir la mayoría de las acepciones o significados con que el término "comunidad" es utilizado usualmente en la literatura especializada?

La respuesta a la primera pregunta, es, a nuestro juicio, positiva. La respuesta a la segunda es, en cambio, negativa; lo que implicaría que es preciso restringir el uso abusivo de dichas denominaciones en base al consenso experto previamente establecido si se desea que los términos "comunidad" y "comunitario" mantengan un significado mínimamente preciso e identificable y no se pierdan en la jungla de la confusión y polivalencia semántica.

La investigación de Hillery (1950) sobre las áreas temáticas de coincidencia abarcadas por el término comunidad proporcionan una de las respuestas posibles. Recordamos que Hillery encontró tres áreas comunes a la mayoría del casi centenar de definiciones del término "comunidad" examinados:
1) Localidad compartida (o vecindad); 2) interacción social entre los miembros y subsistemas de la comunidad; y 3) relaciones y lazos comunes.

Por nuestra parte, propondríamos cinco elementos básicos y complementarios —generalmente, pero no siempre, presentes en las definiciones previas— que podrían caracterizar al concepto de comunidad: 1) Localización geográfica de base; 2) estabilidad temporal; 3) un conjunto de instalaciones, servicios y recursos materiales; 4) estructura y sistemas sociales y 5) un componente psicológico resultante, de carácter básicamente identificativo y relacional. 1. Localización geográfica (vecindad): En general se asume (excepto autores como Klein) que la vecindad espacial lleva a desarrollar y compartir una serie de servicios materiales (criterio 3) y de relaciones sociales organizadas sobre y en torno a ellos. La comunidad geográfica o espacial parece pues un requisito básico y "genérico" en el sentido de que de él arrancan el resto de aspectos comunales compartidos por los individuos en la mayoría de las comunidades conocidas.
Este criterio debe tenerse en cuenta en PC no sólo en el sentido puramente espacial o geográfico, sino también como condicionante de las redes de comunicación, de la distribución de servicios y

del asentamiento poblacional y ajuste ecológico de sus habitantes. Los sectores o "áreas de acogida" (catchment áreas), que suelen agrupar entre 75.000 y 200.000 personas y son la base geográfica, demográfica y administrativa de la prestación de servicios ilustrarían la planificación territorializada. 2. Estabilidad temporal (duración). Aunque este criterio no es explícitamente incluido en la mayoría de descripciones mentadas, parece imprescindible en cuanto requiere un mínimo de convivencia entre las personas así como de la duración asociativa del grupo, sin los cuales la prestación de servicios, consideración de sistema social y el desarrollo de los lazos y comunalidades psicológicos y psicosociales derivados, serían cuestionables.

El punto de si son las personas individuales o el grupo social como tal lo que habría de perdurar, sería discutible aunque, en principio, la prioridad que interesa es —en cuanto a consistencia y durabilidad— la del grupo. 3. Instalaciones, servicios y recursos materiales (escuelas, parques, transportes, mercados, hospitales, centros de servicios, etc.). Además de constituir la infraestructura de la actividad económica, formarían los núcleos y ejes de condensación comunicativa y relacional de los individuos y sistemas sociales comunitarios. También son, evidentemente, la base material posibilitadora del desarrollo, distribución y prestación de los servicios sociales y de salud.

4. Estructura y sistemas sociales (políticos, económicos, culturales, etc.). Éste sería un núcleo básico de la comunidad. La cohesión y el conjunto de lazos que se desarrollan entre los miembros de la comunidad, sería un elemento cardinal en su definición —y en la praxis comunitaria— así como también el conjunto de subsistemas que la forman y su articulación y dinámica mutua.

De especial importancia son los sistemas de socialización, control de la desviación y apoyo social así como los de poder y distribución de servicios, con los que se trabajará prioritariamente en el campo comunitario. Esos sistemas son importantes: 1) Porque se asume que su disfunción ha originado los problemas a solventar y 2) porque se van a usar para diseñar y llevar a cabo las intervenciones correctivas pertinentes. 5. Componente psicológico (sentido psicológico de comunidad; 1.2); expresado básicamente en dos dimensiones, una vertical (personal), la identificación o sentido de pertenencia a la comunidad, y otro horizontal (interpersonal), el conjunto de interrelaciones y lazos entre los miembros comunitarios. Refleja esencialmente las implicaciones o influencia de lo social sobre el individuo, el puente entre ambos. Es este componente —su presencia— el que mejor permitiría distinguir lo comunitario de lo puramente socio/ o institucional.

A partir de todo lo dicho podríamos definir la comunidad como un:

Sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de la sociedad de que es parte en base a características e intereses compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: Localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones.

Está generalmente dotada de una organización institucional relativamente autónoma, que concretiza la mediación institucional entre sociedad e individuos, prestando las funciones sociales (socialización, comunicación, etc.), con relevancia local. Sus miembros desarrollan relaciones y lazos horizontales —vínculos interpersonales y cohesión social— y verticales —sentido de pertenencia al grupo e identificación con él—, psicológica y socialmente significativos.

Capítulo 3
Salud mental positiva: conceptos y criterios

Como ya se ha señalado respecto de los conceptos del campo comunitario en general, el de la salud mental interesa por razones no sólo teóricas sino también instrumentales o interventivas. En realidad la salud mental designa —o puede ser vista desde— tres perspectivas: 1) Teórica, como concepto construido; 2) operativa, como objetivo o meta a perseguir en la intervención comunitaria; y 3) como ámbito de aplicación, el conjunto de áreas o problemas incluidos en la salud mental.

De esta forma el conocimiento de la salud mental, sus características, componentes, determinantes y efectos, es de interés no sólo per se, sino como objetivo a perseguir positivamente en PC (y SMC). En esta última constituye su eje central, como su propio nombre indica. En la PC, en sentido amplio, sólo una de sus dimensiones, al ir más allá de la salud mental hacia metas —y campos de aplicación— más amplios como la competencia, la reconstrucción social y el empowerment.

Si se trata de una meta u objetivo a perseguir, necesitamos una definición positiva —y lo más operativa posible— de salud mental que la identifique como algo hacia lo que se va o que se intenta conseguir y promocional. No como algo negativo o deficitario, como es vista desde el modelo médico (la salud mental como ausencia de enfermedad o trastorno mental). Tal definición negativa podría ser útil, si acaso, para la prevención del trastorno mental, pero no para la promoción de la salud mental. (Bien es verdad que la mayor parte de los expertos son incapaces de distinguir convincentemente entre ambas cosas.)

Necesitamos pues información sobre qué es la salud mental positiva y cuáles son sus componentes y determinantes para poder evaluarla y saber cómo y sobre qué elementos sociales y personales actuar para promocionaria y prevenir su ausencia o pérdida (trastorno mental). Antes de realizar el examen de los conceptos y criterios de salud mental positiva haremos un breve examen de aquello que se niega desde ella, el modelo médico de trastorno mental, así como los modelos de, y aproximaciones a, el concepto genérico de salud mental.

3.1 Trastorno Mental y Modelo Médico

El conocimiento y tratamiento del trastorno mental ha registrado un constante progreso a lo largo de los siglos. Durante la Edad Media, fue considerado como un pecado o posesión diabólica (modelo demonológico) tratable por tanto por agentes religiosos o espirituales. Posteriormente pasó, a ser una forma más de enfermedad —con alguna alteración bioquímica subyacente asumida— tratable por medios médicos. Es el modelo biomédico basado, en buena parte, en el trabajo de Kraepelin.

El advenimiento de la Revolución Francesa y sus secuelas y reformas sociales, trae consigo la humanización y reforma de los asilos franceses ejemplificada por la acción de Pinel de liberar a los asilados de sus cadenas. Es lo que Hobbs (1964) ha denominado la "primera revolución" en el campo de la salud mental. La segunda, viene de la mano de Freud y el psicoanálisis al asumir causas —y por ende, soluciones— psicológicas (frente a las orgánicas asumidas en el modelo biomédico) para los trastornos mentales. Freud no sólo funda la psicoterapia como tal (el tratamiento por medios psicológicos) sino que inicia también la explicación psicológica dinámica —frente a la tradición psiquiátrica estática de Kraepelin y otros—, ampliando al campo de los trastornos menores (neurosis) el estudio y tratamiento que hasta entonces se había centrado en las psicosis. Es el modelo psicológico del trastorno mental.

La tercera revolución —la que nos interesa aquí— es la representada por el advenimiento, en los años sesenta de este siglo, del movimiento comunitario que, frente al psicológico e intrapsiquico, se interesa en los determinantes ambientales y sociales del trastorno mental y en la intervención preventiva a nivel poblacional, no individual. Este movimiento se inserta en el contexto del tercer gran modelo —en estado emergente— de tratamiento y conocimiento del trastorno mental contemporáneo (el modelo demonológico es prácticamente inexistente en la actualidad), el modelo psicosocial (Korchin, 1976).

Podríamos decir con B. Smith (1968), que el modelo biomédico representó un gran avance respecto al demonológico (prácticamente inútil para entender o tratar los problemas mentales), permitiendo atender a los trastornos mayores, las psicosis, en los que se centró. El enfoque psicológico surgió, como se ha indicado, del trabajo con neuróticos, en tanto que el psicosocial surgió a partir de los problemas y estreses sociales que grandes grupos de personas desfavorecidas, marginadas o vulnerables experimentan en las sociedades contemporáneas y de la necesidad de eliminar esos problemas y estreses a nivel social, o bien de dotar a las personas afectadas de las competencias psicosociales precisas para enfrentarse a ellos.

El modelo médico (o biomédico) de trastorno mental ha sido —junto a uno de sus vastagos privilegiados, el hospital psiquiátrico— la "bestia negra" y el blanco preferido de las críticas del movimiento comunitario. Merece pues una revisión —aunque sea breve ya que aquí nos interesa sólo de pasada— y examen crítico. Tendremos en cuenta, sin embargo, que las descalificaciones y ataques dirigidas al modelo han pecado en ocasiones de excesiva simplicidad —atacando a un "hombre de paja" inexistente en la realidad—, enmascarando a veces rivalidades profesionales o cuestionamientos funcionales y jerárquicos.

El modelo médico podría reducirse en lo conceptual a las siguientes proposiciones (Korchin, 1976): 1. Los trastornos mentales son enfermedades con una etiología, curso y resultado determinados. 2. Estas enfermedades son de origen orgánico. 3. Incluso si los trastornos mentales se manifiestan sintomáticamente como psicológicos, o lo parecen, se les adscribe una patología física subyacente y son vistos como enfermedades orgánicas; la enfermedad se deduce de los síntomas, pero eliminando éstos no se elimina aquélla. 4. Las enfermedades son contraídas por las personas independientemente de su voluntad o deseos, no teniendo aquéllas por tanto responsabilidad por enfermar. 5. La cura se realiza a través de la intervención profesional, básicamente de tipo médico. 6. Los trastornos se dan en el individuo y son universales en sus procesos esenciales, aún cuando pueden tener algunas manifestaciones sintomáticas culturalmente específicas.

Es más que comprensible que un modelo basado en estas concepciones (y en las relaciones de jerarquización y estatus derivadas) haya recibido críticas feroces desde casi todos los sectores del campo psicológico (humanismo, conductismo, incluso psicoanálisis) y sociológico y psicosocial (Scheff y Becker en su teoría del "etiquetado", los "antipsiquiatras" británicos -Laing, Cooper, etc.-, o Basaglia, Thomas Szasz y otros).

Esas críticas niegan de una u otra forma los presupuestos básicos del modelo, sus implicaciones o la existencia misma del trastorno mental como algo diferente de un rol o etiqueta social que algunas personas se ven forzadas a adoptar bajo el efecto de determinadas condiciones sociales o debido a acciones de profesionales (los de salud mental) que actuarían como agentes del control de la desviación social. Revisemos las críticas más relevantes, elaboradas para nuestros propósitos desde el esquema de Korchin (1976):

1. Se resaltan los factores biológicos a costa de los psicológicos y sociales (particularmente relevantes en el trastorno mental y psicosocial), siendo la terapéutica típicamente farmacológica.
2. El paciente es considerado (como el propio nombre indica) como receptor pasivo de cuidados

profesionales expertos, lo cual es frontalmente opuesto al principio fundamental de intervención psicoterapéutica o comunitaria: El afectado es el instrumento o agente básico de la intervención, cuyo fin sería potenciar su capacidad de funcionamiento autónomo y pleno.
3. Los roles —y modelo jerárquico— médicos son perpetuados frente al tipo de relaciones más igualitarias y potenciadoras, propias del trabajo comunitario.
4. Se resalta —y a menudo requiere— la importancia del título y formación médicos para atender problemas en que —con frecuencia— esa formación puede muy bien resultar no sólo irrelevante sino negativa y para cuya solución se requiere formación y conocimientos psicológicos y sociales.
5. Se da demasiada importancia al proceso diagnóstico y a la búsqueda de soluciones terapéuticas específicas para cada diagnóstico. Esto no sólo es incorrecto, según lo que sabemos de la intervención psicológica, sino que lleva a peligros y excesos de etiquetado y estigmatización, repetidamente denunciados desde la literatura psicológica y sociológica.
6. Se subraya excesivamente lo negativo y patológico, frente a los recursos y factores potenciadores del comportamiento y desarrollo personal.
A los puntos de Korchin debemos añadir uno esencial desde la perspectiva comunitaria:
7. El modelo ha favorecido sistemáticamente la reparación terapéutica retrospectiva e individualizada de los efectos del trastorno mental —"modo asistencial de la espera" (waiting mode) en el lenguaje de Rappaport y Chmsky (1974)—, frente a la prevención y confrontación activa de las fuentes de ese trastorno ("modo asistencial de búsqueda activa" o seeking mode). Esto se aplica básicamente al modelo clínico médico, no al de Salud Pública.

Las concepciones médicas actuales sobre el trastorno mental han variado lo suficiente como para incluir una cierta pluralidad "ideológica" en que la insuficiente implantación evidencial y paradigmática de las alternativas al modelo (los modelos psicosocial, prácticamente emergente, y psicológico, con sus variantes psicoanatítica y humanista-existencial) y la diversidad de los problemas cubiertos, produce una convivencia de los 3 modelos (médico, psicológico, y psicosocial) aunque con pervivencia del núcleo central de creencias del modelo médico.

La evolución de la ideología "oficial" médica sobre el trastorno mental se ve bien reflejada (en parte por la nueva evidencia acumulada) en la serie de documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre todo el referido a "Dimensiones Sociales de la Salud Mental" (WHO, 1981), o en la última edición del manual diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM-III (1980; revisado en 1987).

El DSM-III no sólo incluye nuevas formas de trastornos psiquiátricos en que se reconoce un fuerte componente del estrés externo en su etiología ("desorden adaptativo" o "síndrome de estrés postraumático"), si no que se usan —dentro de la idea de clasificación multiaxial recomendada por la OMS— nuevos ejes, con una gran carga psicológica y social, para diagnosticar y tratar el trastorno mental. El eje IV se refiere a los "estresores psicosociales" relacionados con el problema psicológico. En él se reconocen razonablemente los conocimientos acumulados por la teoría del estrés. El eje V, corresponde al "nivel de funcionamiento adaptativo" alcanzado durante el período previo al problema, comprendiendo las áreas de relaciones sociales, funcionamiento ocupacional y tiempo libre.

Una vez revisado el tema del trastorno mental, dadas las insuficiencias mentadas y los objetivos de salud y potenciación del movimiento comunitario necesitamos pues centramos en la salud como concepto positivo. Veamos antes los diversos modelos de salud formulados y su adecuación al concepto positivo buscado.

3.2 Salud Mental: conceptos y modelos

3.2.1 Modelos

Siguiendo a Offer y Sabshin (1966) y Korchin (1976), y teniendo en cuenta los manuales de "Psicología Anormal" de Davison y Neale (1978) y Sarason (1976) podríamos considerar cinco modelos o concepciones básicas de salud mental (que con frecuencia nombraremos sólo como salud ya que serían extensivos a ese concepto más general): 1) Ausencia de enfermedad; 2) normalidad estadística; 3) normalidad social; 4) proceso, y 5) ideal positivo o utópico. En estas concepciones —excepto en la cuarta que se refiere a un proceso interactivo—, "salud mental" nombra un estado o atributo estructural más o menos permanente.

1) Ausencia de enfermedad (o trastorno). Este concepto negativo de salud se corresponde con el del modelo médico cubriendo sólo la zona negativa del espectro que iría desde la patología o trastorno más severo hasta el punto "cero" (no óptimo) de ausencia de síntomas.

La praxis derivada tendería a eliminar el trastorno y sus síntomas y a restaurar un "nivel razonable" de funcionamiento. La persona saludable en esta concepción es la no tratada u hospitalizada. Naturalmente, y como ya se ha dicho, la parte positiva del espectro (precisamente la que estamos buscando) quedaría sin cubrir en esta concepción que, como nota Jahoda (1958) definiría una condición necesaria —como punto de partida— pero no suficiente para la salud mental positiva.

2) Normalidad estadística. Allport distinguió entre normalidad estadística y ética (que aquí podemos intercambiar grosso modo por social). Las primera es descriptiva y objetivamente determinable tomando como referencia lo que las cosas son; la segunda sería prescriptiva, dependiente de valores y normas sociales que serían la referencia respecto a la que se establece la desviación. La salud mental en este enfoque vendría a coincidir con el promedio estadístico del atributo en cuestión asumiendo que éste se distribuye según una curva normal. La patología o falta de salud vendría dada por la desviación respecto de ese valor promedio. (Nos referimos aquí a la primera acepción de normalidad usada por Allport.)

Esta es la concepción usada en la valoración de la inteligencia —las medidas del cociente intelectual— y la que usa Eysenck en su modelo tridimensional de la personalidad. Como se ha resaltado repetidamente, la "cientificidad" u "objetividad" de este tipo de concepciones es ilusoria, dadas las numerosas valoraciones que entran en el proceso de su evaluación, por ejemplo, al determinar qué atributos se eligen. Para Jahoda esta concepción es —como las de normalidad social o prescriptiva— insuficiente por sí sola para la delimitación de la salud mental positiva.

3) Normalidad social. (La segunda acepción de "normalidad" de Allport.) Aunque la norma social juega con frecuencia un cierto papel —como marco de referencia en el que los comportamientos y desarrollos sociales se dan— identificar salud con aceptación de las normas y valores sociales y patología o anormalidad con la desviación o disconformidad con éstos, significa confundir la salud con la conformidad social y la interacción individuo—sociedad, con el ajuste del primero a la segunda. Eso es inaceptable y coloca al profesional de salud mental en el —tantas veces criticado— papel de agente de control social.

Cierto que la conducta y funcionamiento e interacciones del individuo se han de entender en su contexto social y cultural de referencia, pero los motivos y causas de desviación social pueden ser muy variados y, aún cuando lo fueran debido al trastorno mental, el criterio es por sí solo insuficiente.

4) Salud como proceso. La salud mental es aquí concebida no como una forma de conducta,

estado o estructura psicológica estática, sino como un proceso dinámico que se desarrolla evolutivamente, o en la relación interactiva con un entorno. En la primera perspectiva —la evolutiva— la salud psicológica sería el resultado final de un proceso vital en el que cada etapa se deriva secuencialmente de las previas (concepto psicoanalítico, piagetiano o de Erik Erikson).

En la segunda perspectiva, la ecológica —particularmente apropiada para las disciplinas comunitarias—, la salud resultaría de los ajustes e interacciones mutuos del individuo y el contexto de sistemas sociales en que está inmerso. En este sentido, la salud psicológica o mental —la salud en general— no podrían darse o definirse en el individuo per se sino por referencia a su entorno "total" ("económico, físico, social y cultural", según la OMS, WHO, 1984) siendo por tanto un atributo o resultado, no del individuo mismo, sino de su interacción con el campo total de fuerzas y relaciones en que se mueve. Esta perspectiva es abordada después, con un sentido algo distinto y más general, como uno de los criterios de salud mental positiva de Jahoda.

5) Utopía o estado ideal. En esta perspectiva —la que nos interesa aquí— la salud cubre la parte positiva del espectro que va desde el cero (ausencia de trastorno) hasta un polo —ideal como tal, pero perseguible como objetivo— que corresponde a un funcionamiento óptimo de la persona.

Esta concepción está anclada en gran parte en las formulaciones de la corriente psicológica humanista sobre potencial de crecimiento (Rogers), actualización (Maslow), o personalidad madura (Allport), como metas del proceso terapéutico o del desarrollo personal. Antes de entrar a revisar los criterios y conceptos que sobre ella han propuesto algunos autores como Jahoda o Strupp y Hadley, centremos el tema con algunas ideas y aproximaciones generales al concepto de salud en el que se incluye, naturalmente, la salud mental.

3.2. Aproximaciones al concepto ce Salud Mental

El campo conceptual de la salud mental está excesivamente poblado de vaguedad generada tanto por la imprecisión del propio campo, como de la falta de atención del modelo médico por la salud, dado su centramiento en la enfermedad. Tres condiciones serían precisas en nuestra opinión para una mayor clarificación conceptual de la salud mental:

1. Definición discriminante, distinguiendo la salud mental de otros conceptos globales (como educación, bienestar, hábitos de vida) con que frecuentemente se la confunde, argumentando, por ejemplo, que "todo es salud", lo cuál conduce a un callejón semántico sin salida. La salud mental ha de poder distinguirse de esos otros factores, relacionados pero diferentes.
2. Diferenciación de la salud mental —como concepto, estado, o atributo— de sus determinantes y efectos, aún cuando nos interese conocer esos determinantes de cara a promocionar la salud mental.
3. Diferenciación de la salud (general). Aunque muchos defienden la no separabilidad de salud y salud mental en aras de una praxis integradora y holista (una idea muy razonable y central a la PC) y de la dificultad de trazar líneas de separación entre ambas, esta diferenciación es, para nosotros, necesaria por —entre otras— dos poderosas razones ("estratégicas", en parte): a) Las diferencias relevantes en la temática y características de la salud física y la psicológica o mental, que reclama una consideración y estudio diferenciado (sin evitar sus confluencias o interacciones) sobre todo porque, en caso contrario, se tienden a trasladar masivamente a la salud mental lo que se sabe —y lo que se ignora— de la salud general. b) La abrumadora prepotencia y monopolio de la salud biofísica a costa de la salud mental que con excesiva frecuencia (véanse libros, medios de comunicación, programas de partidos políticos o conferencias) se ve relegada a un apartado insignificante, a pesar de la constatación creciente de su relevancia para la salud general o para el funcionamiento efectivo de individuos y comunidades. Esa preponderancia de la

salud general sobre la mental refleja sin duda el estatus y poder de la profesión médica frente a la psicológica (además del estatus científico del campo).
Revisemos algunas de las ideas y aproximaciones definitorias generales al concepto de salud, tomadas de las formulaciones de la OMS y del ex ministro de Sanidad canadiense Lalonde que pueden, en parte, aplicarse al campo más restringido y diferenciado que aquí nos interesa, el de salud mental.

La OMS en su carta fundacional de 1946 definió la salud como "el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias". Esta conocida definición contenía muchos elementos innovadores para aquella época, como la consideración de la salud en términos positivos y amplios incluyendo las áreas mental y social, además de la puramente biofísica. Según ella —y sin intentar cuantificar la aportación de cada componente— la salud mental o psicológica sería uno de los 3 elementos o dimensiones fundamentales de la salud. La definición ha sido criticada por su estatismo y por basarse en un estado puramente subjetivo -^1 bienestar y excluir factores más objetivos o funcionales como la capacidad de funcionamiento en el contexto físico, psicológico y social (Salieras, 1985)
Esta definición, y sus modificaciones por diversos autores, resulta útil para el concepto de salud mental pero tropieza precisamente con la dificultad de la propia indefinición de lo mental o psicológico y su delimitación de lo físico y social, con lo que el significado de salud mental o psicológica queda poco precisado y discriminado. Por ello habremos de conformamos con formulaciones o ideas que nos aproximen al significado del término sin alcanzar una delimitación total, hoy por hoy inalcanzable a lo que parece

Recientemente la OMS (WHO, 1984) ha considerado salud (y aquí podemos incluir naturalmente la salud mental), no como un objetivo sino como un recurso para la vida diaria" en el que "se subrayarían, como concepto positivo, los recursos sociales y personales además de las capacidades físicas . Elementos básicos para ella serían la dotación económica (salario) la vivienda, la alimentación (lo que Caplan denomina suministros físicos) pero también: Información y destrezas vitales; un entorno que apoye, proporcione oportunidades para elegir entre bienes, servicios e instalaciones, y condiciones en el entorno "total" (físico, social y cultural) que incrementen la ScUUU .

El Ministerio canadiense de Sanidad consideró, en una conocida formulación (Lalonde, 1974) 4 elementos, básicos que intervienen en la determinación del nivel de salud de una comunidad: 1) La biología; 2) el medio ambiente; 3) el estilo y hábitos de vida, 4) el sistema de asistencia sanitaria Trasladando estos elementos al campo de la salud mental obtendríamos las siguientes equivalencias aproximadas. 1. La personalidad o sistema psicológico constitutivo de base (por la biología). 2. Los factores psicológicos y sociales del entorno que inciden como inputs y sistemas de interacción retroalimentada, sobre la formación de respuestas adaptativas del individuo (personalidad) a ese entorno Serían los aportes psicosociales y socioculturales en el modelo de la provisión de Caplan (5 6) 3. El estilo de vida equivaldría aquí a los sistemas de respuestas adaptativas y confrontativas habituales del individuo (o sistemas de resolución de problemas) y a su capacidad para usar los recursos (como las relaciones interpersonales o con profesionales expertos) del entorno. 4. El sistema de asistencia sanitario.

La formulación de Lalonde (y en parte de la de la OMS, desde una posición más individual) tiene el mérito de recoger integrada y comprensivamente los distintos contribuyentes de la salud mental desde una perspectiva amplia y globalizadora, en contraste con la meramente individualizada de costumbre. Se subraya en esta formulación la influencia (y papel codeterminante) decisiva de factores socio-ambientales —como el entorno social o el sistema de asistencia sanitaria— o psicosociales —como la capacidad del individuo de usar esos recursos—,

cosas tan obvias como frecuentemente olvidadas en los tratados y la planificación de las intervenciones sobre la salud mental, usualmente centradas en el individuo.

La formulación es además de gran utilidad en PC —o SMC— al facilitar la modificación del output individual (la salud mental, en este caso) a través de los inputs sociales o ambientales que cubren —o afectan a— un gran número de sujetos. Dicho de otra manera: Cambiando la "personalidad" de un individuo (elemento 1) a través de la psicoterapia sólo lo afectamos a él. Para afectar a muchos individuos (a poblaciones) tendríamos que cambiar el sistema sanitario (el "medio" en la formulación clásica de Salud Pública; capítulo 9) o el sistema de socialización y aprendizaje que media la adquisición de respuestas confrontativas de los individuos (el "agente transmisor" en Salud Pública) (puntos 3 y 4 del esquema de Lalonde).

Entendámonos; no es que el individuo no sea importante. Es simplemente uno de los factores de la ecuación. Su valor (en SMC y Salud Pública) se deriva de ser considerado como miembro de una población —el verdadero blanco de la intervención— en tanto que en los modelos clínicos clásicos (en medicina o en psicología) el individuo es él mismo y punto. La intervención se centra en él y no hay más consideraciones. En PC, la persona tiene una consideración suplementaria, como actor y elemento social básico (4.7).

Desde esta concepción (que se amplía al hablar de prevención; cap. 9), se puede intervenir sobre: l)Individuos en una situación dada de riesgo o de estrés; 2) sobre un sistema de educación-socialización —que proporciona pocos recursos psicoeducativos para confrontar ese estrés—; 3) sobre un sistema de salud o de toma de decisiones políticas sobre asignación de recursos o fijación de prioridades que no trate apropiadamente los efectos (o las causas) de ese estrés en forma de pérdida de salud mental (depresión, malestar vital, ansiedad, disfunciones interpersonales, etc.).

El esquema de Lalonde (igual que otros compatibles con la concepción comunitaria de salud) facilita conceptualmente la intervención integral ponderando o dimensionando los distintos inputs intervinientes en el proceso. Es claro, además, que las actuaciones a nivel de sistema son —si funcionan— más eficientes, permitiendo un uso más económico de los recursos sociales y profesionales.

3.3 Salud mental positiva: concepto y criterios

Existen diversas formulaciones (realizadas desde los campos de la personalidad, la psicoterapia y la propia SMC) compatibles con el concepto positivo y potenciador de salud que aquí se busca. De él existen abundantes trazos en diversos documentos de la OMS, como los citados anteriormente). Más importante aún, si cabe, es que estas formulaciones contienen suficientes elementos comunes (o próximos) como para aportar una cierta "validez convergente" a ese concepto. O sea, que parece que casi todas se refieren a lo mismo y que eso se puede concretar en una serie de rasgos y criterios dados. Dentro de las diversas concepciones, examinaremos a continuación las de Gordon Allport (1961), Strupp Hadley (1977) y Marie Jahoda (1958) para centrarnos en estas dos últimas que aparecen como las más pertinentes para nuestros propósitos.

Las ideas de Allport (1961) sobre la "personalidad madura" (o saludable) reflejan apropiadamente el pensamiento humanista en este terreno. Las 6 cualidades básicas de esa personalidad madura (muy relacionadas con las mencionadas por otros autores de la misma tendencia como Rogers o Maslow), son las siguientes: 1. Extensión del sentido de sí mismo (self) con participación en empresas humanas que rebasan el mero interés personal. 2. Existencia de relaciones cálidas o afectuosas con otras personas, lo que incluye la capacidad de tener intimidad,

respeto y compasión por ellas. 3. Seguridad emocional y autoaceptación. 4. Percepción realista; destreza y capacidad de realización de tareas y de conducta focalizada, con plena involucración personal en esas tareas. 5. Auto-objetivación (capacidad de percepción objetiva y distanciamiento de sí mismo), intuición y capacidad de comprensión (insight) y humor. 6. Una "filosofía" vital unitaria que incluya, no sólo un conjunto coherente de ideas y creencias, sino también un sentido de dirección y de posesión de metas u objetivos vitales.

3.3.1 Modelo tripartito de strupp y hadley

Strupp y Hadley (1977) han propuesto un modelo tripartito de salud mental que, si bien está centrado en la evaluación de los resultados de la psicoterapia, es de gran interés para nosotros al identificar 3 componentes básicos de la salud mental así como las partes implicadas en su evaluación y la forma de su valoración conjunta e integrada, tanto en el caso de concordancia convergente como en el de discrepancia entre los 3 componentes.

Los autores parten de la ausencia de un consenso sobre qué es la salud mental y cómo se evalúa. Esa ausencia es patentizada, según Strupp y Hadley, por el voluminoso cuerpo de literatura acumulada sobre medidas de cambio psicoterapéutico. A partir de ahí, y dada la naturaleza multifactorial de la salud mental, los autores piensan que no es posible evitar la introducción de valores al evaluar la salud mental, dependiendo esa evaluación de la perspectiva adoptada y de quien la lleve a cabo, dado que cada perspectiva realza más unos componentes que otros del constructo.

Necesitamos, pues, una evaluación multicomponencial o multifacética si queremos obtener una visión comprensiva y totalizadora de la salud mental de una persona. Esta evaluación comprendería tres aspectos o facetas básicas de la persona y de su funcionamiento (comportamiento social, bienestar subjetivo y estructuración de la personalidad) cuyo conocimiento y valoración corresponden a las tres partes diferentes implicadas en los procesos de salud mental: La sociedad, el sujeto afectado y el profesional de salud mental. Examinemos cada uno de los aspectos o criterios y los sujetos correspondientes de su evaluación.

1. Criterio externo, social y funcional. Corresponde al comportamiento social del individuo, a su capacidad de funcionamiento, de asumir responsabilidad por los roles sociales asignados (incluyendo el laboral), de conformar su conducta a las costumbres y normas prevalentes y de cumplir los requisitos de las situaciones en que se encuentre involucrado en su vida diaria. La sociedad es la parte interesada y a la que corresponde juzgar las cualidades adaptativas de esta conducta.

Dado que la sociedad está interesada primariamente en el mantenimiento de las instituciones, estructura relacional y normas de conducta sancionada, ella, o sus agentes delegados, tienden a definir la salud mental en términos de estabilidad y predecibilidad del comportamiento y de conformidad con las normas y costumbres sociales. Pero, lo que es bueno para la sociedad puede no serlo en absoluto para la segunda parte implicada; el individuo afectado. De adoptar esta perspectiva como única, la psicoterapia —o la intervención psicosocial— corre el riesgo de aparecer como un instrumento de control social (y el profesional salud mental como un agente de tal control o, cuando menos, responsable de sus acciones interventivas ante la sociedad).

Los familiares, compañeros de trabajo o vecinos interesados podrían ser casos típicos de agentes sociales que valoren la salud mental del interesado desde esta perspectiva.

2. Criterio personal, subjetivo. El estado —o sentimientos— positivos de bienestar —o negativo, de malestar y sufrimiento— de la persona, que sólo ella misma conoce como sujeto activo y

paciente de ellos y de sus resultados acumuluados en forma de auto-referencia (auto-percepción y auto-valoración). El criterio podrá, por tanto, valorarse a través de los sentimientos, autopercepción y nivel de auto-estima del propio individuo —referente informativo y valorativo central en este caso—, y sólo en la medida en que el evaluador tenga acceso personal y comunicativo a esos fenómenos y procesos subjetivos.

Los autores señalan que —en la línea con lo ya descrito aquí en capítulos previos— este criterio asume mayor importancia en nuestros días, en vista del número creciente de personas que acuden en busca de ayuda terapéutica en relación con problemas psicosociales de malestar existencial, soledad y falta de sentido vital o con problemas psicológicos, como la ansiedad y depresión, que tienen un importante componente de malestar subjetivo.

3. Criterio profesional, "objetivo" o estructural. Corresponde a la apropiada estructura psicológica de la personalidad, caracterizada por la capacidad de crecimiento, desarrollo, autoactualización, integración, maestría sobre el entorno, capacidad de confrontar y dominar el estrés y por poseer una orientación realista y con capacidad de adaptación al entorno (ideas similares, en parte, a las de Allport).

La valoración de este componente corresponde al profesional de salud mental con independencia —relativa— de los otros dos criterios y a través de toda una variedad de medidas que oscilan —según el marco conceptual del profesional— desde la evaluación objetiva (tests psicométricos) a las pruebas proyectivas. Ciertamente este criterio estructual necesita una complementación comportamental —o sintomática— sin la que se pierde una parte esencial de la evaluación profesional de la salud mental.

Strupp y Hadley realizan una excelente discusión de las distintas combinaciones posibles de los 3 criterios. Si existe concurrencia entre ellos, obtendremos una valoración unánime del estado de salud mental de la persona. El problema se dará cuando existan discrepancias entre los criterios siendo uno(s) favorable(s) y otro(s) desfavorable(s). Por ejemplo, si una persona se siente bien (criterio subjetivo) pero se relaciona de forma dañina o manipulativa con otras personas de su entorno (criterio socio-funcional) ¿podríamos hablar aquí de salud mental? ¿Y si está libre de síntomas (criterio profesional) pero siente malestar en sus relaciones (criterio subjetivo)? ¿Y si el comportamiento socialmente inconformista cumple funciones psicológicamente defensivas, permitiéndole sentirse bien a pesar de una conducta social egoísta o nociva? Etc.

Evidentemente no es posible sustraerse en este terreno a los valores que subyacen a cada posición o adoptar una postura de —imposible— "objetividad". La posible solución pasaría por hacer explícitos los valores implicados en cada postura y discutirlos en caso de discrepancia, sin partir de asunciones previas y unilaterales de posesión de la verdad absoluta.

Strupp y Hadley (1977) acertadamente señalan que para obtener una imagen apropiada y correcta de la salud mental de una persona necesitamos una evaluación multidimensional, valorando cada una de las dimensiones (3 en este caso) relevantes desde la perspectiva de las (3) partes interesadas citadas. Las visiones unidimensionales resultarían por fuerza unilaterales y poco informativas, estando potencialmente sujetas a la distorsión valorativo-subjetiva de la parte correspondiente en función de sus intereses y de las relaciones que mantiene con el sujeto evaluado.

El modelo tripartito (que toma, por cierto, varios elementos del trabajo de Jahoda) resulta, en nuestra opinión, útil, flexible y sugerente, al incluir las diferentes perspectivas valorativas pertinentes para la salud mental, sin excluir el input social y funcional, algo olvidado con frecuencia en otras formulaciones. En nuestra opinión, el modelo podría ampliarse y completarse conservando los criterios subjetivo y profesional tal y como están (con la adición ya indicada en

este último), pero desglosando el criterio social en tres componentes o dimensiones básicas: 1. Criterio social, per se: El grado de ajuste o desviación respecto de la norma socialmente consensuada o convenida. Es un componente esencialmente normativo o convencional. 2. Criterio interpersonal, diferente del anterior al adquirir los elementos afectivos y emocionales un mayor peso en su definición y al tenerlo mucho menor la normativa social genérica. Se centraría en la capacidad de formar y mantener relaciones interpersonales a distintos niveles (especialmente con involucración afectiva) y en la calidad y contenido (emocional, informativo, social, etc.) de las relaciones del individuo.
3. Criterio funcional (o de funcionamiento) en el que la norma valorativa -la capacidad de funcionamiento (mental, profesional, escolar, etc.), y realización de tareas- sería mucho más objetiva y Ubre de la norma social convencional. Se evaluaría a través de áreas como el funcionamiento escolar
(calificaciones y otras evaluaciones) y el rendimiento laboral o profesional.

3.3.2 Criterios de salud mental positiva de Jahoda

Marie Jahoda —una psicóloga social— recibió el encargo de realizar una de las monografías encargadas en 1955 por la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y Salud Mental (Joint Commission on Metnal Illness ana Health) norteamericana, como parte de su encuesta sobre la salud mental en aquel país. El libro resultante Current Concepts of Positivo Mental Health (Jahoda, 1958) es aún hoy el documento y síntesis más informativa y completa sobre el tema. No es, por supuesto, casual que el libro fuera realizado en el contexto —y bajo los auspicios de— el naciente movimiento de salud mental comunitaria. Hasta su advenimiento casi nadie se había ocupado de la salud desde un punto de vista positivo y promocional (excepción hecha de la Psicología Humanista o —indirectamente— por autores como Henry Murray).

Jahoda revisó y sintetizó el pensamiento, conceptos y criterios sobre la naturaleza, componentes y características de salud mental, descartando aquéllas que, en su opinión, no eran apropiadas para una formulación positiva. Describió asimismo las condiciones que habría de reunir una tal formulación obteniendo seis grupos de enfoques o criterios de salud mental positiva que se explican más adelante.

Las características de —y condiciones para— el concepto de salud mental positiva serían las siguientes: 1. Ser un atributo personal o individual (involucrando una condición de la mente humana individual), no social o grupal. Aunque el entorno social o cultural pueden facultar o dificultar la consecución por sus miembros de la salud mental, ésta es en sí misma un atributo personal. Hablar de "sociedades" o comunidades "enfermas" no tendría pues sentido para Jahoda, como tampoco lo tendría hablar de "indicadores sociales de riesgo" o, más aún, de "salud mental comunitaria" que sería según esta apreciación un contrasentido semántico. (La autora no se pronuncia explícitamente en este punto concreto.) 2. Habría que distinguir entre salud mental como un atributo estable y duradero, función de la personalidad, y comportamientos o conductas saludables que dependerían de la situación inmediata. Jahoda se refiere, en general, a atributos y no a conductas puntuales o situacionales. 3. Las normas y estándares de comportamiento saludable —o normal— varían con el lugar, tiempo, cultura y expectativas del grupo social. No existen normas objetivas, fijas e independientes de la valoración social en una cultura, grupo y momento dados. 4. La salud mental no es una meta o bien en sí mismo, sino uno de los diversos valores humanos (punto éste recogido por la OMS —WHO—, 1984). 5. No existe ningún concepto comprensivo, totalmente aceptable de salud o enfermedad mental (como tampoco los hay de enfermedad física). Hay por tanto que considerar conceptos múltiples, incluyendo grupos

de criterios relevantes para cada concepto en el grupo cultural de referencia. 6. Aunque las descripciones de salud mental parecen abstractas, deberían poderse traducir a conceptos operativos definibles por operaciones concretas que permitan obtener escalas de medida para cada criterio. 7. Cada criterio debe ser considerado como un continuo con dos extremos, uno positivo u óptimo (no máximo), de salud mental y otro negativo, de trastorno mental. En cada persona pueden existir tendencias no saludables dentro de una estructura general saludable.

Los criterios y formulaciones recurrentes en el tema de salud mental positiva encuestados por Jahoda podrían agruparse en seis enfoques o perspectivas principales (básica —aunque no totalmente— independientes entre sí) dentro del contexto de las sociedades occidentales avanzadas: 1. Actitudes positivas hacia sí mismo (self), como autoaceptación y confianza en sí mismo y en la propia capacidad de manejarse por sí mismo, independientemente de los demás.
Cuatro componentes o dimensiones son propuestos por Jahoda como expresión de esas actitudes: 1) Accesibilidad de uno mismo a la conciencia; 2) objetividad y corrección del concepto de sí mismo (o tendencia a la concordancia del self ideal y el real); 3) sentimientos positivos (de aceptación) hacia uno mismo, y 4) sentido integrado de identidad (a alcanzar en la etapa adulta) —frente a la difusión de sí mismo en el entorno— que incluiría cierta "mismidad" y continuidad interna identificables con un "sí mismo" continuo y estable a pesar de las alteraciones del entorno.
2. Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo. Comprendería tres dimensiones: a) Autoconcepto (ya tocado en el punto previo), b) Un proceso motivacional de la persona más allá de la mera subsistencia existencial hacia fines, propósitos, valores e intereses vitales más altos y positivos; según este proceso, la persona hace un uso no restrictivo de su capacidad potencial —en lugar de limitarse a la mera satisfacción de necesidades—, teniendo una orientación hacia el futuro y no hacia el pasado, c) "Inversión" en la vida (entendida como resultado y no como proceso motivacional) con capacidad de "extenderse" positivamente hacia los demás o hacia el trabajo, ideales, metas o estándares morales.

Atributos de la persona autorrealizada o madura serían un alto grado de diferenciación o desarrollo (en relación a su "equipamiento" constituyente) y la capacidad de comportarse de un modo eficiente, focalizado y guiado por fines preestablecidos.
3. Integración del sí mismo o la personalidad: (a) Grado en que las fuerzas, tendencias o instancias psicológicas están equilibradas (o se alcanza su síntesis significativa y funcionalmente eficiente) en el conjunto de procesos e interacciones vitales, incluyendo la flexibilidad (frente a la rigidez) en la interrelación de esas fuerzas o tendencias en el individuo adulto.

También podrían añadirse dos puntos más: b) Existencia de una actitud o perspectiva vital unificada e integrada basada en ideales religiosos, estéticos u otros, que proporcionan coherencia objetiva y significado subjetivo al conjunto de actividades vitales de la persona, c) Resistencia, resiliencia o tolerancia frente al estrés, la ansiedad y la frustración, sin resultar en desequilibrios internos significativos o en el riesgo de desintegración, del self.
4. Autonomía o autodeterminación, como proceso y como resultado comportamental. Como proceso (a), nos estamos refiriendo a la capacidad de autorregulación y de tomar decisiones de acuerdo a normas, valores y principios internalizados, b) Como resultado (no enteramente separable del proceso, claro está), la autonomía se centra en el mantenimiento de un comportamiento autónomo, estable y relativamente independiente de las demandas, presiones y estreses del entorno.

En este componente, como en otros, la salud mental ideal designa un grado óptimo —en el que se mantiene un equilibrio razonable entre autorregulación y demandas del entorno— y no uno máximo —independencia y autonomía totales frente a ese entorno y sus fluctuaciones—.

5. Percepción correcta de la realidad. Se incluyen aquí 2 procesos básicos: a) Percepción razonablemente objetiva del entorno (y de sí mismo, aunque ésta va ya implicada en el criterio número 1) de acuerdo a estándares establecidos o consensuados y con independencia razonable de la distorsión perceptual causada por las propias necesidades. No se quiere decir que la influencia de esas necesidades sea nefasta, carezca de función o haya de ser eliminada, si no que debe existir un sistema autónomo y eficiente de reality testing para comprobar la correspondencia o discrepancia entre deseos propios y realidad externa. b) También se incluye en este criterio —asumiendo la percepción como fenómeno social y no puramente biofísico— la capacidad de experimentar (y usar efectivamente) la empatía y sensitividad social hacia los demás y el respeto por sus sentimientos, ideas y valores. Se asume igualmente que una percepción correcta y no distorsionada de la realidad permite una interacción realista y eficiente con el entorno, en tanto que una percepción incorrecta o distorsionada ocasionaría una interacción egocéntrica e ineficiente con el medio externo.
6. Dominio y control (mastery) del entorno, como proceso y como resultado (exitoso) de ese proceso. Se incluyen aquí seis áreas o cualidades complementarías y en parte muy relacionadas entre sí (las tres primeras especialmente): a) Capacidad de amar y de experimentar placer sexual; b) adecuación en el amor, el trabajo y el juego como actividades básicas y complementarias de relación de la persona con su entorno; c) adecuación en las relaciones interpersonales o afectivas significativas y positivas y capacidad de experimentar comunidad con otros (frente a la alienación respecto de ellos); d) eficiencia para satisfacer demandas y requerimientos razonables del entorno, sin dañar a otros o violar el resto de criterios (lo que puede suceder frente a situaciones o demandas extremas); e) adaptación al entorno y a sus modificaciones, implicando tanto la posibilidad de modificarse uno mismo, como de modificar el entorno, y yendo más allá del puro ajuste o acomodación conformista del sujeto al entorno; y f) capacidad de solución de problemas —como proceso y como resultado—. La excelente formulación-resumen de Jahoda incluye como vemos tres tipos de concepciones y criterios:
1) Estructurales o referentes a la estructura interna del individuo (1 y 3).
2) Adaptativos y de relación con el entorno (ecológicos: 4, 5 y 6).
3) Evolutivos o procesales (el 2).
El conjunto parece el más completo y razonable sobre la salud mental aunque está claro que los criterios propuestos distan bastante de ser objetivables y precisos en muchos casos. Resulta, en todo caso, plenamente congruente con las ideas y proposiciones actuales sobre la evaluación de los resultados de la psicoterapia y el nivel de salud mental (Bergin y Lambert 1978; Harvey y Parks, 1982; Garfield, 1984).

Merecería una discusión amplia, tanto en sí mismo como en su relación con los campos de interés —Salud Mental Comunitaria y Psicología Comunitaria— que aquí nos ocupan. Dejamos simplemente apuntada una cuestión entre las muchas que podrían suscitarse. Se trata de la cuestión de la adscripción individual y no a grupos o comunidades, de la salud mental, lo cual, aunque resulta muy razonable desde cierto punto de vista, podría disputarse desde otros. La convención de conservar la salud mental como algo personal preservaría otros conceptos del campo teórico comunitario, como bienestar social, empowerment apoyo social, como atributos más sociales o de la comunidad. Esto evitaría, entre otras cosas, la extensión de los vicios conceptuales o aplicados del modelo médico —adscritos con frecuencia al concepto de salud mental— a la esfera del estudio e intervención psicosocial y comunitaria, una ventaja nada despreciable. También el concepto de competencia (usado y formulado desde otras perspectivas) tiene, de todos modos, una fuerte connotación individual, aunque se haya intentado usar para caracterizar comunidades (Iscoe, 1974; ver capítulo 5).

Capítulo 4
Psicología Comunitaria: definición y características

En el estado actual de las disciplinas comunitarias, no es posible —ni probablemente conveniente— hacer una distinción drástica entre SMC Y PC dada la gran comunalidad de ambas puesta de manifiesto en revisiones sistemáticas de la literatura comunitaria (Lounsbury y otros, 1980; Me Clure y otros, 1980) y a pesar de los intentos recientes hacia su diferenciación, más desiderativos que realmente basados. La definición y caracterización de las disciplinas comunitarias resulta difícil por dos razones ya apuntadas.

1. Su estado aún parcialmente emergente como disciplinas que todavía no han perfilado totalmente su identidad sustantiva (en sí) y exclusiva (diferencial respecto a otras) así como sus ámbitos teórico y de acción. Las definiciones de la PC o la SMC son así con frecuencia vagas y poco precisas lo cual es, en parte, comprensible de cara a evitar cristalizaciones conceptuales demasiado restrictivas para un campo aún en estado de formalización y crecimiento.

2. El carácter interventivo de esas disciplinas (sobre todo la SMC). Al consistir mayormente en un conjunto de actividades y estrategias de intervención, son más fácilmente caracterizables en términos de lo que se hace, o los objetivos y valores que basan esa acción, que de lo que conceptualmente son, ya que la construcción teórica ha ido siempre en este campo a remolque de la acción. Esto hace precisamente de esa tarea —la definición y construcción de un corpus teórico— algo prioritario para el avance del campo.

Ese capítulo se estructura en tomo a los temas siguientes: Características diferenciadoras del modelo conceptual e interventivo comunitario con respecto al médico-clínico de psicoterapia; definición y caracterización sustantiva de PC incluyendo dos de las formulaciones más ambiciosas y reconocidas sobre la Psicología Comunitaria, las de Rappaport y Goodstein y Sandier, y culminando con una amplia propuesta propia de definición de la PC, elementos y procesos básicos y estructura disciplinar.

Dado que la PC ha surgido desde —y como alternativas a— otros campos interventivos y de prestación de servicios psicológicos (la Psicología Clínica, fundamentalmente) una clarificación diferencial respecto a ellos, no solamente es imprescindible, sino que puede aportar mucha luz en la propia definición de la PC. En esa caracterización diferencial —que sigue en el próximo punto— se toman PC y SMC como un bloque homogéneo aunque a veces un rasgo o diferencia se asignan más prioritaria o claramente a una tendencia u otra. Esta caracterización va seguida en otro punto de un esbozo de las diferencias básicas entre PC y SMC, diferencias que ya se van recogiendo, de todas formas, a lo largo de toda esta sección.

4.1 Características diferenciales frente al modelo clínico-médico

La Tabla 1 recoge las características explícitas más importantes que diferencian al modelo comunitario de los modelos tradicionales de prestación de servicios según elaboración propia a partir de los desarrollos de Bloom (1973, 1984), Korchin (1976), Heller y Monahan (1977), Rappaport (1977), Zax y Specter (1978), Gibbs et al. (1980) y Feíner et al. (1983). Esas características están organizadas en tomo a los siguientes puntos —particularmente retomados a otros niveles en 4.7 y, en el aspecto interventivo, en el capítulo 8—:

1. Asunciones etiológicas o causales. El modelo comunitario asume que el trastorno (y la salud) están en gran parte determinados por factores y procesos del entorno socio-cultural en que está inmerso el individuo. En los modelos clínicos tradicionales (exceptuando parcialmente los conductistas), el origen del trastorno y la salud mental es interno, con frecuencia evolutivamente

localizado en el desarrollo temprano del sujeto y en su dinámica intrapsíquica. Desde el punto de vista de la responsabilidad, esta asunción nuclearia la ideología que Ryan (1971) ha denominado "culpar, o responsabilizar a la víctima" (blaming the victim) de sus propios problemas (marginación, pobreza, trastorno mental, etc.).

2. Modelo teórico de investigación y acumulación de conocimientos. Dado su carácter inicial y básicamente interventivo, las disciplinas comunitarias carecen de un cuerpo teórico y de un modelo de investigación propio. Esta carencia ha llevado a la búsqueda de paradigmas y conceptos teóricos externos (cuyo catálogo más amplio es ofrecido por Rappaport, 1977, y el más seleccinado por Gibbs, et al., 1980) que guíen la conceptualización, investigación y praxis comunitaria. Los principales paradigmas citados —o adoptados— son la ecología social (Kelly, Murrell, Moos) y, en menor medida, los modelos de cambio sistémico (Watziawick y cois.). También podrían citarse otros (ver capítulo 5).

Éstos, son en todo caso modelos de campo que —frente a los modelos individuales— subrayan, por un lado, el papel del entorno psicosocial y las interacciones individuales y de los sistemas con ese entorno. Por otro, la dinámica relacional interna (interindividuos e inter-sistemas) y procesos de evolución y cambio de los sistemas. Estos aspectos cubren las dos necesidades teóricas primarias del campo comunitario: 1) Una teoría sustantiva —y estructural— de la relación de individuos y subsistemas con su entorno (ecología), y 2) una teoría dinámico-formal del cambio y la acción social.

Los modelos clínicos clásicos (exceptuando en parte los conductuales, en una posición intermedia pero relativamente pobres en lo teórico) usan como marco conceptual teorías intrapsíquicas e individualmente centradas: Teorías de la personalidad y psicopatología (asumida como el rango "anormal" del funcionamiento psicológico). Simplificando: Las disciplinas comunitarias se basan en modelos teóricos, adaptativos, adaptativos y sistémico-exógenos, las clínicas en modelos endógenos-individuales.

3. Localización de la intervención. Es la comunidad misma en los modelos comunitarios, en tanto que en los clínicos (como su propio nombre indica) es la clínica, el hospital y, en general, centros institucionales distanciados de la comunidad en que se insertan los individuos tratados. Las razones de la localización comunitaria de esa intervención son fundamentalmente dos:

a) Es en la comunidad donde surgen los problemas —de salud mental y otros— y donde son detectables con ayuda de, y por referencia a, los vecinos geográficos y psicológicos de los afectados —en relación al funcionamiento y normas locales de vida— en su inicio, cuando aún pueden ser preventivamente atajados. En tanto que, cuando las personas acuden a los centros de ayuda, los problemas han alcanzado ya habitualmente un nivel de gravedad alto, con frecuencia irreversible.

b) Si la raíz de los problemas (y los nutrientes psicosociales de los individuos que se van a usar en su solución) están en la comunidad, es allí donde ha de intervenirse para modificar los sistemas disfuncionales sin deprivar a los sujetos de esos nutrientes emocionales, psicológicos y sociales cuya ausencia agravaría los problemas como sucede, por ejemplo, en el "hospitalismo" (o síndrome de desocialización) observado en los internos mentales crónicos.

4. Nivel o destinatario de la intervención. En el modelo comunitario sería la comunidad como tal, preferentemente los sistemas sociales (principalmente los de generación de estrés, socialización, de recursos psicosociales y de apoyo) en la PC. En la SMC el destinatario serían las plasmaciones geográficas, demográfico-administrativas de las comunidades, representadas por los sectores o "áreas o zonas de acogida" (catchment áreas) con 75.000 a 200.000 habitantes generalmente, y servidos por los centros de salud comunitaria zonales. En el modelo clínico, el nivel de intervención básico es individual, aunque existe una tendencia reciente a la actuación en el nivel

familiar y pequeño-grupal.

Una idea incipiente crecientemente manejada por los autores comunitarios, es que para realizar una intervención realista y eficaz, la acción comunitaria no debería usar automáticamente la comunidad como único nivel de intervención, sino considerar los diversos niveles (individual, grupal, organizativo, comunitario, institucional, etc.), y elegir aquel o aquellos más apropiado/s) para la intervención sean o no el de la comunidad local.

5. Fines de la intervención. Pueden agruparse en dos niveles como indica la tabla. El primero, correspondiente grosso modo a la SMC, es la prevención —primaria sobre todo— del trastorno mental. El segundo, más cercano a la PC, corresponde a lo que se suele llamar desarrollo, potenciación (empowerment), capacitación o dotación competencial de las comunidades. Un objetivo, aún sólo esbozado vagamente en lo conceptual, cuyos parientes cercanos serían la calidad de vida y el bienestar, enriquecimiento o capacidad funcional de individuos y comunidades. El incremento o promoción de la salud mental de las personas se situaría entre ambos fines.

La hipótesis o asunción teórica que liga y relaciona los dos grupos de fines (prevención y potenciación) es que la potenciación comunitaria e individual contribuirá significativamente a la prevención del trastorno mental y los problemas psicosociales. La validez de esta asunción está, naturalmente, por demostrar.

El fin de la intervención clínica es la reparación terapéutica reactiva, con desaparición del malestar subjetivo y la disfunción externa y sintomática acompañantes.

6. Organización y planeamiento racional de la distribución y prestación de servicios psicológicos. La diferencia es grande en este punto: En la intervención clínica se sigue básicamente el modelo de "mercado libre" en que los individuos que sienten la necesidad, y pueden pagarlo, buscan y contratan los servicios de un clínico profesionalmente certificado. No hay planificación ni organización (excepto la que subsidiariamente adopta el poder público para los casos socialmente más disfuncionales o deteriorados).

En el modelo comunitario, al asumirse las causas y los efectos potenciales del trastorno mental (y otros problemas) en la población total o entorno social, los servicios son planificados y organizados globalmente (a nivel local. intermedio o centralizado) en base a la población total de la comunidad (sector o área de acogida) o a las poblaciones a riesgo del problema en cuestión.

Principios rectores de la organización racional de servicios y recursos son: Coordinación horizontal (generalmente a nivel local) entre las varias agencias y servicios implicados; integración vertical de los diversos tipos de servicios (salud física y mental, internamiento hospitalario, de atención domiciliaria, servicios sociales o de bienestar, educativos y escolares, etc.), a ser posible en el mismo centro; continuidad del tratamiento a lo largo de toda la red o sistema de atención (transición del hospital a la comunidad por ejemplo); compleción de la gama de servicios (de salud, educación, recreativos, religiosos, familiares, bienestar social, laborales, etc.), ofrecidos y centramiento en el problema o persona y no en el tipo servicio (de hospitalización, por ejemplo) al que en la asistencia clásica se habían de adaptar los pacientes, en lugar de ser a la inversa. En conjunto, se intenta conseguir una atención: a) Completa o integral; b) centrada en la persona, no en la técnica o el servicio concretos.

7. Tipos de servicios ofrecidos. Los servicios prestados en SMC y PC, tienden a ser indirectos, de efecto multiplicador, multidisponibles y con un fuerte componente educativo, en tanto que los clínicos suelen ser directos, unidisponibles y más técnicos que educativos. El hecho de que los servicios son prestados, no directamente a las personas afectadas una a una, sino indirectamente, a través de sistemas o personas que tienen una influencia o contacto con muchos de los afectados, les da un poder multiplicador (al igual que la educación). La posibilidad de usar esos servicios

fuera de hospitales y centros institucionales y más cerca de la comunidad, les da un carácter multidisponible. El componente educativo (por ejemplo, educación promocional de la salud) está asociado a la prevención y comunicación masiva de conocimientos (que se supone la base de esa).

8. Personal o agente interventor. En la estrategia comunitaria intervienen junto a los profesionales, paraprofesionales, voluntarios y mediadores comunitarios que, además de poseer cualidades especiales y una efectividad terapéutica probadamente similar a la de los profesionales de salud mental (Durlak, 1979), sirven de puente con la comunidad y sistemas sociales en que se interviene (ver 4.7.1,7). El personal usado en los servicios clínicos tradicionales son los profesionales (psicólogos clínicos, psiquiatras, asistentes sociales) lo que, dada su relativa escasez, hace imposible la atención de gran cantidad de consumidores que precisan sus servicios —alrededor de un 19 de la población total en el caso de la salud mental—.

9. Modelo de distribución (prestación) de servicios. La forma de "buscar" o alcanzar a los usuarios potenciales es en la estrategia comunitaria activa, flexible, proactiva (previa al desencadenamiento de los problemas), más similar al marketing social que al distanciamiento pasivo del clínico, y basada en las necesidades comunitarias y globalmente planificada. Es —en parte— lo que Rappaport y Chinski (1974) llaman la modalidad de búsqueda (seeking mode). En la clínica clásica esa modalidad es, en cambio, pasiva, receptiva y de "espera" del cliente como consumidor que adquiere un servicio en el mercado (waiting mode).

10. Localizadon del control o poder. En el modelo clínico, de base relacional médica, el profesional de salud mental, como tal profesional o como agente autorizado de control social, toma las decisiones y asume las responsabilidades. En los modelos comunitarios, el poder y la fuente de decisiones y responsabilidad es la comunidad con mayor participación del profesional y de los sistemas políticos de toma de decisiones. Las esferas básicas del "control comunitario" son la definición de necesidades y objetivos de la intervención. Otros factores como la elección de estrategias interventivas y evaluativas son más propios del experto comunitario.

11. Tipo de relación agente interventor (ayudador)-ayudado. En la estrategia comunitaria tiende a ser colaborativa, simétrica, recíproca, igualitaria y mínimamente distanciada. En la clínica la relación terapéutica es clásicamente definida (excepto en los modelos humanistas de trabajo) de acuerdo al modelo médico: Jerárquica, asimétrica, monodireccional y distanciada, con el experto en una posición supraordinada y el cliente en una subordinada (ver punto 5; 4.7.2).

12. Roles del agente interventor. En la intervención comunitaria los roles o funciones a asumir, además de ser muy diferentes de los clínicos clásicos son altamente variados (ver capítulo 15), comprendiendo principalmente los de: 1) Dinamizador comunitario; 2) analizador de sistemas sociales y experto en la determinación de necesidades comunitarias; 3) diseñador y ejecutor (parcial) de programas de "cambio social experimental"; 4) investigador de campo y evaluador y diseminador de programas. Las funciones tradicionales del clínico están bien determinadas: Evaluador de patología, psicoterapeuta (e investigador en esos campos) y agente social delegado de control y segregación social.

13. Evaluación. En las disciplinas comunitarias se evalúan las necesidades y recursos de la comunidad (ver capítulo 7) y los programas de intervención. La evaluación clínica es más simple, directa e individualizada centrándose en la "patología" individual ("psicodiagnóstico") según el modelo médico.

Las diferencias apuntadas son, en todo caso, más de orientación ideal que de contenido real ya que en no pocos casos se ha documentado la similitud de las técnicas o formas de trabajo en salud mental comunitaria y en clínica. En ocasiones, las diferencias son muy pronunciadas —en las asunciones teóricas por ejemplo—, en otros casos tienen elementos comunes con los de

ciertas formas de investigación o trabajo clínico, como se indica en algunos puntos. Los puntos 3,4 y 5 (trabajo en la comunidad, no en las instituciones; intervención a nivel de sistemas sociales, no de individuos; y fines preventivo-potenciadores, no terapéutico-reparadores) son probablemente los más importantes y distintivos de la ideología y estrategia comunitaria frente a la clínica.

4.2 Salud mental comunitaria

La Salud Mental Comunitaria debería ser fácil de definir, uniendo los términos, ya conocidos, de comunidad y salud mental. La tensión entre "salud mental" —un concepto básicamente individual— y "comunitaria" —un concepto social— introduce, sin embargo, un elemento de distorsión o discrepancia semántica que —como en la PC— hace difícil de armonizarlos como un bloque de significación coherente y unitaria. Los libros sobre el tema (no digamos nada los artículos) apenas incluyen, por otro lado, alusiones explícitas al significado de la SMC, definiéndola —implícitamente como mucho— en términos de actividades realizadas, métodos usados o de historia y valores subyacentes del modelo de prestación de servicios de salud frente a los modelos clínicos o médicos tradicionales.

Bloom (1984), por ejemplo, define la SMC como el "conjunto de actividades emprendidas y realizadas en la comunidad en nombre de la salud mental". Para San Martín y Pastor (1984) la SMC (la definición es de Salud Comunitaria, pero puede extrapolarse, con precaución, a la SMC) es la estrategia que trata de aplicar los programas de Salud Pública al ámbito local de la comunidad. La SMC consiste en "el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud (mental) de la comunidad mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud (mental), prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo esto con el apoyo, el acuerdo y la participación activa de la comunidad" (p. 233).

Como ya se dijo, estas definiciones son excesivamente generales (la de Bloom, sobre todo) describiendo más fines perseguidos (prevención, mejoría de los servicios) y actividades a realizar que conceptos, lo cual no es sorprendente desde lo ya afirmado en la introducción: La SMC es más bien algo que se hace en base a ciertos valores y objetivos.

La explicitación de sus métodos, actividades, objetivos y valores (realizada más adelante en esta sección y en el capítulo 3) nos ayudará, por tanto, a comprender mejor este concepto. Se echa en falta, sin embargo, la mención a un cuerpo de conocimientos que fundamente esas actividades a realizar. Ese es, insistimos, el problema de las materias comunitarias, la SMC sobre todo. La definición de la PC puede ayudamos —por lo que de común tiene con la SMC— a clarificar estas cuestiones. Existe por otro lado el riesgo, insuficientemente valorado a lo que parece por los autores, de confundir en estas definiciones (la de San Martín y Pastor sobre todo) SMC y Salud Pública. La diferencia esencial entre ellas es que, en tanto la Salud Pública se refiere básicamente a un servicio público centralizado y organizado "desde arriba", la SMC —aun sin excluir parcialmente la planificación centralizada— implica fundamentalmente acciones y organización al nivel local haciéndose "desde abajo", desde la comunidad.

4.3 Psicología comunitaria: aproximaciones conceptuales

No resulta difícil coincidir con las apreciaciones de Newbrough (1974) de que "pocas cosas sobre el campo de la Psicología Comunitaria son claras... Quizá sólo dos son claras:

Primero, como campo la Psicología Comunitaria necesita definición o, quizá, definiciones; segunda, definir la Psicología Comunitaria no es fácil" (p. 204).

Geraid Caplan, uno de los pioneros del movimiento comunitario con su libro germinal de 1964 (1979, en castellano) Principies of Preventivo Psychiatry es uno de los pocos autores que da una definición formal de la materia que sería "el cuerpo de conocimientos profesionales tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir: 1) La frecuencia en una comunidad de los trastornos mentales de todo tipo ("prevención primaria"); 2) la duración de un número significativo de trastornos que se presentan ("prevención secundaria"), y 3) el deterioro que puede resultar de aquellos trastornos ("prevención terciaria")". (Caplan, 1978, p. 34). Esta definición de la Psiquiatría preventiva sólo sirve, en todo caso, para el aspecto preventivo de la PC, no para su totalidad.

La disciplina se basa, para este autor, en la comprensión de la naturaleza y manifestaciones de la conducta trastornada de los individuos así como en la teoría y práctica del tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos, requiriendo también conocimientos de los problemas comunitarios y de esferas más amplias (sociales, económicas, políticas, etc.). Caplan considera las pautas de conducta —trastornada o normal— como sistemas de respuestas ecológicas de una población que interactúa con el medio.

La definición pionera de Caplan es relativamente completa en cuanto a objetivos teniendo la virtud de incluir conocimientos junto a actividades. Es, por otro lado, de una relativa vaguedad en lo sustantivo, resultando básicamente instrumental, al definir el campo comunitario en función de la prevención del trastorno mental, por lo que en términos actuales resultaría restrictiva y alejada del verdadero concepto de PC, nucleado por la potenciación y capacitación positivas, no tanto por la prevención.

Caplan introduce en esta concepción de las disciplinas comunitarias el modelo de prevención de Salud Pública que presenta, junto a ventajas, no pocos problemas. Uno de ellos —ya apuntado en relación con la SMC— es que la formulación de Salud Pública (además de provenir del contexto médico y de tener unos objetivos preventivos muy concretos y específicos), es un modelo público, en que la responsabilidad y planificación de las actividades se hace desde arriba, centralizadamente, en tanto que lo comunitario es un movimiento esencialmente "desde abajo" con asunción de responsabilidades y contextualización, en la comunidad y grupos locales, no en las estructuras políticas y sociales centrales. (Cierto nivel de planificación y coordinación es requerido pero con frecuencia se piensa que ésos deben darse más a nivel local que central.) Esta formulación corresponde en buena parte, por otro lado, a la SMC más que a la PC.

Otros autores, Bloom (1984) entre ellos, han aplicado la diferencia del sociólogo Wright Milis (1959) entre perturbaciones o problemas personales (troubles) y cuestiones o temas sociales (issues). Para Milis las perturbaciones son asuntos privados que suceden dentro del carácter del individuo y del rango de sus relaciones inmediatas con otros, teniendo que ver consigo mismo y con áreas limitadas de la vida social de las que uno es personalmente consciente. La perturbación o problema personal se da cuando un valor importante para el individuo se ve amenazado.

Una cuestión social es algo público que tiene que ver con temas o asuntos que trascienden el entorno inmediato del individuo y de su vida interna, concerniendo la organización de diversos medios locales e instituciones sociales. Las cuestiones se dan cuando valores importantes para la sociedad se ven amenazados. Para otros autores, una cuestión social sería cualquier tema que afecte a un número sustancial de personas. Nosotros añadiríamos que una cuestión será también social en la medida en que tenga reconocidas causas o determinantes sociales. También habría que decir que hay cuestiones o problemas que son a la vez públicos y privados —sociales y personales— en la medida en que afectan a —y están causadas por— ambas partes.

Para Bloom, la PC sería el "campo conceptual y académico centrado en el análisis y modificación de los sistemas sociales y en la confrontación de las cuestiones sociales desde el punto de vista de la Psicología" (p. 393).

Para Sarason (1974), la PC se definiría por su objetivo básico de reconstrucción del sentido psicológico de comunidad. Recapitulando retrospectivamente la breve historia (no más de dos decenios) de la PC, Sarason (1983) considera que se ha fracasado en la tarea de reconstrucción comunitaria y social al no tomar en consideración el marco político y social amplio y los imperativos de cambio profundo en esas esferas, que fueron parte de los ideales de los años sesenta —en cuyo seno se desarrolló el movimiento comunitario—. Podríamos concluir que la PC ha naufragado en el choque de los ideales de los sesenta con la dura realidad (económica y social) posterior.

Por más interés que tenga el trabajo teórico y aplicado de Sarason, una formulación de la PC basada exclusivamente en el sentido psicológico de comunidad es demasiado restrictiva. Aún siendo un elemento clave para la PC (como para definición de comunidad), se echan en falta otros elementos y contenidos.

Zax y Specter (1979) ofrecen una definición que recoge lo que ellos juzgan común denominador de las concepciones anteriores sobre la PC: "La Psicología Comunitaria es considerada como un enfoque de los problemas de la conducta humana que destaca las contribuciones realizadas en su desarrollo por las fuerzas ambientales así como las contribuciones potenciales que puedan hacerse con vistas a su mitigación o alivio mediante la utilización de esas fuerzas." Esta breve descripción recoge las ideas centrales de la materia desde una perspectiva teórica amplia, ecológica y dinámica.

La distinción es, sin embargo, excesivamente genérica y restrictiva al limitar el campo de acción comunitario a los "problemas de la conducta humana", quedando a medio camino entre la SMC y la PC. En relación con esto hay que tener en cuenta, en cualquier caso, el momento (1974) en que se escribió este libro —el primero en ir titulado Psicología Comunitaria— en plena generación conceptual de esa disciplina y precediendo al primer manual verdadero sobre la materia, el libro de Julián Rappaport (1977).

John Newbrough ha dirigido también sus esfuerzos a la búsqueda del significado y contenido de la Psicología Comunitaria. Newbrough (1973) ve la PC como un nuevo holismo, "un campo de la Psicología que intenta integrar el conocimiento a través de dominios de la Psicología y a través de otras líneas disciplinares con el fin de desarrollar una teoría general y unificada de la conducta humana" (p. 202). Según el autor, la PC está enraizada en diversas tradiciones psicológicas, la del funcionalismo psicológico sobre todo, y combina transaccionalmente las ideas de crecimiento y desarrollo humano con la del entorno, resolviendo así el persistente dilema psicológico entre nomotetismo e ideografía. El psicólogo comunitario está interesado, según Newbrough, por las implicaciones psicológicas de las estructuras sociales —un tema ya subrayado—, lo que le distinguiría del resto de sus colegas psicológicos.

Por "Psicología Comunitaria" podrían entenderse cuatro cosas diferentes:

1. Una filosofía: Un funcionalismo holista basado en el cambio social y conductual continuo.
2. Un enfoque o estrategia de trabajo concebido para mantener la evolución de las estructuras sociales a través de intervenciones transaccionales entre individuos y estructuras.
3. Un proceso de investigación usado en el laboratorio y en el campo real que subraya el uso de cualquier tipo de método apropiado para la cuestión dada. La recolección y utilización de los datos es parte básica del trabajo comunitario.
4. Una profesión que valora el trabajo interdisciplinar subrayando la solución de los problemas en lugar de las fronteras disciplinares.

Newbrough considera que como ciencia —o proceso de investigación— la PC debe intentar buscar relaciones entre los diversos elementos de los sistemas sociales y no diferencias entre sus partes. La teoría debe explicar no sólo las relaciones horizontales —entre las diversas unidades de cada nivel— sino también verticales —entre los diversos niveles del sistema— comenzando por los inferiores (individuos) y progresando hacia arriba.

La formulación de Newbrough tiene el mérito de diferenciar —dentro de su relativa simplicidad— las diversas perspectivas o componentes de la PC así como de hacer explícitos un cierto número de asunciones teóricas que generalmente permanecen implícitas. Es también destacable que reconozca la necesidad de un componente científico en la PC junto al profesional y al de intervención (paralelos éstos al "desarrollo de recursos" y "acción política" de Rappaport, respectivamente). El primer concepto o componente de la PC —la "filosofía" funcional holista— suele generalmente ligarse, como paradigma o cosmovisión teórica general, al enfoque ecológico social.

Otras formulaciones sobre la PC —incluidas algunas generadas en nuestro país— son descritas en el punto 8.4.7 del capítulo 8, al tratar el tema de la intervención comunitaria.

4.4 La formulación de J. Rappaport

Un autor imprescindible en la definición de la PC es Julián Rappaport, autor de un texto básico (Community Psychology, 1977) sobre el tema. Rappaport ha señalado lo paradójico de la unión de los términos "psicología", que se refiere al individuo, y "comunitario" que se refiere a un grupo social, en la expresión "Psicología Comunitaria".

De ello se deduciría que la PC trata del clásico conflicto entre individuos y grupos sociales diferenciándose de las tradicionales profesiones dedicadas a ayudar ("helping professions": Psicología Clínica, Psiquiatría, Enfermería, Educación, etc.), en que, en lugar de "etiquetar" a los individuos diferentes y desviados como "enfermos" y ayudar a "ajustarlos" a la norma y sistemas sociales prevalentes, intentaría encontrar nuevas alternativas de resolver esos problemas de desviación social, sin asumirlos como necesariamente negativos o necesitando del control social. Consecuentemente uno de los valores básicos de la PC es el derecho de cada individuo a ser diferente, sin caer por ello en la sanción psicológica o social.

Detrás de esta cuestión de la relación de lo psicológico y lo comunitario —y más allá de las soluciones sugeridas por Rappaport— se plantea el importante tema de la naturaleza múltiple o multidisciplinar de lo comunitario —y de su identidad unitaria—, en el que la Psicología cubriría sólo un frente o aspecto de su teoría y praxis. Si lo comunitario es más amplio que lo psicológico (y mucho más, desde luego, que lo psiquiátrico), cubriendo áreas como la Sociología, Trabajo Social, Educación, Planificación Urbana, Economía o las Ciencias Políticas, disciplinas parciales como la Psicología Comunitaria bordean el contrasentido conceptual, arriesgándose a justificar su existencia más en base a sus respectivas tradiciones interventivas y académicas que a las funciones y base de conocimientos precisas para el campo que intentan definir, que la superan con mucho en amplitud y requerimientos teóricos y aplicados.

Es evidente, por otra parte, que, aún contando con la multidisciplinariedad integrada, algún tipo de ubicación disciplinar y material ha de tener lo comunitario de cara a generar la teoría e investigación pertinente y a formar a los trabajadores comunitarios. En esa dirección, Rappaport (1977) y Goodstein y Sandier (1978) han aportado, entre otros, justificaciones en el sentido de que los conocimientos y tradiciones académico—profesionales de la Psicología serían particularmente apropiados en la tarea comunitaria. La cuestión está sin duda abierta a discusión y debate, habiendo sido también retomada en nuestro país (ver 8.4.7 y, más adelante, 4.7).

En lo que sí existe práctica unanimidad —uno de los pocos puntos de acuerdo en el campo— es en la necesidad del enfoque multidisciplinar integrado tanto en lo teórico como en el trabajo aplicado. El uso de términos como "Salud Mental Comunitaria" —aunque no sin problemas de otros tipos— obviaría parcialmente las posibles disputas disciplinares y profesionales ligadas a la multidisciplinariedad.

Otro valor complementario del anterior (el "derecho a la diferencia") y subsumido en el término "comunitario" es, según Rappaport, el derecho de todas las personas a ser iguales. Esto significaría, en términos sociales, el derecho a compartir —o tener un nivel igual de— los recursos sociales (poder, medios económicos, servicios...), y, añadiríamos nosotros, de los recursos psicológicos derivados de pertenecer a una comunidad: El sentido de fraternidad, pertenencia y comunión humana.

La Psicología Comunitaria debe ayudar según Rappaport a lograr esa igualdad de acceso a los recursos sociales modificando el sistema de su distribución si es preciso. Esto comportaría un rol y función de intervención socio-política distinto —y mucho más amplio y complejo— del de los profesionales "de ayuda" clásicos (Psicología Escolar, Clínica, Medicina, Trabajo Social, etc.). La Psicología Comunitaria es pues un movimiento de reforma social dentro del campo de la Psicología Aplicada pero que va más lejos —en lo social— que sus parientes psicológicos aplicados, al estar interesada en el cambio social, especialmente —pero no únicamente— en aquellos sistemas en que participan los psicólogos. La PC ha sido considerada, en esta línea, como "la conciencia social de la Psicología" (Iscoe, Bloom y Spielberger, 1977).

Rappaport da una definición breve e instrumental de la PC (que) "se ocupa del bienestar de las distintas subcomunidades dentro del orden social más amplio" (p. 3), entendiendo la comunidad (o subcomunidad) como un sub-grurpo diferenciado por compartir diferencialmente ciertos aspectos de la sociedad de que forma parte.

Los componentes o contenidos básicos de la PC serían tres:

1) Desarrollo de recursos humanos.

2) Actividad o acción política.

3) Ciencia (o método científico de obtener información y conocimientos). • Desarrollo de recursos humanos. Rappaport no es suficientemente claro en este punto (sobre todo respecto a qué entiende por "recursos humanos" y cómo se "desarrollan"). Se limita a decir que ese desarrollo va más allá de la mera prestación de servicios y que los recursos contribuyen al bienestar de los individuos necesitados, implicando también su "distribución" a las comunidades locales así como la prevención de problemas y necesidades a través del cambio y las modificaciones sociales en los sistemas que determinan esos problemas o necesidades. Esto implica a su vez los otros dos contenidos de la PC citados: Actividad política e investigación científica.

La creación y aplicación de recursos humanos se refiere tanto a los individuos como a sus entornos sociales. Esto diferenciaría a la PC de los campos básicos de prestación de servicios centrados en el individuo, aunque sin significar una ruptura respecto a ellos, ya que los complementa.

• El segundo componente de la PC es la acción política precisa, según el autor, para llevar a cabo los cambios sociales o programas de reforma que contribuyan a prevenir prospectivamente los problemas, a resolverlos retrospectivamente con la aplicación de recursos y técnicas humanas y a garantizar la justa distribución de recursos y servicios entre los grupos y poblaciones, sobre todo entre los más necesitados y carentes de poder.

Este componente —y la función derivada, el activismo político— es un tema controvertido en la intervención psicológica que lo ha resistido tradicionalmente, convirtiendo a

los psicólogos en agentes del orden establecido al negarse implícitamente a su transformación, limitando, por otro lado, su acción al "parcheado" inmediato sin atacar las causas sociales y profundas de los problemas.

• La ciencia social (o la aplicación del método científico) es el tercer componente de la formulación de Rappaport. La PC podría ser entendida desde él como la aplicación de la ciencia social a grupos y entornos sociales, lo que comportaría —suponemos nosotros pues el autor no lo especifica— el estudio científico de los problemas, sus determinantes y correlatos sociales (y del desarrollo de recursos humanos) para la obtención de información relevante de cara a la erradicación de esos problemas a través de intervenciones racionales y planificadas.

Rappaport señala que la combinación integrada de estos componentes es tan imprescindible como difícil de lograr: Sin una información y estrategia científica, la intervención social o individual caería en un inmediatismo y empirismo de efectos muy limitados; en tanto que sin el concurso de la actividad política, la información científica obtenida sería inútil al no llevarse a la práctica (sobre todo si implica cambios sociales que son usualmente resistidos). Estas dos actividades —cambio social y acción política— requieren, por otro lado, personal —recursos humanos— competentes y apropiadamente preparados y dotados para llevar a cabo esas funciones y prestar los servicios necesarios.

Aún dentro de su y relativa simplicidad, el esquema de Rappaport contiene una articulación interesante y potencialmente útil de varios de los ingredientes esenciales de la PC. La relativa vaguedad del esquema requeriría —sobre todo en el apartado de recursos humanos— una mayor concreción y elaboración (que no aparece en el resto de su libro). Es positivo, además, que se reconozca la centralidad del ingrediente científico en la PC.

La inclusión del componente de ciencia social es de todos modos —y como el propio autor reconoce— más desiderativa que real dada su patética ausencia en la inmensa mayoría de libros y publicaciones sobre el tema (con algunas excepciones muy limitadas como la evaluación de resultados de programas de intervención). La necesidad de teoría e investigación básica es —a nuestro entender— el problema más importante del campo comunitario y de él depende —en gran medida— su progreso futuro. Este componente de ciencia social, marcaría, por otro lado, la diferencia más importante entre la PC (que lo incluiría y la SMC (que lo excluiría), pudiendo ésta identificarse fundamentalmente con el primer componente citado, el desarrollo de recursos humanos aplicado al campo de la salud mental.

La inclusión de la actividad política como elemento central a la PC (congruente con las ideas de otros muchos autores) es, sin embargo, un temapolémico y discutible tanto desde el punto de vista ético o valorativo como científico. Desde el primero, muchos cuestionan que la actividad política haya de ser una función directa del psicólogo, en tanto que otros la ven como imprescindible e inevitable en cuanto que se pasa de trabajar con individuos a trabajar con contextos sociales.

Según los que se oponen a esa función, la actividad política es propia de otros profesionales —como los estudiosos o practicantes de la política— dado que el psicólogo carece de la preparación o experiencia necesarias. Aquellos que defienden esa función política argumentan que precisamente ese tipo de conocimientos y actividades debería ser parte del curriculum escolar del psicólogo comunitario. Esto desvirtuaría, sin embargo —y según los contrincantes—, la naturaleza psicológica de la PC que, en ese caso, debería tomar otro nombre más apropiado a sus contenidos reales. Esta polémica será parcialmente retomada en conexión con la formulación de Goodstein y Sandier (1978), que contribuyó notablemente a su recrudecimiento.

Los reparos científicos a la función política del psicólogo comunitario provienen de la

constatación —difícilmente rebatible— de que, en general, carecemos de la base de conocimientos para lograr efectos predeterminados en variables fijadas (salud, competencia, empowerment, autogestión, etc.), de individuos y grupos sociales, por lo que una disciplina basada en tal actividad difícilmente podría denominarse científica. Resumiendo drásticamente los dos argumentos desde su vertiente crítica podría aducirse que —según algunos— la Psicología Comunitaria que propone Rappaport no sería ni psicología ni ciencia.

4.5 La formulación de Goodstein y Sandler

Uno de los intentos más ambiciosos de delimitar el significado, función y alcance de la Psicología Comunitaria ha sido realizado por Goodstein y Sandier (1978) en un análisis comparativo de la PC con otros tres campos psicológicos usados para promover el bienestar humano: la Psicología Clínica, la SMC y la Psicología Política. Los autores parten de la gran discrepancia observada entre lo prometido y lo realmente producido por la PC y de la necesidad de definir su campo disciplinar delimitando su alcance y fronteras en relación sobre todo con el movimiento de SMC en cuyo seno no puede prosperar y del que debe desligarse si es que desea desarrollarse realmente, según ellos.

Los autores distinguen cuatro elementos con los que caracterizar y clasificar las distintas estrategias de intervención psicológica: Destinatario, contenido, proceso y base de conocimientos.

1) Destinatario (o "blanco") inmediato del cambio o intervención psicológica. En la asunción de que el objetivo final de esa intervención son siempre las vidas de los individuos, el destinatario se refiere al objetivo inmediato: Personas, familias, "otros significativos" de esas personas, sistemas sociales, etc.

2) Contenido de la intervención: Las actividades realizadas para alcanzar el cambio propuesto (psicoterapia, consulta, acciones políticas, educación y concienciación, etc.).

3) Proceso de la intervención: La forma y estilo de prestación de los servicios. El proceso estaría definido en buena parte por la localización del interventor en la ecología social del proceso de realización del contenido de la intervención. Incluiría cuestiones como: Quién y cómo se identifica al destinatario del cambio; los fines del cambio y criterios para su evaluación; la actividad o pasividad de los agentes involucrados; el tipo de "contrato" (derechos y obligaciones) establecido; etc.

4) Cuerpo de conocimientos (o base teórica y empírica) que fundamenta la intervención. Éste es el único componente teórico entre los cuatro del esquema, lo que viene a subrayar, otra vez, el fuerte énfasis interventivo de PC y SMC ya que los otros tres —destinatario, contenido y proceso— son operativos o técnicos.

1. Destinatario. Los autores notan que la Psicología Aplicada se introdujo en el campo del bienestar humano a través de los sistemas de control de la desviación conductual, como hospitales mentales o prisiones, considerando soluciones sólo a un nivel individual y pequeño-grupal pero excluyendo el análisis e intervenciones sobre los sistemas sociales, única forma de obtener soluciones a largo plazo.

Eso es precisamente lo que se propone la PC, cuya atención ha de centrarse primariamente en dos tipos de sistemas sociales: Los de control de la desviación y los de socialización y apoyo. Esos dos sistemas, en sí y en su articulación en la comunidad en que se insertan, son los destinatarios de la acción de la PC. El psicólogo comunitario debe contribuir a reformar los primeros (los procesos de encarcelamiento o de hospitalización psiquiátrica, por ejemplo), desarrollando sistemas sociales más adecuados para los individuos y no limitándose meramente a

prestar sus servicios técnicos en ellos.

Respecto de los sistemas de socialización y apoyo (familias, escuelas, iglesias, fábricas, etc.), se trata de trabajar con ellos, y desde ellos, para promocionar el funcionamiento humano saludable y desarrollar personas más efectivas y no simplemente para prevenir los trastornos psicológicos. El desarrollo de "comunidades competentes", o de recursos humanos o la capacitación y enriquecimiento humano, serían temas consistentes con esta meta.

En contraste con esos objetivos y destinatarios, los de la SMC serían diferentes y más limitados, según los autores, reduciéndose a dos grupos de personas: a) Los individuos afectados (por el trastorno mental se entiende) y b) sus "otros significativos" (aquellas personas que tienen un papel interpersonal o profesionalmente relevante en sus vidas: Familiares, vecinos, médicos, profesores, etc.). El objetivo de la intervención se limitaría a la prestación de servicios radicados en los centros de salud mental comunitaria.

2. En los sistemas de control de la desviación, el contenido de la intervención en la PC consistiría en la exposición de fallos y deficiencias de los sistemas sociales, creación de un clima de cambio hacia la humanización y responsabilidad social, creación de alternativas sociales y modificación de la relación entre el sistema y la sociedad.

En los sistemas de socialización y apoyo se trataría de lograr la humanización de esas estructuras sociales para mejorar su clima interno y los servicios que producen. El trabajo de Moos (1974, 1979, 1983) de evaluación de entornos sociales; de Repucci y Sarason (Repucci, 1973) en las escuelas correccionales o de McGregor en las organizaciones, constituirían ejemplos de esta línea de acción. Otra posibilidad interventiva es la formada por la abogacía social y la acción política.

El contenido de la intervención en SMC consistiría, en cambio, en la planificación, organización, distribución (o prestación) y evaluación de los servicios de salud mental de una forma más activa, flexible y eficaz que en la clínica clásica y atendiendo prioritariamente a las necesidades de los más desfavorecidos o a riesgo de disfunción.

3. El proceso de intervención en PC precisa cambios importantes en el rol del psicólogo, de forma que éste funcione como crítico del sistema y agente de cambio social, facilitando el examen y cambio del sistema y actuando como consultor externo en organizaciones; también le corresponde ayudar a resolver las discrepancias de valores. El rol del psicólogo en SMC se limitaría para Goodstein y Sandier a la redefinición de roles de los "otros significativos" para que incluyan funciones de "ayudador" de salud mental, además del propio de sus personas y profesiones respectivas ("padre", "policía", "maestro", etc.).

4. El conocimiento preciso para la intervención en PC incluiría: Psicología Social (teorías de procesos grupales, liderazgo, toma de decisiones, etc.), teoría de sistemas sociales, Psicología Organizacional, Sociología de la Desviación, organización comunitaria y social, ecología social y Psicología Ambiental. La SMC incluiría: Conocimientos administrativos y políticos (planificación y organicación, obtención de fondos, etc.), de investigación y de comunicación psicológica, y psicoterapia. También, por supuesto, la consulta y actividades educativas de promoción de la salud mental.

La propuesta de Goodstein y Sandier provocó, como era de esperar, una serie de reacciones y críticas en diversas direcciones (Lounsbury, Cook, Leader, Rubeiz y Meares, 1979; Glenwick, 1979 y McCIure et al., 1980). Los puntos más destacados de esos comentarios pueden agruparse como sigue:

1. La formulación de Goodstein y Sandier es más desiderativa y conceptual que real. El examen de praxis e investigación comunitarias (realizado por Lounsbury et al. y por McCIure et al.), revelan claramente que no se puede de ninguna forma separar SMC y PC dado el gran número de

comunalidades que ambos campos poseen en la realidad aplicada e investigadora.

En vista de la abrumadora escasez evidencial compatible con los postulados programáticos de la PC, McCIure et al. concluyen que ésta representa más bien una ideología a la que falta una tecnología de evaluación e intervención comunitario-organizacional. También se cuestiona la deseabilidad de una separación drástica de PC y SMC en cuanto que ambos campos tienen mucho de comúnmente diferencial respecto de otros campos psicológicos y mucho que compartir y aportarse mutuamente.

2. Es posible que Goodstein y Sandier hayan contribuido a la clarificación del concepto de PC al acentuar la delimitación de fronteras entre esta y la SMC pero, al hacerlo así, han oscurecido y desdibujado las fronteras de la propia PC con otros campos como el Trabajo Social (Asistencia Social), Sociología, Salud Pública, Psicología Organizacional o Planificación Urbana, ya que la formulación de los autores es difícilmente distinguible de la teoría y praxis en esos campos. Con ello se ha cerrado, quizás, un agujero para abrir otros nuevos, quedando el concepto de PC empañado y envuelto en una nueva clase de confusión.

3. El nombre "Psicología Comunitaria" implicaría algo en su contenido y enfoque de naturaleza psicológica. La propuesta de Goodstein y Sandier, sin embargo, condene pocos —o ningún— elemento que pueda justificar ese apelativo. Una disciplina como la definida por esos autores no es en absoluto psicológica debiendo quizá tomar otro nombre y curriculum formativo ya que el contenido de las enseñanzas que usualmente figura bajo la etiqueta de PC no se corresponden con lo que aquéllos citan com base de conocimientos precisos.

Lounsbury et al. (1979) proponen que la PC —para poder definirse como Psicología y diferenciarla de otros campos como la Sociología o el Trabajo Social— debería ocuparse de las variables psicológicas y personales implicadas en los procesos y organización comunitarios (un punto de vista similar al de Newbrough, 1973).

La revisión de las concepciones principales de la PC/SMC es más que suficiente, nos parece, para mostrar, no sólo lo que en estos campos podemos dar por cierto y consensualmente compartido, sino también el estado de materias emergentes que, por un lado, luchan por su definición, delimitación y autonomización de otros campos psicológicos y sociales, mientras que, por otro, se ven obligadas a adoptar ideas, modelos y estrategias de ellos al carecer de los genuinamente propios y diferenciados.

En conjunto —y como se ha repetido ante la inevitable evidencia— las definiciones revisadas condenen aportaciones interesantes y buenas intenciones pero también imprecisión y conflictos terminológicos acerca del nombre y características —propias y diferenciales— que corresponden a la PC dentro de la psicología.

Para resolver esas tensiones y conflictos terminológicos —en parte reflejo de conflictos profesionales— Heller y Monahan (1977) han propuesto seis condiciones que debería reunir una disciplina comunitaria, independientemente de su nombre o ubicación curricular, para merecer tal consideración: 1. Enfoque comunitario y ecológico. 2. Centramiento en los problemas del funcionamiento humano incluyendo la prevención del trastorno mental pero yendo más allá de eso y de los problemas de salud mental. 3. Interés por los procesos de afrontamiento y dominio (coping), adaptación y competencia frente a subrayar simplemente el trastorno y los problemas psicológicos. 4. Voluntad de promover la investigación y colaboración muiddisciplinar, en el entendimiento de que ninguna profesión posee el monopolio del interés por el cambio comunitario.

5. Compromiso con un enfoque empírico y experimental de la intervención social.

6. Evitación del estilo y tonos médicos inapropiados.

Estas condiciones parecen un conjunto razonable y adecuado de ideas que funcionen como

antídoto de la estrechez y el provincialismo profesional y disciplinar, demasiado frecuentemente agazapado tras las formulaciones conceptuales ligadas al apelativo "comunitario".

4.6 Psicología Comunitaria y salud mental comunitaria

Ya se ha incidido en puntos previos sobre la relación entre SMC y PC. Las comunidades entre ambos campos son grandes y los intentos conceptuales de diferenciación —como el más que interesante de Goodstein y Sandier— no aparecen reflejados en la realidad investigadora y práctica, por lo que es lógico asumir a PC y SMC como miembros de una misma familia disciplinar aunque no necesariamente equivalentes. La discusión sobre las diferencias y relación entre ambos campos no tiene, por otro lado, tanto interés en otros países como en aquél —Estados Unidos— en que se ha generado.

Recientemente, sin embargo (Iscoe y Harris, 1984), se constata ya (siempre en el ámbito norteamericano) un comienzo de despegue en la literatura empírica de la PC respecto de la SMC. Por otro lado, en el punto anterior (y en parte de la literatura que lo basa) hemos sido capaces de distinguir tendencias que pertenecerían más a la SMC y otras a la PC, por lo que podríamos hablar de dos polos del modelo comunitario que, aun formando parte del mismo esquema conceptual y estratégico, podrían diferenciarse en los puntos que resumimos a continuación:

1. Campo de acción: Salud mental, en la SMC frente a problemas psicosociales más amplios y desarrollo y bienestar psicosocial de las comunidades en la PC.
2. Finalidad: Potenciadora-desarrollista, en la PC frente a meramente preventiva en la SMC.
3. Blanco o destinatario: La comunidad total (PC), frente a las poblaciones a riesgo, los ya afectados y los "otros significativos" (SMC). La PC se centra en los sistemas sociales (generadores de estrés o apoyo social, por ejemplo); la SMC en conceptos más demográfico-administrativos (zonas de acogida o sectores). 4. Tipo de actividad: (SMC) Distribución y prestación de servicios de salud mental con criterios poblacionales y de necesidad —creación de recursos humanos en el esquema de Julián Rappaport (1977)—; cambio comunitario y social (que se asume incide positivamente sobre la salud y bienestar individual) en la PC.

La Salud Mental Comunitaria es más bien una nueva estrategia, o familia de estrategias, centrada en el desarrollo de nuevas modalidades de prestación de servicios de salud mental más flexibles, eficaces y que respondan más a las necesidades de la comunidad. La Psicología Comunitaria consistiría en el conjunto de conocimientos y actividades destinados a promover el funcionamiento integral u óptimo de los miembros de las comunidades a través de procesos y métodos de intervención de carácter más social o, cuando menos, más psicosocial. La SMC sería —en parte— la aplicación de la PC al ámbito de la salud mental. La SMC aparecerá con frecuencia ligada a desarrollos comunitarios de la Psicología Clínica, en tanto que la PC se relaciona más a la aplicación de las Psicologías de orientación social (en nuestro país, al menos).

4.7 Psicología Comunitaria: síntesis y propuesta de definición

La problemática identidad de la PC. Dada la juventud y vocación eminentemente interventiva de la Psicología Comunitaria, su delimitación y construcción teórica, se encuentra aún en estado emergente, considerablemente retrasada respecto a la praxis interventiva con la que habitualmente se identifica el campo. Déla revisión antecedente de las descripciones de la PC —que reflejan claramente esos desequilibrios evolutivos y estructurales—, podemos extraer las siguientes conclusiones para caracterizar el estado presente de la definición y conceptualización de la PC:

1. Las definiciones son generalmente imprecisas y vagas, con frecuencia utopistas, más desideratívas y programáticas (centrándose en lo que podría o debería hacerse) que descriptivas. Se necesita mayor precisión conceptual para definir la PC, delimitando su propio campo teórico (conceptos básicos y modelos teóricos explicativos y operativos) y conocimientos específicos, empíricamente acumulados, que fundamenten y den validez científica a la praxis comunitaria. Es también deseable que las definiciones incluyan una parte descriptiva de lo que realmente es el campo, junto al aspecto desiderativo sobre lo que debería ser.
2. Las definiciones son frecuentemente instrumentales, estando más dirigidas hacia lo que ha de hacerse o cómo ha de hacerse (fines, métodos o actividades) que a concepciones substantivas que definan el ámbito de actuación y fundamenten esa actuación.
3. PC (y SMC) son descritas con frecuencia más como un estilo o proceso de análisis y actuación que como contenidos teóricos y técnicos —un corpus de conocimientos y métodos de trabajo—, lo que las hace fácilmente asimilables a otros campos de conocimiento o intervención ya establecidos substantivamente.
4. Las definiciones insisten en los aspectos diferenciales respecto a campos aplicados relacionados (la Psicología Clínica sobre todo), indicación evidente del estado emergente del campo y de sus lógicos anhelos de autonomía disciplinar —implícitamente negados en el punto 3, por cieno— cuya consecución precisa, además, de una definición substantiva (que defina qué es el campo, no qué no es) convincente.
5. La multidisciplinariedad es una de las características básicas distintitivas más comúnmente reconocidas de la Psicología Comunitaria, tanto en su vertiente interventiva (trabajo multidisciplinar basado en la multiplicidad de conocimientos y destrezas técnicas requeridos) como teórica (pluralidad de modelos teóricos procedentes de distintas disciplinas).

4.7.1 Definición y elementos básicos

A partir de lo precedente, debemos reconocer que no es fácil sintetizar conceptualmente el contenido y significado de un campo como la PC que, por un lado, se ha definido a través de la intervención y no de la teoría (lo que hace más necesaria esa tarea definitoria) y que, por otro, está aún en proceso de conformación y crecimiento. Corremos así el riesgo de cristalizar prematuramente un ente en pleno desarrollo prefigurado, quizá artificialmente, su ¡denudad o desdno futuros en una determinada dirección a expensas de la propia dinámica potencial del campo.

Asumiendo ese riesgo y compensándolo con la propia necesidad de propuestas definitorias y de desarrollo del campo, ofrecemos a continuación una definición integrada de la Psicología Comunitaria como disciplina conceptual y operativa autónoma, diferenciada de otros campos psicológicos, particularmente de la Psicología Clínica, que recoge el estado actual del campo junto a propuestas y direcciones de futuro desarrollo. Junto a la definición y temas básicos de la PC, incluimos su estructuración y caracterización como disciplina teórico-interventiva y algunos de los factores y procesos psicosociales que centran su actividad teórica y aplicada.

Partimos de una concepción de la PC desarrollista o de recursos (que asume la existencia de recursos personales y sociales —existentes o desarrollables— utilizables por la comunidad para resolver sus propios problemas), frente a otra, complementaria, residualista o marginalista, que se centraría en la intervención externa —prestación de servicios primordialmente— con minorías marginadas o desfavorecidas para resolver esa problemática. Sin entrar a examinar las asunciones e interrelaciones de ambas posturas, constamos aquí simplemente que existen, son diferentes a la vez que complementarias —no necesariamente opuestas ni excluyentes—,

resultando cada una de ellas insuficiente por sí sola para entender los problemas comunitarios y actuar sobre ellos. Por lo cual nosotros, aun adoptando globalmente la opción desarrollista, recogemos también como útiles y necesarios algunos elementos de su complementaria, la opción marginalista.

A partir de ahí, definimos la Psicología Comunitaria como:

El campo de estudio de la relación entre sistemas sociales —principalmente comunidades— y comportamiento humano y de su aplicación interventiva a (en lo negativo) la resolución —preferentemente preventiva— de los problemas psicosociales y (en lo positivo) al desarrollo humano integral, desde la comprensión de los determinantes socio-ambientales de ambos y a través de la modificación racional e informada de esos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellos establecidas y del desarrollo de (la) comunidad; todo ello, desde la máxima movilización posible de los propios afectados como sujetos activamente participantes en los cambios, no como objetos pasivos de ellos.

La Psicología Comunitaria busca pues teórica e interventivamente ^prevención de los problemas psicológicos (como depresión o esquizofrenia) y psicosociales (como drogaadicción, delincuencia juvenil, fracaso escolar o desintegración familiar) y el desarrollo positivo de las personas, a partir de la generación de alternativas y el desarrollo de los sistemas sociales en que se encuadran esas personas, (y de los elementos psicosociales y relaciónales implicados).

Constituyentes y características identificadoras básicas de la PC serían, a partir de la definición previa, las siguientes:

• A diferencia de otras ramas de la Psicología (como Clínica, Diferencial o Personalidad), que centran su quehacer en lo que de característico, único o individual tienen las personas, en Psicología Comunitaria nos interesan por lo que tienen de común o compartido, tanto en el aspecto problemático o carencial como en el positivo, potencial o de recursos. • En Psicología Comunitaria, interesa el comportamiento humano, no per se o en relación a sus determinantes psicofisiológicos o intrapsíquicos sino en relación a los contextos —y determinantes— socio-culturales (comunitarios, organizacionales e institucionales) y a los cambios que se pueden inducir en esos contextos y en las relaciones interindividuales e intergrupales existentes, para ayudar a prevenir o paliar la problemática aludida y mejorar el bienestar y capacidad de funcionamiento de sus miembros.

Entre esos contextos sociales interesa principalmente la comunidad (cap. 2) como: a) Nivel de agregación social intermedio y contexto social más próximo y significativo para los individuos; b) localización compartida (vecindad) que facilita el arraigo e identidad psicosocial; c) conjunto de interacciones y lazos comunes, incluyendo sentido psicosocial de comunidad; y d) unidad social aproximadamente suficiente y "completa" (esto es, que contiene toda la gama básica de fenómenos —negativos o problemáticos y positivos o recursos— de la vida humana y social), apropiada para realizar una intervención integral (territorializada).

• Los temas fundamentales de la Psicología Comunitaria son —a diferencia de otros campos psicológicos—, cambio social, desarrollo humano (y su relación). a) Cambio social. Esto es, modificaciones (inducidas desde la propia comunidad y/o provocadas desde la intervención extera) en los niveles sistémico-sociales de: Estructura o funcionamiento de un sistema social (cambio de la estructura de poder, sistema de toma de decisiones o programa de un centro o institución); relaciones interindividuales (como aumento de la solidaridad o comunidad social); relaciones intergrupales; o relaciones individuo-sistema social (como aumento de la participación o actividad de aquél en el sistema). El cambio social puede adoptar la forma de: Desarrollo (de elementos y procesos potencialmente existentes en el sistema —o de los subsistemas e interacciones citadas—); redistribución de poder o recursos; o generación de alternativas sociales

y psicosociales más eficientes que las existentes en términos de minimizar las disfunciones y condiciones que generan problemática humana, maximizando las oportunidades de desarrollo y funcionamiento personal apropiado.

Este es el tema social de la PC, implícito en el calificativo "comunitaria", que hace, por cierto, redundantes apelativos —interesados— como el de "Psicología Social Comunitaria". b) Desarrollo humano; la parte —y justificación— psicológica del binomio "Psicología Comunitaria". "Producto" (output) final —o ideal— a conseguir más allá de la mera ayuda terapéutica o recuperación de las personas hasta un nivel medio o "normalizado"—, en la asunción de que en todo colectivo humano existen potenciales —personales y relaciónales— de desarrollo obtenibles —en parte— a través de cambios sociales y psicosociales como los ya indicados. Otras formulaciones sintetizan la meta de la acción comunitaria en expresiones como: Enriquecimiento personal o vital; aumento de la "calidad de vida"; potenciación o capacitación de las personas; o "producción" de seres humanos más saludables o eficientes.

• Como ya queda implícito, el fin básico de la Psicología Comunitaria es promover racional e informadamente el cambio social (input o "causa") para obtener el desarrollo humano (output o "efecto"), desde el conocimiento de su mutua relación. De otra forma, la PC se ocupa esencialmente de los efectos psicológicos del cambio social; o sea, finalmente, del cambio psicosocial. En términos más concretos, aunque similarmente utopistas, este fin suele traducirse a fórmulas como proporcionar opciones o alternativas para que las personas (en cualquier punto del continuo "disfunción-funcionamiento pleno") puedan controlar —ser dueños de— su propia vida, eligiendo qué quieren hacer de ella. De otro modo, se trata de añadir desde la Psicología "grados de libertad" a la auto-determinación humana.

• La forma, el "cómo", de la intervención es también relevante para definir la PC. La actividad de los miembros del sistema, a través de su máxima participación factible (es decir, compatible con los requerimientos técnicos y planificación de la acción) en la intervención que va a afectar sus vidas, es la nota distintiva de la intervención comunitaria, frente a otras formas de intervención social (8.2.2). En ésta, las personas son el objeto de la intervención, en la intervención comunitaria, las personas (directamente afectadas o compartiendo comunidad con las afectadas) son, además de objeto, sujeto activo y participante —no pasivo o "paciente"— de la intervención. Esta característica define, clarifica —y centraliza— además el rol básico y participación del psicólogo en el trabajo comunitario como experto en motivación y dinamización humana (personal y grupal).

• La intervención externa (capítulo 8) es definida como racional e informada, esto es: a) Intencional, buscando intencionadamente unos efectos esperables a partir de un conocimiento —experiencial o empírico— previo, no fruto del azar; b) realizada desde una autoridad científico-técnica derivada de unos conocimientos y modelos teóricos válidos y de una tecnología instrumental eficiente. Y (c), legítima, para lo cual, la acción interventiva externa debería: 1) Añadir algo (conocimientos, previsibilidad, técnicas de actuación) a lo ya aportado por la propia comunidad o sistema social; 2) ser compatible con los propios deseos o necesidades de la comunidad y con su participación activa en los cambios. De lo contrario, la intervención carecerá de legitimidad real, no pasando de ser una imposición tecnocrática externa.

• El trabajo del psicólogo comunitario consiste en gran medida en dinamizar, apoyar o reconducir (directa o mediatamente) procesos de cambio ya existentes en el propio sistema social o en provocarlos o iniciarlos —si no existen manifiestamente—, para conseguir los objetivos preventivos o potenciadores marcados. En sistemas con dinámicas conflictivas o contradictorias, su rol será más bien de mediador o experto-recurso en relaciones humanas e intergrupales que facilite el contacto, la comunicación productiva y el desescalamiento tensivo. En otros casos,

habrán de definirse otros componentes de rol (cap. 15) dependiendo de la situación y demandas de acción ligadas.

• Las transferencias técnicas (directas) a la población (prestación de servicios y trabajo con personas y grupos necesitados o a riesgo) o indirectas (a través de la administración o de personas o agencias mediadoras) constituyen la espina dorsal de la praxis habitual del psicólogo comunitario. Sin embargo, en un mundo tan fluido, competitivo, agresivo, deshumanizado y crecientemente desestructurado como el actual, la Psicología Comunitaria debe extender su campo de interés teórico y aplicado hacia los confines de la Psicología para —desde su confluencia con otros campos sociales— abordar actividades, procesos y habilidades profesionales —más ambiciosos, fructíferos y relevantes por su potencial preventivo e influencia regeneradora—, creando y poniendo a prueba alternativas psicosociales más congruentes con las poderosas demandas y desafíos socio-culturales planteados a distintos grupos de personas por las cambiantes y exigentes condiciones tecnológicas, productivas, económicas y ambientales.

Esto incluiría actuaciones y procesos de gran alcance (paliativo, preventivo o potenciador) como:

a) Diseño de climas relaciónales, sociales u organizacionales —como los estudiados y experimentados por Moos (7.7.3) o las comunidades terapéuticas— para alcanzar fines determinados, relacionados con la minimización de la problemática estructural producida por los sistemas sociales o la maximización del desarrollo humano posible.

b) Desarrollo de procesos de socialización y resocialización (correccionales, aceleradores del crecimiento, etc.) con propósitos similares.

c) Diseño y regulación instrumental (fomento, creación, desincentivación, etc.) de valores, normas —y otros parámetros sociales— que necesitan modulación en función de ciertos efectos a obtener. Por ejemplo, fomento del valor "salud", para promocional comportamientos saludables y prevenir la mortalidad cardiovascular o relativización del valor "trabajo" —y promoción de otros valores complementarios—, para paliar los efectos psicológicamente destructivos en una población permanente y creciente de personas desocupadas (paradas o jubiladas).

d) Creación de modelos sociales de comportamiento (roles) psicológica y socialmente apropiados para segmentos de población crecientemente anémicos, y/o problematizados (adolescentes, grupos marginados o sin acceso a la educación formal, etc.).

e) Diseño de programas institucionales y organizativos (correccionales juveniles, escuelas, familias y sistemas convivenciales artificiales, etc.), dirigidos hacia objetivos determinados. Un punto importante a tener en cuenta —entre otros— es el sistema de premios y castigos (punto 10; 4.7.3).

f) Desarrollo de recursos humanos —especialmente las capacidades de ayuda y socialización—, a través de los que individuos y grupos sociales pueden colaborar en procesos de desarrollo personal o de solución de problemas individuales o sociales —propios o ajenos—. Sea en calidad de:

1) Mediadores —o "puentes"— con una comunidad desconocida o culturalmente alejada del interventor (gitanos, minorías étnicas, grupos sociales marginales o de nivel social muy diferente,...);

2) colaboradores terapéuticos o educativos seleccionados en programas preventivos e interventivos (paraprofesionales o voluntarios);

3) agentes de socialización "naturales" más efectivos y que faciliten el desarrollo de los miembros de aquellas comunidades o grupos sociales de que son parte y/o sobre los que tienen algún tipo de influencia (afectiva, jerárquica, social, etc.): Padres —o abuelos— en la educación y desarrollo de los hijos; maestros y educadores en la de los estudiantes; capataces y jefes en

relación a sus empleados; mandos respecto a sus subordinados; etc.

4.7.2 Estructura y caracterización disciplinar e interventiva

Como disciplina, la Psicología Comunitaria está estructuralmente constituida por una parte teórico-conceptual (A) y una interventiva (B).

A) Parte teórico-conceptual: Conjunto de conocimientos y conceptos (como el estrés o la comunidad) que intentan definir los temas de interés —problemática psicosocial, desarrollo humano y cambio social—, y una serie de modelos teóricos y operativos que explican las relaciones entre ambos (teoría del estrés o modelo de los suministros) y —desde ahí— como operar sobre los factores determinantes para obtener efectos deseados.

En conjunto, podemos distinguir (capítulo 5) unos conceptos o modelos teóricos analíticos (que sirven para comprender y explicar) y unos modelos operativos (para operar). En los primeros podemos incluir conceptos —como estrés o apoyo social— y modelos. Estos serían de dos niveles: Globales o sociales, como el de (la) comunidad (capítulo 2) o el de los problemas sociales y psicosociales (transaccionales, sistémicos, ecológico-sociales, adaptativos) que ligan individuos, entre ellos y con el sistema social.

Los modelos operativos sirven —preferentemente— para operar o intervenir. Incluirían los modelos de evaluación y análisis de la demanda, modelo de prevención, de la competencia —o habilidades— y los de acción social (marxistas, organización de la comunidad, etc.). También podrían incluirse aquí (o entre estos y los modelos teóricos, pues participan de ambos) los modelos de desarrollo humano, como el de los suministros de Caplan, de salud positiva (capítulo 3) o calidad de vida.

B) Parte interventiva o aplicada. Se puede concretar en 3 elementos: 1) Objetivos; 2) contenidos y 3) estilo interventivo.

B.l) Objetivos o metas de la intervención comunitaria en general, que concretarían conceptualmente lo que entendemos por desarrollo humano según lo citado en los modelos operativos: Salud mental positiva, calidad de vida, bienestar social, competencia, sentido psicológico de comunidad o emporwerment (capítulo 5).

B.2) Contenidos de la intervención; el conjunto de estrategias y métodos distintivamente comunitarios usados para obtener los objetivos definidos (capítulos 9 a 14) y agrupados según la función básica que cumplen (cap. 8) como de: a) Prestación alternativa de servicios desde la optimización de recursos (intervención de crisis, consulta, educación social); b) prevención (educación y promoción de la salud); c) desarrollo de recursos humanos (voluntariado, paraprofesionales, auto-ayuda); d) reconstrucción social y comunitaria (comunidad convivencial o terapéutica, pisos asistidos, acogida familiar, grupos de ayuda mutua); y e) cambio social (organización de la comunidad, análisis institucional, abogacía social, desarrollo comunitario, creación de settings y programas institucionales).

B.3) Estilo interventivo: Perspectiva, o forma de diseñar y llevar a cabo la intervención (y el proceso y relaciones implicadas) que muchos consideran —según se vio— el elemento más definitorio de la actuación comunitaria. Ya desarrollada en este capítulo (así como en el capítulo 8), podríamos sintetizarla sumariamente en 16 puntos:

1. Centrado en: a) Poblaciones o grupos sociales no en individuos concretos; b) los elementos relaciónales e interactivos (horizontales o verticales) de un sistema social o aquellos compartidos por sus miembros: Roles, valores, normas de conducta, relaciones de poder, distribución de recursos (bienes y servicios...), clima psicosocial, conciencia de necesidad o de potencia social, etc., etc.

El individuo no interesa, por tanto, como tal individuo singular, sino por su comunidad social (o falta de ella), como miembro de un grupo social. Interesa su "parte" socializada y relacional, no tanto la característica e idiosincrática. Es decir: 1) Los elementos (socializados históricamente) de "conexión" al sistema social (valores, actitudes, expectativas, normas y patrones de comportamiento, etc.); 2) sus interacciones actuales (o falta de ellas) con otros miembros del grupo social o comunitario. Estos apartados (modificación de la "herencia" social y cambio o establecimiento de relaciones presentes) constituyen los dos frentes básicos del trabajo comunitario, teniendo cada uno características y potencialidades propios (resistencia y función social básica de lo ya establecido o socializado, dificultad y potencial del desarrollo de relaciones y lazos inexistentes...).

Lo escrito no significa que un programa comunitario haya de excluir la atención individualizada. Esta habrá de ser, sin embargo, un componente secundario a otros —más sociales, preventivos o desarrollistas— que le impriman el carácter comunitario. Si, por el contrario, el componente clínico-asistencial es el foco básico —y no un punto de partida estratégico hacia otras formas de intervención—, el programa no tendrá carácter comunitario.

2. Positivo, de recursos o potencialidades (integralmente reconocibles a nivel de comunidad, no necesariamente de cada persona), no patológico o deficitario. (No se niega la existencia de problemática, carencias o riesgos, si no que se enfatiza su complemento, los recursos utilizables para su superación desde el propio colectivo problemático. Sí se niegan los enfoques de análisis e intervención que patologizan la vida social o psicológica o que están centrados primordialmente en lo negativo, problemático o patológico).

3. Integral, holista o comprensivo, que abarca —integrada y equilibradamente— todos los aspectos básicos de la problemática y desarrollo humanos; frente a un enfoque unidimensional centrado —y especializado— en un solo aspecto (salud física, educación, vivienda, desempleo...). Requerimientos implícitos: Interdisciplinariedad interventiva (punto 11) y coordinación e integración de servicios (13).

4. Maximiza la participación activa y el protagonismo de la comunidad (hasta los límites compatibles con la eficiencia técnica de la intervención) frente al protagonismo central del experto clásico, que define el problema y las soluciones, limitándose el cliente (básicamente) a aportar información y cumplir las prescripciones.

5. Relaciones más igualitarias, simétricas o coordinadas (trabajar "con" la comunidad, no "sobre" o "para" ella) entre experto y cliente ("ayudador" y "ayudado"), que las jerárquicas, prescriptivas y supraordinadas implícitas en el modelo médico-clínico ("doctor"-"paciente"). Este marco relacional: a) Es fundamental para el desarrollo humano al posibilitar la expansión, crecimiento (no restringido, por patemalismos o dependencias relaciónales) y experimentación activa de la persona que se auto-atribuye autónomamente los efectos de las acciones realizadas (atribución social interna), en lugar de atribuirlo a una agencia externa (el interventor o experto). b) Supone una redistribución de poder con resistencias esperables por las dos partes: El experto, a perder poder y a redefinir su papel; el grupo social a salir de su pasividad y cómoda dependencia y asumir directamente sus responsabilidades y capacidades. c) Implica una redefinición del rol profesional (complementada con la requerida por el trabajo multidisciplinar) en que se resalta más la autoridad científico-técnica —o la solidaridad igualitaria— del experto que su autoridad jerárquica profesional, externamente conferida.

6. Promociona la integración social y el sentido de comunidad frente a la acción desintegradora, social o culturalmente descontextualizada, o de la atención a una sola de las partes implicadas en la problemática (Ciertas líneas de pensamiento y trabajo —la acción social sobre todo— operan, sin embargo, en direcciones parcialmente diferentes, promocionando —a un cierto nivel— la

confrontación y el conflicto.).
7. Proactivo y preventivo, actuando "antes de" y "hacia adelante", desde las causas u origen de la problemática, no "después de" y "hacia atrás", desde sus consecuencias o efectos (modelo terapéutico o paliativo).
8. Activo, de búsqueda del problema o la demanda ("marketing social" o seeking mode) acercándose al medio en que se producen, no pasivo y de es-pera (del cliente). Y, en consecuencia,
9. De acercamiento —geográfico, social y cultural— a la comunidad o con-texto concreto en que se produce el efecto a eliminar o prevenir, frente al trabajo en centros o instituciones distanciados y segregados (hospital, cárcel, etc.). Es otra forma de indicar la "primarización" de la atención. No basta con el acercamiento espacial (trabajar en la comunidad), si no, además, socio-cultural, que implica —dada la extracción de clase media típica del psicólogo titulado— un considerable esfuerzo de aproximación a valores y pautas de significación y comportamiento de clases sociales más bajas y grupos culturalmente diferentes.
10. Más flexible (en función de las demandas —más diversificadas— y recursos existentes), utilizando estrategias escalonadas, indirectas o de intermediación y potenciación de los recursos existentes en la comunidad y optimizando el uso de los recursos técnicos cualificados (profesionales); un estilo distinto de la atención específica, directa y no intermediada del servicio psicológico tradicional.
11. Multidisciplinar, funcionalmente integrado a partir de objetivos compartidos de actuación (interdisciplinariedad), no unidisciplinar.

El proceso interventivo global implica además, y a diferencia de la actuación psicológica individualizada:
12. Evaluación o análisis global de la problemática y el contexto social en que se da, así como de los recursos precisos (cap. 7).
13. Planificación y organización globalizada (territorial, social y/o administrativamente) de la intervención y de las acciones o servicios que la componen (cap. 8).
14. Perspectiva temporal de largo plazo, tanto en cuanto a la realización y obtención de efectos de la intervención, como en cuanto a la visión estratégica necesaria para introducir y llevar a cabo un programa en un contexto social con una dinámica y estructura de poder dados. Esto incluye, entre otras, la consideración de los efectos reales sobre el problema en cuestión de una estrategia paliativa, de contención inmediata del problema (servicio o tratamiento profesional, en general), frente a otra —educación 'prevención— menos "efectista" y más "silenciosa", pero más efectiva a medio y largo plazo. También la opción entre ambas (o su "combinación", necesaria con frecuencia) en situaciones de recursos escasos en que sólo se puede hacer una u otra cosa en un momento dado.

Tomemos el caso del maltrato infantil. Es muy posible que la opción por la contención inmediata (internamiento, atención profesional en centros especiales, etc.) aparezca como más deseable y necesaria en un momento dado ("respondiendo", además, a una demanda o reivindicación con algo visible). Es dudoso, sin embargo, que tenga un verdadero impacto sobre el problema global del maltrato infantil sino se la complementa con procesos de educación, prevención y desarrollo de recursos en la escuela y la comunidad de aquellas familias en situación difícil, de los futuros padres y madres y de los vecinos/as y compañeros/as de los afectados. Estrategia menos "efectista", pero más eficaz a largo plazo, que debería ser contemplada como K línea a seguir, desde la perspectiva comunitaria, independientemente de qi en una situación dada haya de optarse por otra acción más paliativa. Esta debería, por tanto, ser

sólo un punto de partida hacia la estrategia comunitaria y habríamos de ser muy cuidadosos en no implicarnos de entrada en una línea de acción que imposibilitara —o dificultara seriamente— esa última opción.

15. Si la intervención es fructífera, se da con frecuencia una transferencia de poder y capacidades desde el interventor (que inicialmente impulsa o cataliza la acción desde una posición de autoridad) hacia la comunidad o grupo social. Esta transferencia resulta en una "autonomización" en la gestión y competencia de la comunidad y una "prescindibilidad" del interventor, que pasa a ser "superfluo". Este proceso puede observarse en experiencias exitosas de desarrollo de comunidad o auto-ayuda, siendo esencialmente dispar de los procesos de prestación de ayuda psicológica al uso. Podríamos añadir como característica suplementaria,

16. La apertura del interventor a ser influenciado por la comunidad —a la vez que ejerce influencia sobre ésta—. O, lo que es igual, la producción de una intervención bidireccional, de una verdadera interacción interventor-cliente en que las dos partes se modifican mutuamente (no necesariamente de modo simétrico), devolviendo a la otra parte lo incorporado en un proceso continuo y sin fin.

Algunas asunciones valorativas básicas del enfoque comunitario serían las siguientes: a) VA poder psicológico (capacidad de dominio y efectividad sobre sí mismo; potencia, locus interno, o competencia, en terminologías similares) percibido o real es fundamental para el desarrollo de las personas —y su carencia para la coartación de ese desarrollo— y la generación de problemas psicológicos y psicosociales. b) La distribución de recursos sociales y poder político son también esenciales para el desarrollo humano al ser:

1. Base requisita de la comunidad social: Si individuos y grupos no comparten —o tienen acceso a— el poder y recursos de un sistema social, difícilmente podrán sentirse parte (valiosa, útil y activa) de él. La distribución desigual o injusta de recursos genera, por el contrario, marginación, alienación e impotencia.

2. Prerequisito imprescindible del poder psicológico. Difícilmente podremos desarrollar un sentido de potencia y valor personal si no podemos participar en las decisiones sociales o disponer de los recursos y aflujos externos que determinan en gran parte el curso de nuestras vidas.

c) El derecho a la diferencia (disidencia o "desviación" social) individual y grupal (pacíficas y no dañinas para los demás) sin sanción negativa o estigmatización social. Lo que implica el aumento de la tolerancia social (roles, modos de vida y posturas sociales "permisibles") hacia grupos sociales y comportamientos diferentes, minoritarios o marginales.

d) El compromiso social o toma de posición del psicólogo en su actuación en favor de los marginados o desposeídos, frente a la neutralidad y distanciamiento científico-técnico reconocidos en la actuación tradicional. (Asunción esta polémica, discutida por no pocos, que prefieren una postura general de independencia del psicólogo frente a los diversos grupos de interés).

4.7.3 Factores y procesos básicos

Complementamos ahora la definición y caracterización disciplinar —conceptual, interventiva y asuntiva— de la Psicología Comunitaria con la identificación —y mínima descripción— de 13 procesos y factores estructurales básicos del campo, a tener en cuenta a la hora de investigar, valorar o intervenir. Agrupamos esos factores en los niveles individual/psicosocial y social, aunque, a la postre, todos los factores resultarían psicosociales, al estar vistos los sociales desde el punto de vista psicológico y los individuales desde el punto de

vista relacional o socio—contextual. Varios de esos factores y procesos son desarrollados en otras partes de ese volumen (o en los puntos previos de esta propuesta, a los que, en su caso, referimos desde aquí al lector).

A un nivel más individual y psicosocial podríamos mencionar como factores y procesos básicos: 1. El rol, tanto de los sujetos afectados ("la comunidad") como de los profesionales intervinientes (punto 2). El rol de los individuos afectados es relevante —y debe ser modificado— en una doble dirección: a) Ampliado en la dirección técnica y humana (formación, entrenamiento, etc.) e incorporado parcialmente —como recurso coparticipante— a la intervención en aquellos miembros de la comunidad con capacidad (o en posición) de poder ayudar a otros (mediadores, paraprofesionales, "agentes de salud", voluntarios), como parte de la movilización y desarrollo de recursos humanos de la comunidad.

b) Más importante; el conjunto de personas deben asumir —tanto como sea posible— su rol de verdaderos sujetos de la acción comunitaria (frente al rol exclusivo de objeto pasivo de esa acción), incrementando el grado de actividad y participación en la vida comunitaria y procesos centrales de los sistemas sociales de pertenencia (como distribución de recursos, prestación de ayuda, toma de decisiones y otros procesos, descritos más adelante).

La idea básica es que el enriquecimiento y potenciación de las personas (y la resolución de la problemática psicosocial) se facilitará considerablemente —desde el punto de vista psicocomunitario— cuando las personas cambien, no tanto su conducta individual como su posición frente al sistema social (roY) y sus relaciones (ideológico-significativas, valorativas y normativas, comportamentales) con ese sistema en la dirección de mayor intervención y reivindicación operante —no pasiva— de los aflujos —recursos, poder, relaciones, participación, etc.— provinientes del sistema. Esta idea será reiterada en relación con la participación (8.2.3), como uno de los procesos clave que encama y vehicula el cambio de rol aludido.

2. El rol de los profesionales varía igualmente en una doble dirección: a) En los profesionales generales y en posición socializadora o de contacto primario con la comunidad (educadores, médicos, curas, policías) ampliando su rol profesional para añadirle (Goodstein y Sandier, 1978) componentes relacionados con la detección de problemas, derivación o ayuda (en los casos y supuestos apropiados; no en todas las personas) en la dirección de la optimización de los recursos técnicos (capítulo 10). b) En los profesionales de la intervención comunitaria (el psicólogo, en nuestro caso) hacia un rol con menos poder, más igualitario y solidario en relación a los clientes (la comunidad) y más coordinado, flexible e integrador, respecto a otros profesionales implicados en el trabajo multidisciplinar.

3. La solidaridad social, relaciones e interacciones —positivas— entre individuos y grupos son también relevantes para el desarrollo humano evitando (donde lo apuntado en 7) el vindicacionismo individualista. El trabajo pasaría en este área por desarrollar modelos psicosociales y experiencias prácticas sobre como diseñar y desarrollar climas sociales y organizacionales (en sentido amplio, no restringido a organizaciones industriales o de lucro) participativos, en que cierto tipo de relaciones e interacciones se hagan posibles y significativas, posibilitando, favoreciendo o catalizando el crecimiento personal (frente al desarrollo meramente productivo o instrumental) de los participantes.

La Psicología Social debería aportar instrumentos analíticos y explicativos en este terreno, investigando los diversos tipos de relaciones —simétricas, asimétricas, de ayuda, etc.— y sus efectos. Los grupos de sensibilización, encuentro o ayuda mutua (capítulo 13), el trabajo de Moos (capítulo 7), las comunas, comunidades o kibutzs y las familias e instituciones socializadoras o resocializadoras artificiales, son —entre otras— líneas de trabajo prometedoras y utilizables en esta dirección.

4. Calidad de vida y vida cotidiana. La afirmación de la calidad de vida (o ideas similares como salud positiva o bienestar social) como meta global de la acción comunitaria, sitúa el bienestar —y autorealización— humanos en primer plano valorativo, como criterio regulador fundamental del progreso o de los cambios sociales, económicos o tecnológicos: No se trata sólo de que (capítulo 7) esos cambios hayan de traducirse al final en una mejoría de la vida de las personas sino que, además, deben hacerse a la medida del hombre y no, al contrario, sacrificando a las personas en el altar supremo de la tecnología, la economía y el trabajo para adaptarlas a la medida —y demandas "objetivas"— de estos (La típica inversión valorativa). El concepto de calidad de vida funciona así como un regulador psicosocial imprescindible que manifiesta, a la vez, la vocación irrenunciablemente humanista del trabajo comunitario y la justificación de una Psicología Comunitaria, frente a otro tipo de formulaciones —y estilos interventivos— más —o predominantemente— tecnocráticos o socio-estructurales.

Implícito en ello va, que los verdaderos cambios comunitarios deben llegar a afectar a —y con frecuencia partir de— el entorno habitual de las personas (básicamente la comunidad vecinal) y el curso cotidiano de sus vidas no tanto —o únicamente— de grandes cambios o planificaciones a nivel legislativo, político o social (que podrían ser, en todo caso el punto de partida o uno de los niveles, pero ni el único, ni el verdaderamente comunitario). Esto, naturalmente, en las sociedades occidentales desarrolladas, no necesariamente en otro tipo de países o culturas.

También, que el blanco de la preocupación comunitaria es el "hombre común" o medio, frente a individuos o grupos concretos (las minorías desfavorecidas serían un caso aparte). Lo cual excluiría como inmorales los diseños de cultura o política social (basados en el "darwinismo social", especulación económica, competitividad o individualismo extremos) unilaterales, dirigidos (o que benefician) primordialmente a ciertos grupos o élites sociales (pero disfuncionales o inalcanzables para el resto del cuerpo social) y que generan desintegración o "dualización" social así como desgarros, presiones vitales extremas, desadaptación y marginación en colectivos amplios (aún cuando produzcan también crecimientos económicos importantes). Una política social (o económica) debe, en ese sentido, ser juzgada no sólo por sus éxitos sino también por la marginación y disgregación social que produce.

5. Sistemas y procesos de socialización, que determinan en gran parte las actitudes, posicionamientos relaciónales y comportamiento del individuo frente a los sistemas y procesos sociales. En PC nos interesan sobre todo esas determinaciones respecto a los temas y parámetros mencionados en el resto de puntos: Actividad del sujeto en relación al sistema y a los subsistemas de poder y figuras de autoridad; relaciones interindividuales e intergrupales; autoresponsabilidad, petición de ayuda y expresión de necesidades; prosocialidad, comunidad y apoyo social; desarrollo de expectativas; control social, desviación y tendencias a marginar grupos y personas; etc.

La modificación, diseño y generación de alternativas (parciales o globales) en sistemas y procesos de socialización en la dirección marcada por los objetivos comunitarios parece clave. Familia y escuela (y los grupos de iguales, peer groups) han sido mostrados como sistemas socializadores clave en el aspecto preventivo. Los aspectos implícitos de los procesos de socialización necesitan mucho mayor atención conceptual (desde Psicología Social y Psicología Evolutiva) y analítica (experimentación, también) en los diversos contextos y sistemas, tanto en relación con los procesos de marginación como con los de desarrollo positivo e integral.

A nivel más social, global o sistémico destacaríamos los siguientes factores y procesos de interés:

6. La comunidad y el sentido de comunidad, como contexto territorial e interactivo global y

resultante psicosocial respectivamente; referentes básicos del análisis y la acción comunitaria. Ya descritos aquí en los capítulos 1 (1.2) y 2.

7. El poder y su distribución; otro tema clave en sus distintas formas y expresiones (poder económico, político, informativo, intereses grupales, estatus, etc.) para entender un sistema social y actuar en él. Su distribución posibilita y condiciona tanto el desarrollo de personas y grupos como la existencia de la propia comunidad (B.3). Algunos aspectos de interés en relación al poder serían: Existencia y cantidad (en las distintas formas) en un sistema social; sistemas de generación, asignación o desarrollo de poder y acceso de los diversos grupos sociales a esos sistemas; igualdad o desigualdad de su distribución; posibilidad de acceso al poder —y movilidad social en relación a él—; sistemas de cambio en la distribución del poder o en los sistemas sociales de su asignación.

8. Necesidades, problemas y conflictos sociales, que constituyen elementos motivadores, dinamizadores y tensivos básicos (desde lo negativo, o carencial; también existen factores motivacionales positivos); analizados —desde el punto de vista de la evaluación— en el capítulo 7; tema tradiciona en el Trabajo Social.

9. Las expectativas; otro elemento tensivo entre lo existente y lo deseable o esperable. La creación y mantenimiento de expectativas relativamente estables (en función de la estabilidad del propio contexto en que se dan) y que conecten el estado inicial de un sistema social con el deseable o esperado a partir de una constatación o acción a producir, es uno de los principales instrunientos de dinamización inicial y objetivo implícito de la intervención comunitaria (cap. 7; 7.4).

Las expectativas tienen un doble filo o virtualidad: Positivo (la dinamización mentada); negativo, la frustración (más o menos repetida) de expectativas, uno de los principales factores de desmovilización y desilusión de un colectivo—y del interventor—, que acaban "quemándose". El correcto análisis previo de las expectativas previsiblemente generadas por las acciones a emprender es básico —junto a otros factores— en la estrategia interventiva de cara a decidir el tipo de acciones a emprender.

10. Sistemas de definición de objetivos y toma de decisiones en una comunidad, fundamentales también como formas básicas de la participación (ver 8.2) de sujetos y grupos en el sistema social, del acceso igualitario a los recursos de ese y de la generación de cohesión y sentido de pertenencia —o de marginación— social. Particularmente relevantes son los procedimientos de asignación de recursos del sistema (asignación presupuestaria, etc.), las reglas organizacionales de los sistemas políticos y de control de la vida del sistema (los "aparatos" decisorios, comisiones, etc.) y el grado de control ejercido por los miembros "de a pie" y asociaciones de base o intermedias de la comunidad, frente al monopolio de ciertas personas o grupos.

Globalmente, el tipo de contrato institucional —o "mandato" político_ que tienen los miembros del sistema con sus aparatos decisorios es fundamental al permitir un distanciamiento de los sistemas de definición de objetivos y toma de decisiones de un cuerpo social y de sus miembros ("liberados" de responsabilidades ulteriores) a través de procedimientos puntuales como la elección de ciertas personas. Una de las vías de actuación comunitaria pasaría por ayudar a los miembros del sistema a revisar los mandatos —explícitos o implícitos— y reglas del juego para facilitar el acercamiento y participación de los interesados en esos procesos básicos (un sistema útil, además, para desarrollar cohesión social y sentido de comunidad, aunque no sin riesgos y problemas).

11. Los sistemas de recompensas (premios) y castigos de un sistema social son probablemente el factor más importante (aparte de los relaciónales citados al principio) para modificar o diseñar un sistema social (sistema social organizado; la comunidad quedaría excluida como sistema social

relativamente "natural", sin objetivos prefijados) y quizá uno de los más descuidados y que causa más disfunciones institucionales y organizacionales. La receta de actuación sería en principio sencilla y expresable en 3 pasos:

a) Definir lo más clara, precisa y explícitamente los objetivos (jerarquizados) del sistema.

b) Determinar los comportamientos instrumentalmente ligados a los objetivos marcados (conducentes a su consecución o contrarios a ella).

c) Ligar unívoca (sin ningún tipo de duplicidad o equivocidad), clara y explícitamente las conductas instrumentales positivas (conducentes a los objetivos) con los premios, y las negativas con los castigos, manteniendo y haciendo cumplir esa correspondencia sin excepciones.

La mayor parte de los sistemas sabotean explícita o —peor— implícitamente alguna de esas reglas (la c casi siempre) manteniendo un estándar nominal y visible de conductas premiadas (trabajo, rendimiento, interés, etc.) pero introduciendo implícitamente (aunque sin reconocimiento formal) sistemas paralelos de recompensas a comportamientos (fidelidad personal, no conflictividad, etc.) que: a) No están conectados con los objetivos del sistema (pero sí con alguna persona o élite en el poder); b) desmotivan y desincentivan los comportamientos realmente útiles para la consecución de esos objetivos; c) restan credibilidad a las reglas y comunicaciones del sistema; y d) crean una contradicción lógica de difícil solución ("doble vínculo") al no poder ser rebatida (ni planteada, muchas veces) explícitamente (por no haber sido explicitada la norma real) ni solventada. Todo lo cual sabotea considerablemente el funcionamiento del sistema y el bienestar personal y la efectividad organizativa de sus miembros.

12. Sistemas de apoyo social; relevantes de cara a evitar los efectos de desintegración social y comunitaria y como amortiguadores de los efectos del "estrés" sobre las personas. La familia, grupos de iguales (del trabajo, la escuela o el tiempo de ocio) o los grupos y redes de apoyo y ayuda mutua artificialmente construidos se han mostrado muy útiles en este sentido.

13. Sistemas de control de la desviación social (la otra cara de la moneda del apoyo social). Estos sistemas —y procesos— están implicados en la generación de marginación (con sanción añadida del psicólogo, con frecuencia) de personas y grupos en la comunidad, a través de "clases especiales" en el sistema escolar, del diagnóstico psiquiátrico en el de salud mental, el confinamiento correccional o carcelario en el de justicia o la clasificación aptitudinal en el industrial. La meta sería aquí disminuir las tendencias marginadoras de estos sistemas modificando su funcionamiento hacia una mayor aceptación e integración de los "diferentes", así como la socialización de las personas (y de los técnicos) en la dirección de una mayor tolerancia hacia el comportamiento diferente pero no dañino.

Capítulo 5
Otros conceptos y modelos teóricos en psicología comunitaria

Si la Psicología Comunitaria se ocupa (4.7) teórica e interventivamente del comportamiento de personas y grupos en relación a sus contextos sociales de pertenencia (especialmente los más inmediatos y significativos, comunitarios), particularmente en relación a la resolución de los problemas psicosociales y el desarrollo humano integral alcanzados a través del cambio social activamente coprotagonizado por esas personas, necesitamos guías teóricas para los componentes básicos —subrayados— del campo. Guías conceptuales, para las ideas puntuales; modelos para los componentes operativos y relaciónales:

• Conceptos: Cambio social, desarrollo humano, problemas psicosociales y sistemas sociales (sobre todo comunitarios).

• Modelos teóricos que permitan entender (relacionalmente) el comportamiento humano en contextos sociales (comunitarios) y relacionar cambio social (activo) con los problemas psicosociales existentes, por un lado, y con el desarrollo humano, por otro.

Esos conceptos y modelos teóricos deben trascender —o modificar substancialmente— los de la Psicología individual, pensados para conceptualizar y operar con— personas desde sus determinantes psicobiológicos, intrapsíquicos o —más infrecuentemente— interpersonales y relaciónales (los que pueden ser más útiles en el campo comunitario), al contemplar a las personas grupal e ínteractivamente, en sus contextos y acción social.

Los conceptos y modelos existentes —emergentes y aún en plena elaboración, como la propia PC— provienen de diversos campos psicológicos, sociales, de la salud, político-jurídicos y otros. Han sido ya abordados parcialmente en capítulos precedentes (2 y 3 sobre todo). En éste, formulamos una sistematización global y ordenada de ellos a partir de la definición y necesidades teóricas planteadas, describiendo después brevemente los núcleos conceptuales básicos citados en el capítulo 2 y no tratados en otros lugares de este libro: Estrés psicosocial, apoyo social y competencia. (La) comunidad y salud mental positiva, fueron ya explicados en los capítulos 2 y 3; la prevención lo será en el capítulo 9.

Se perfilan, además, dos modelos teórico-operativos (el de la provisión de Caplan y del cambio social) de entre los varios utilizados en PC. Estos modelos, representan dos tendencias fundamentales —y complementarias— de trabajo en el campo comunitario: a) Desarrollo de recursos (personales o comunitarios) y b) acción o cambio social —para redistribuir poder o recursos casi siempre—. El modelo positivo de la provisión de suministros o apones de Caplan fundamentaría conceptualmente la primera tendencia, el desarrollo (humano, en este caso); el modelo (los modelos, mejor) de cambio social, la segunda, la acción social redistributiva. Desarrollo humano y cambio social fueron, además, citados como los temas básicos de la Psicología Comunitaria. Merecen pues un tratamiento expositivo apropiado.

5.1 Modelos teóricos: analíticos y operativos

Partiendo de la distinción de Heller, Price y otros (1984) entre estrategias "analíticas" y estrategias "orientadas hacia la acción", proponemos aquí una sistematización global de los modelos teóricos utilizados (o potencialmente útiles) en Psicología Comunitaria, agrupándolos en analíticos y operativos. Habremos de tener en cuenta, sin embargo, que en PC casi todos los modelos tienen, en realidad, un importante componente operativo —o activo—, al priorizarse la actuación sobre el análisis o la elaboración teórica.

Los modelos (básicamente) analíticos sirven para comprender y explicar, intentando

explicitar conceptos substantivos básicos (comunidad, cambio social, desarrollo humano, problemas psicosociales) y elementos relaciónales o procesales (comportamiento humano en contextos sociales y generación de los problemas psicosociales). Los modelos (básicamente) operativos sirven para actuar u operar, ligando relacionalmente los dos núcleos básicos de la definición planteada: Cambio social —en un lado— y problemas psicosociales y desarrollo humano —en el otro—, como correlatos posibles del primero (a erradicar —problemas— y a perseguir —desarrollo humano— desde aquél).

5.1.1 Modelos analíticos

Podemos clasificarlos en globales o sociales y psicosociales. Los primeros se centran en el marco global socio-cultural del desempeño comunitario, permitiendo relacionar los fenómenos psicosociales —de interés directo de la Psicología Comunitaria— con sus determinantes y correlatos macrosociales. Entre ellos podemos citar el modelo de (la) comunidad y el de los "problemas sociales" (Merton y Nisbet, 1976), como esquema analítico general que liga ciertas transformaciones estructurales y sociales con unos efectos psicosociales problemáticos, objeto central de la intervención comunitaria.

Los modelos psicosociales se inscriben en un nivel mesosocial —propio de la PC— ligando los dos términos básicos de referencia de la Psicología Comunitaria —individuo y sistema social— a varios niveles (mencionados en 4.7): Interacción o interrelación entre individuos (y entre individuos y grupos); interrelación grupal; relación e interacción individuo-sistema social; y confluencia o conjunción individuo-sistema (en procesos como el de socialización). Incluiríamos aquí como más apropiados para la PC los modelos adaptativos, ecológico-sociales, interactivos y transaccionales (centrados en las relaciones entre individuos y sistemas sociales como 2 partes diferenciadas) y los sistémicos, que acentúan más los aspectos interrelacionales y dinámicos dentro de sistemas formales en general.

Deben mencionarse también aquí los modelos (educativos o psicosociales) de desarrollo humano como el de los suministros de Caplan.

Si se quieren incluir también conceptos más puntuales, deberían citarse los de estrés y apoyo social.

5.1.2 Modelos operativos

Entre los modelos operativos, podemos distinguir aquellos"—más conceptuales y valorativos— que definen los objetivos o metas de actuación y aquellos —más formales, dinámicos y relaciónales— que, centrándose en la acción y sus efectos, guían y orientan la realización de la intervención comunitaria desde la Psicología. Naturalmente, no se puede —ni se debe— establecer una separación tajante entre ambos que (como objetivos y estrategias) están bastante interrelacionados siendo, no pocas veces, cara y cruz de un mismo proceso interventivo.

Conceptos comúnmente reconocidos como objetivos o metas de la acción comunitaria son:

• Salud mental positiva (Jahoda, 1958; ver capítulo 2) que pretende trascender los conceptos patológico-médicos de base (enfermedad) hacia su complemento positivo, la salud.

• Calidad de vida (capítulo 7), cercana al anterior pero enfatizando los componentes cotidianos, dinámicos, relaciónales y contextúales (frente a los meramente estructurales y cuantitativos) y su percepción psicológica. • Competencia (5.4); idea de procedencia aglosajona, que subraya el desarrollo personal a través de la acción efectiva y el dominio del entorno, frente al análisis, la auto—realización personal o la afiliación social. • Otras dos ideas emergentes son las de sentido

psicológico de comunidad (Sarason, 1974; ver capítulo 1.2), que subraya la aportación de significado e identidad personal desde la comunidad, y dotación de poder (empowermenT, 5.5), propuesta por Rappaport y centrada directamente en el poder —psicológico y social—, como factor central para el desarrollo humano (y, por tanto, para la Psicología Comunitaria).

Entre los modelos de actuación, que guían la intervención y trabajo comunitario desde la Psicología, podemos citar los siguientes: • Modelo de prevención, procedente de la Salud Pública; capítulo 9. • Modelo de la "competencia" —o de las habilidades—. Modelo de actuación individual y pequeño-grupal, formado por una serie de estrategias personales y relaciónales dirigidas a adquirir "habilidades" o destrezas (skills) en diversos campos (resolución de problemas, relaciones interpersonales, interacciones sociales) que mejoren la competencia de las personas (ver, por ejemplo. Costa y López, 1986). • De acción social (marxistas, de organización política, autogestionarios, etc.) basados casi siempre (capítulos 14 y 8) en la acción social solidaria y "desde abajo" para forzar una redistribución del poder u otros recursos sociales escasos.

En realidad algunos de los modelos citados como —primordialmente— analíticos tienen (o pueden tener) también un fuerte uso operativo. Por ejemplo, los sistémicos en el campo familiar (terapia familiar sistémica) o los de desarrollo humano en el campo educativo-escolar o político-legislativo.

Para una descripción más amplia de los modelos teóricos pertinentes en Psicología Comunitaria, referimos al lector al manual de J. Rappaport (1977; capítulos 3, 4, 5 y 6). También, complementariamente, a Bloom (1984); Caplan (1964, 1970 y 1974; Caplan y Killilea, 1976); Gibbs, Lachenmeyer y Sigal (1980); Goodstein y Sandier (1978); Heller, Price y otros (1984); o Levine y Perkins (1987).

5.2. Estrés psicosocial

Kessier Price y Wortmann en su reciente (1985) revisión de los estudios sobre estrés dentro de la serie del Annual Review of Psychology "Factores Sociales en Psicopatología", han trazado la evolución histórica del campo desde sus inicios hasta la actualidad.

En sus comienzos, el interés estaba centrado en la localización de casos y la descripción demográfica o epidemiológica del estrés. Se pasó después a la discusión causal -concretada en el debate entre "causación social" y "selección social"— del trastorno mental. En la actualidad, la atención se orienta hacia el desarrollo de teoría e intervención experimental, centrados en las situaciones estresantes y los factores psicológicos y sociales que median —y alteran— la vulnerabilidad y resistencia personal ante esas situaciones. El proceso de confrontación y dominio (coping) y el apoyo social, principalmente.

Kessier y cols. remarcan igualmente el interés creciente por el estrés "crónico" (o sostenido) frente al énfasis anterior en los "eventos" estresantes y puntuales inmediatos (life-events) y frente al interés primitivo por las poblaciones a nesgo de estrés. La breve exposición que sigue está basada en la excelente revisión mentada y en el capítulo 6 del libro de Salud Mental Comunitaria de Bloom (1984), más teórico y sistemático.

El término estrés proviene del campo de la arquitectura y la resistencia de materiales, habiéndose introducido en psicología desde el trabajo biológico de Selye (1956). En el campo psicológico (y social) podría ser definido (Baum, Smger y Baum, 1981) como "un proceso en el que fuerzas o acontecimientos ambientales, llamados estresores, amenzan la existencia y bienestar del organismo". El estrés implica según la tradición de Geraid Capean —fundador del modelo conceptual e interventivo de crisis— un desequilibrio o discrepancia significativo entre

—por un lado— las demandas (externas o, también, internas) hechas a un individuo en relación con valores, metas, o condiciones subjetivamente percibidas como vitales para su supervivencia o bienestar y —por otro lado— los recursos adaptativos de ese organismo (su capacidad aprendida de respuesta).

El campo del estrés y de los procesos adaptativos y confrontativos implicados, es el cuerpo de investigación y construcción de teoría más desarrollado y pujante (junto con el de apoyo social) de la PC. Su base conceptual fue establecida por Caplan y entre sus autores más destacados figuran Cobb, Richard Lazarus, los Dohrenwend y Holmes y colaboradores. Es la base del importante campo aplicado de intervención de crisis y una de las piedras angulares de la prevención. La denominación que le hemos dado, "estrés psicosocial", quiere subrayar la combinación o interacción de componentes sociales (los estresores) y personales o psicológicos (los efectos de su actuación).

La naturaleza de los estresores relevantes para el trastorno mental (el tipo de output o efecto del estrés más estudiado), es diversa. Estresores sociales que se han mostrado consistentemente asociados con el desarrollo en la población de diversos tipos de trastornos mentales son, el nivel socioeconómico bajo y la desorganización social (por ejemplo, Faris y Dunham, 1939; Hollingshead y Redlich, 1958; Srole, Langner, Michel, Opler y Rennie, 1962; Leighton, 1960; Dohrenwend y Dohrenwend, 1974, ver capítulo 9;' 9.2). La asociación entre ambos fenómenos se ha dado sobre todo en estudios de población tratada, no tanto en la población general.

Holmes y Rahe (1967) clasificaron como estresores psicosociales más relevantes en el desarrollo de problemas psicosomáticos, los siguientes (en orden de importancia decreciente): Muerte de un cónyuge, divorcio, separación matrimonial, encarcelamiento, muerte de un familiar próximo,' enfermedad o herida personal, matrimonio, despido del trabajo, reconciliación matrimonial y jubilación. La naturaleza interpersonal, social y de pérdidas (de personas, estatus, libertad, miembros físicos, etc.), de estos estresores es evidente. (Ver capítulo 7 —7.7.2— para una ampliación de la evaluación del estrés psicosocial y la lista de "eventos" estresores de Holmes y Rahe).

La importancia que en un momento inicial se atribuyó al estresor como precipitante del trastorno psicológico ha quedado disminuida y matizada por la literatura reciente (Bloom, 1984; Lazarus, Delongis, Folkman y Gruen, 1985; Dohrenward y Shrout, 1985). Ésta, además de poner de manifiesto importantes limitaciones de medición y confundido de variables, sugiere una mayor complejidad interactiva entre los factores —ambientales, sociales y psicológicos— implicados en los procesos de adaptación y confrontación del estrés de lo que anteriormente se presumía.

El modelo teórico clásico de confrontación (coping) es el de la valoración o evaluación (appraisal) de Lazaros. Según el modelo, las reacciones a una situación estresante dependen de la evaluación de ella como amenazante para la supervivencia física o psíquica del individuo. La reacción emocional es función de esa valoración primaria del potencial de peligro o daño de la situación. La secundaria, se refiere a las alternativas o recursos confrontativos del sujeto. La reevaluación de la situación estresora se produce como resultado de las dos valoraciones previas y de los cambios internos o externos ocurridos a lo largo del proceso. El significado psicológico o subjetivo del estresor para el sujeto así como otros parámetros —como su locus de control, autoestima, sentido de potencia o impotencia, etc.—, constituirían importantes elementos disposicionales, que median en el proceso adaptativo.

En cuanto a ese proceso adaptativo, hay diversos modelos sobre los mecanismos de producción de efectos disfuncionales en los individuos, según sea el papel atribuido a las condiciones disposicionales, estado de vulnerabilidad, potencia del estrés puntual, acumulación

de estreses menores puntuales o continuos, etc. Cohén y Lazaros (1979) han diferenciado cinco alternativa o tipos de conducta confrontativa ante el estrés: 1. Búsqueda de información para resolver el problema. 2. Acción directa para salir de la situación o eliminar el estresor. 3. Inhibición de la acción, cuando aquélla resulte inadecuada, impulsiva o deteriore la situación en lugar de resolverla. 4. Procesos intrapsíquicos o defensivos del tipo de los descritos en psicoanálisis (denegación, proyección, represión, racionalización, etcétera). 5. Petición de ayuda externa a otras personas o agencias del entorno, que pueden naturalmente incluir "otros significativos" (familiares, amigos, etc.), o profesionales de la salud o el bienestar social.

Esta última alternativa se refiere a los recursos —interpersonales, asistenciales y sociales— que pueda usar una persona en un momento dado y que, como tales, tienen una gran importancia preventiva en PC, ya que de su existencia o no —además de la decisión de la persona de acceder a su uso_ dependerá, en buen parte, la resolución —o agravamiento— de los estados de estrés y sus efectos.

Existen importantes indicios evidenciales de que la disponibilidad y uso del apoyo social pueden disminuir o amortiguar el efecto del estrés. Parece relativamente claro por otro lado (Kesler et al., 1985), que sólo una minoría de los expuestos al estrés (entre un 20 y un 40) resultan con efectos disfuncionales irreversibles. Esto ha llevado al estudio intensivo de los procesos y características de aquellas personas que confrontan el estrés con éxito frente a las que resultan permanentemente afectadas.

Los programas para la prevención de los efectos del estrés se basan en la siguiente secuencia de acciones: 1) Identificación de acontecimientos, situaciones, procesos o sistemas sociales que consistentemente producen consecuencias desagradables o indeseables en las personas sometidas a ellos. 2) Estudio de esas consecuencias negativas y distribución epidemiológica de esos efectos en las poblaciones afectadas. 3) Desarrollo de programas interventivos experimentales de cara a: a) Disminuir o eliminar en lo posible el estrés o los aspectos estresantes de la situación o sistema social en cuestión; b) si no se puede evitar el estrés, disponer de programas de fortalecimiento y confrontación para las personas expuestas a él o C) de programas de intervención para revertir o limitar las consecuencias del estrés no evitable en los individuos afectados.

La intervención de crisis es el campo aplicado que cubre este tipo de acciones preventivas y reparativas a nivel individual.

5.3 Apoyo social

El tema de apoyo social y las redes de apoyo es el que está emergiendo con más fuerza en la última década dentro de los confines conceptuales de la PC, aun cuando su uso practico en la intervención comunitaria —sin reconocimiento del concepto teórico implícito— en los grupos de autoayuda, es mucho más antiguo. El concepto surgió al revisar en los años setenta la literatura que parecía evidenciar una asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas como desintegración social, movilidad geográfica o estatus matrimonial. Se detectó en esos estudios que el elemento común de esas varias situaciones era la ausencia de lazos o apoyos sociales adecuados o la ruptura de las redes sociales previamente existentes (Kessier et al., i 70

Las constataciones posteriores —aún tentativas—, han convergido en postular este factor como el mediador social más importante en la amortiguación de los efectos del estrés (buffering hypothesis). El apoyo social —y su contrapartida socioestructural, las redes de apoyo— puede servir de conector entre los esfuerzos investigadores y aplicados de sociólogos, psicólogos sociales y psicólogos comunitarios, constituyendo además una importante plataforma integradora

que debería enriquecer la base conceptual de la psicología comunitaria y las aportaciones de otras ramas de la psicología como la Personalidad, Psicología Evolutiva y Psicología Cognitiva (Gottiieb, 1983). Como se recordará, los sistemas de apoyo social eran uno de los tres elementos clave de la PC en la formulación de Goodstein y Sandler (1978). El apoyo social resulta, por otro lado, cercano al concepto mismo de comunidad y a su componente psicológico (sentido psicológico de comunidad) en especial.

Además del excelente artículo de Gottiieb y la revisión de Kessier et al. (1985) los libros de Cohén y Syme (1985), Whittaker y Garbarino (1983), Caplan (1974; Caplan y Killilea, 1976) y Sarason et al. (1985 y 1990) son algunas de las fuentes fundamentales de información sobre el apoyo social. Aquí resumimos algunas ideas básicas sobre ese tema aún en fase de desarrollo, prueba y —como señalan Kessier et al— a falta de refinamiento conceptual. En nuestro país, el apoyo social comienza a ser objeto de atención investigadora. Podemos destacar en el ámbito de la PC, el trabajo de G. Musitu y colaboradores que lo han estudiado (Gracia y Musitu, 1990; Gracia et al., 1990) como variable mediadora en situaciones familiares (en relación al maltrato infantil sobre todo), habiendo diseñado un instrumento ("Cuestionario de Apoyo Social Comunitario", AC-90) para su evaluación.

Concepto y dimensiones. El concepto de apoyo social está aún por definir y perfilar con precisión. En todo caso, se refiere a algo personal _cuyo componente más subjetivo es denominado "apoyo social percibido"_, en tanto que las "redes de apoyo" son la contrapartida socio-estructural y objetiva que, como tal, admite un análisis a nivel social, diferente aunque complementario. Caplan (1974) ha definido los sistemas de apoyo como: "Agregados sociales continuos que dotan al individuo de oportunidades para obtener feedback sobre sí mismo y la validación de sus expectativas sobre los demás. Las personas tienen una variedad de necesidades específicas que encuentran satisfacción a través de relaciones interpersonales duraderas... (desarrollando) y manteniendo un sentimiento de bienestar e involucrándose en un rango de relaciones que satisfacen in toto esas necesidades específicas" (pp. 4-5).

Las dimensiones del apoyo social incluirían: Apoyo afectivo o emocional (componente básico de la psicoterapia tradicional y las relaciones interpersonales); ventilación o expresión emocional; información y consejo (el componente enfatizado por Caplan) y ayuda material (Kessier et al., 1985). Keane et al. (1985) por su parte, en un estudio de la influencia del apoyo social sobre los veteranos de la guerra del Vietnam, consideran las siguientes dimensiones del apoyo social: a) Ayuda material; b) asistencia física; c) apoyo derivado de compartir pensamientos, experiencias y sentimientos; d) información y consejo y e) contactos sociales positivos. En cada caso los autores consideran tan importante el apoyo real existente como el que el sujeto percibe como potencialmente disponible.

Ya se han comenzado a desarrollar algunas medidas de apoyo social. Las de Keane et al. —relativamente comprensiva— y la de Sarason et al. (1983) son dos ejemplos. Ya se ha mencionado el AC-90 diseñado en nuestro país (Universidad de Valencia). El progreso de estos procedimientos de evaluación dependerá en buena parte de la clarificación conceptual y dimensional del concepto de apoyo social.

Gottiieb (1983) ha resaltado las importantes cualidades del tipo de relaciones —simétricas y recíprocas— establecidas en los grupos de apoyo social desde el punto de vista de las teorías psicosociales de la equidad y la atribución. Desde la primera, una persona tendería a rechazar el tipo de relación asimétrica en que sienta que no puede devolver la ayuda que recibe. La aplicación de ese principio a los programas de tratamiento psiquiátrico llevaría al desarrollo de grupos de autoayuda y creación de redes de apoyo autogestionadas e igualitarias (algo que ya se está intentando desde diversas perspectivas; ver Jeger y Slotnick, 1982). Desde el punto de vista

de la atribución, las atribuciones realizadas en este tipo de relaciones tenderá a ser interno, al verse los sujetos como agentes activos —y "potentes" o capaces_ del cambio producido, no como receptores de él, como sucede en las relaciones asimétricas profesionales típicas. Los grupos de ayuda mutua, y sus teorías explicativas, son ampliamente tratados en el capítulo 13.

En cuanto a las redes de apoyo, se han caracterizado (y analizado) dimensionalmente en tres categorías: Estructura, contenido y función. La estructura comprende factores como tamaño y densidad adyacente (el número de lazos diádicos posibles para un tamaño dado); el contenido se refiere a la naturaleza de la relación en tomo a la que se forman los lazos de la red: Familiares, económicos, políticos, etc.; Infundan se refiere a la naturaleza de las interacciones o transacciones que se dan en la red (similares a las dimensiones del apoyo ya mentados): Apoyo emocional, información, etc.

5.4 Competencia

Tampoco el concepto de competencia está debidamente perfilado como para ser claramente definido y operativo. De hecho, es uno de los que funciona más frecuentemente como asidero y recurso retórico en el campo comunitario, desde el punto de vista de los objetivos, en este caso.

Si la salud mental positiva se entendía como algo más bien personal, la competencia, sin dejar de tener también ese tipo de acepción, se usa con un tono más psicosocial, refiriéndose tanto a individuos como a comunidades (Iscoe, 1974), e indicando la dirección potenciadora de las disciplinas comunitarias, por contraste con otros modelos tradicionales basados en defectos o trastornos (Albee, 1984) y asociados al modelo médico de enfermedad. El concepto de competencia va ligado —aunque no sea equivalente— al de potenciación (empowerment) psicológico en lo social y a los de autoeficacia, autoestima y al desarrollo de destrezas y resolución de problemas en lo psicológico y personal.

Para Robert White (1959), que propuso la idea de competencia desde una perspectiva dinámica, ésta indica una fuerza motivadora y propulsora más allá de las clásicas pulsiones freudianas, basadas en la mera reducción de la tensión como motor de la acción y fuente de placer. Mediante los procesos de competencia, los organismos aprenderían a interactuar efectivamente con •i r f~t^ su entorno (físico, psicológico o social). La competencia incluiría, pues, actividades selectivamente dirigidas a interactuar con el entorno.

La conducta competente tendería a la "efectancia" (effectance; tendencia a producir "efectos") como base motivadora, y produciría como resultado la experiencia o sentimiento de eficacia. Esta formulación (posteriormente elaborada por Bandura en su concepto de autoeficacia) expresa una idea psicológica, central y recurrente (sobre todo desde el punto de vista de una cultura dirigida a la acción sobre —y dominio de— el entorno) de gran utilidad en su aplicación a individuos, grupos y comunidades.

White (1974) ha estudiado también las estrategias adaptativas de los individuos dirigidas, según él, a lograr un compromiso aceptable y operativo entre la dependencia y la autonomía del entorno. El autor considera 3 factores o procesos principales en la adaptación y el logro de competencia: 1) Búsqueda del volumen óptimo de información sobre el ambiente para no generar una carga excesivamente alta o excesivamente baja de información; 2) organización interna o estructural satisfactoria, libre de tensiones psicológicas o físicas que dificulten la interacción competente con el entorno; y 3) autonomía en la iniciación y mantenimiento de la acción del individuo, de manera que la acción esté autodirigida desde el propio individuo y no impuesta desde su entorno.

La promoción de estos tres procesos adaptativos (muy similares a algunos de los criterios de Jahoda sobre salud mental positiva) serían metas del trabajo comunitario, al conducir al desarrollo de la competencia de individuos y grupos y al incremento de los sentimientos derivados de poder, eficacia, potencia y autoestima.

Esta idea de competencia marca sin duda una meta atractiva y útil para la teoría y el trabajo comunitario, aun cuando se eche en falta una mayor clarificación e investigación sobre su naturaleza, componentes y correlatos individuales y sociales. Una de sus ventajas es que —a diferencia del concepto de "salud mental", de connotación más individual— parece más adecuada a grupos y comunidades.

Iscoe (1974) ha identificado el desarrollo de "comunidades competentes" como meta básica de la PC. Ese desarrollo incluiría el uso de información y otros recursos, de forma que los individuos puedan tomar decisiones razonadas sobre las cuestiones y problemas que los aquejan para poder confrontarlos y dominarlos de la manera más competente posible. Los componentes de la competencia individual y social serían, según Iscoe: 1) Un repertorio de posibilidades y alternativas; 2) el conocimiento para acceder a los recursos psicosociales; 3) potencia, y 4) —como consecuencia de lo previo—, autoestima, esperanza y poder.

Adier (1982) ha propuesto los siguientes componentes y funciones del concepto de competencia en su aplicación comunitaria: 1) Capacidad de cumplimentar roles sociales relevantes (la característica más importante); 2) mantenimiento de un autoconcepto apropiado; 3) capacidad de funcionamiento interpersonal o interactivo; 4) apropiado manejo del afecto; 5) resolución no traumática de las crisis evolutivas; 6) manejo exitoso de eventos estresante; 7) acceso a los recursos disponibles; y 8) funcionamiento cognitivo apropiado. Esta formulación presenta —como se ve fácilmente— amplias comunalidades con las de Iscoe (1974) y de Jahoda (1958).

5.5 Empowerment y estructuras sociales intermedias

Recientemente, J. Rappaport (1981 y 1987) ha propuesto el concepto de empowerment (literalmente, dotación de poder) como fin o "fenómeno de interés" teórico básico de la PC. El autor lo describe como un constructo multinivelar aplicable tanto a individuos como a organizaciones o comunidades y necesario para el desarrollo de una teoría ecológica en PC, al designar una calidad fundamental de la relación —interactiva— entre la persona y su entorno comunitario o físico exterior.

Empowerment (cuya traducción castellana más fiel, sería potenciación o fortalecimiento), es un proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones o comunidades adquieren control o dominio (mastery) sobre los asuntos o temas de interés que le son propios. Etimológicamente, empowerment hace referencia a "permitir" o "capacitar", a "autorizar" o "dar poder" sobre algo, alguien o para hacer algo, asumiendo que hay una condición de dominio o autoridad sobre ese algo (una idea similar, por cierto, a la implicada en el concepto de "intervención"). Dinámicamente empowerment, designaría, pues, el proceso de adquisición de esa habilidad o la capacidad de dominio o control.

Rappaport distingue 2 componentes en el constructo de empowerment (referido a personas, en este caso): 1. La capacidad individual de determinación sobre su propia vida (que nosotros denominaríamos autodeterminación personal). 2. La posibilidad de participación democrática en la vida de la comunidad a que uno pertenece, a través de estructuras sociales como escuelas, iglesias, vecindarios y otras organizaciones voluntarias (componente que podríamos llamar, participación o determinación social).

El autor ha completado (Rappaport, 1987; Rappaport, Swift y Hess, 1989) estas aproximaciones definitorias con algunas de las condiciones o asunciones de uso y funcionamiento del empowerment en un contexto ecológico y comunitario. Creemos suficiente indicar que, en su estado actual de formulación, el concepto es una idea interesante, acertada y necesaria —como alternativa conceptual— a las ideas deficitarias o preventivas tradicionales, pero aún a falta de ulterior desarrollo, aplicación e investigación.

Berger y Neuhaus, por su parte, han delineado el marco global del empowerment, explicitando a través de un influyente ensayo (1977) las condiciones político—sociales para dotar de poder a las personas. Ese empowerment o dotación de poder podría realizarse a través de las estructuras sociales intermedias (vecindario, familia, iglesia y asociaciones voluntarias, entre otras) entre la vida privada de las personas y las megainstituciones despersonalizadas (gubernamentales, burocráticas y corporaciones industriales) de la vida pública.

Esas estructuras vehicularían, además, la participación —socialmente organizada y relativamente autónoma de las macroestructuras gubernamentales— de los individuos en la sociedad (Recuérdese —capítulo 2— que esa era precisamente una de las tareas básicas de la comunidad, representada en esta formulación por el vecindario). El empowerment de los ciudadanos se daría indirecta —intermediadamente—, facilitando la participación activa de esas estructuras sociales intermedias en la realización de la política social de una sociedad.

Eso se concretaría en 2 direcciones programáticas básicas: 1. Una "minimalista": La política pública debe cesar de dañar, interferir o intentar controlar o cooptar esas estructuras sociales intemedias, debiendo, al contrario, protegerlas, apoyarlas y fomentarlas. 2. La política debe realizarse, siempre que sea posible, a través de esas estructuras intermedias.

Se propugna aquí, como se ve, el fortalecimiento de las personas a través de su participación en estructuras intermedias, generadas "desde abajo" (muy cercanas, en ciertos caos, a la autoorganización y autoayuda) diferentes de las macroestructuras administrativas estatales o gubernamentales -de las que no son parte-. Estas propuestas -aunque aparentemente similares- difieren substancialmente de las de descentralización administrativa (o fortalecimiento de la administración y poder local). Estas se realizan dentro de las estructuras gubernamentales existentes; las estructuras intermedias serían —como se ha indicado— autónomas de las gubernamentales, situándose entre esas y los individuos.

La comunidad local (vecindario) y la intervención comunitaria encajan plenamente —en sus formulaciones más autogestivas, menos interventivas y planificadas— en esta línea de empowerment de los individuos a través de la actividad política (semi) formalizada. De hecho, las ideas de Berger Y Neuhaus —que precisan mayor concreción e ilustración— pueden leerse como una interesante propuesta de ampliar políticamente el Estado hacia la Sociedad civil (desde ésta hacia el Estado, sería más correcto) expandiendo el Estado del Bienestar" (en acelerada progresión hacia el derribo, según algunos) hacia una "Sociedad del Bienestar" que tendría, además, como elemento central el fortalecimiento del poder de las personas a través de su participación política activa en la vida social.

Supondría, por otro lado, otra serie de efectos adicionales como una relativa politización e institucionalización de esas agrupaciones humanas y comunitarias (intermedias) que, entre otras cosas, podría despojarlas de parte de su importante papel psicosocial y cultural generatrices de valor, significado e identidad para sus componentes. Estos efectos, no contemplados por
Berger y Neuhaus, merecen cuidadosa reflexión e investigación ulterior de cara a valorar más globalmente —y experimentar en la práctica— esta interesante formulación. Las propuestas de estos autores —muy poco concretas por cierto— se insertan, además, en un marco político-económico (liberalismo y capitalismo de corte norteamericano) muy determinado, que no

resultan en absoluto- el más idóneo o adecuado para analistas e interventores sociales y comunitarios de otros entornos sociales, políticos o económicos, como los europeos o latino-americanos, por sólo citar dos.

5.6 Modelo de suministros de Caplan

También la carencia de modelos conceptuales y de trabajo ha sido sentida por los autores comunitarios que, como Rappaport (1977), han reconocido la necesidad de tomar de otros campos de la psicología u otras ciencias sociales, las ideas y modelos sustantivos o formales precisos. Naturalmente que la transpolación de conceptos y modelos desde otras disciplinas entraña siempre el nesgo de su relativismo teórico y de su adecuación heurística en el nuevo campo. La utilidad y validez de esos modelos debería ser, en principio tanto mayor cuanto más grande sea la similitud entre el campo de destino (y sus asunciones y axiomas teóricos) y los de origen.

Ya hemos ofrecido antes una introducción sistemática a los modelos teóricos en PC. Retomamos aquí el tema brevemente para examinar algunas de las descripciones -y fuentes de información- existentes antes de pasar al modelo de los aportes. En la literatura existente en el campo, el conjunto mas extenso y sistemático de elaboración de conceptos y modelos teóricos e interventivos para la PC es el que ofrece Rappaport en su libro de 1977 Gibbs et al. (1980), por su parte, exploran con más intensidad —aunque con menos referencias a su incardinación en el campo comunitario— un grupo escogido de temas predominantemente psicosociales como: Teoría del etiquetado de Scheff y Becker; teorías de la atribución; localización del control de Rotter —y generación de expectativas derivadas— y teoría de la impotencia aprendida de Seligman.

Rappaport cita, además de concepciones provinientes de la SMC y la prevención, teorías y conceptos originados en la psicología individual como las del aprendizaje y modificación conductual y las originadas en el campo de la personalidad; teorías interpersonales —como las de Carson—, o de los roles y etiquetado de Scheff o Sarbin; teorías e ideas originadas en la intervención social como la de Ryan sobre la culpabilización de la víctima (blaming de victim) y sus alternativas; la teoría de los grupos y tipos lógicos de Watzwick y cols., así como la Psicología del Entorno, Ecología Social, Psicología Organizacional y estrategias interventivas basadas en el trabajo social. Podrían también añadirse ideas y teorías sociológicas como las del control social o socialización, las teorías marxistas sobre el cambio, concepciones sobre el self como las de G.H. Mead, o interpersonales como la H.S. Sullivan, etcétera.

Estas formulaciones son concepciones en buena parte ajenas al campo social y comunitario y en ocasiones basadas en presupuestos y elementos (individuales o pequeño-grupales) incompatibles —o no totalmente consistentes con— el campo comunitario. Reppucci y Saunders (1974), por ejemplo, han señalado los problemas de aplicación de la modificación conductual en determinadas instituciones si no se realiza un cambio organizacional más profundo. Levine (1981) ha documentado claramente los riesgos y problemas implicados en la aplicación de las ideas sobre cambio sistémico en pequeños grupos (la familia) a las comunidades y sistemas sociales más amplios.

En todo caso, resulta claro que las teorías basadas en el cambio individual tienen una utilidad muy limitada (en principio y salvando algunas excepciones) en el campo comunitario y que —dentro del estado exploratorio de la conceptualización comunitaria— los modelos potencialmente más útiles —y compatibles— de entrada, parecen ser los ambientales, organizacionales, sistémicos y ecológicos que habrían de ser modificados —o complementados—

según la experiencia investigadora, interventiva y de acumulación de conocimientos en el campo comunitario. El capítulo 5 del libro de Rappaport es un buen compendio de los principios básicos de varios de esos modelos incluyendo también algunas aplicaciones comunitarias.

Aquí, en lugar de abordar los modelos teóricos, ya descritos en la literatura psicosocial (por ejemplo, Watziawick, Weakiand y Fisch, 1974; Murrell, 1973; Barker, 1964; Kelly, 1966; Muñoz, Snowden y Kelly, 1979), explica taremos brevemente 2 de ellos: El de la provisión de aportes de Caplan y un compendio del de cambio social desde la perspectiva sistémica: Ya que ambos representan, según indicamos al comienzo, 2 líneas básicas de acción comunitaria: Desarrollo de recursos (modelo de Caplan) y acción social (modelo de cambio sistémico-social).
El de los aportes o suministros (supplies) es un modelo —específico para la rc— positivo, de desarrollo, a diferencia de otras teorías negativas o carenciales. Caplan (1964/1979) lo describe como un modelo macroscópico, como los mapas de gran escala que incluyen los elementos principales-pero no la totalidad, de forma que a falta de una teoría y conocimientos detallados pueda servir de guía para quienes transitan la zona. Según él, hay 3 tipos de suministros necesarios para el desarrollo adecuado de una persona: Físicos, psicosociales y socioculturales. • Los suministros o aportes físicos incluyen la alimentación, vivienda, estimulación sensorial y posibilidad del ejercicio físico. Son "precisos para el crecimiento y desarrollo corporal y para el mantenimiento de la salud y protección contra el daño físico, tanto antes como después del nacimiento" (p 48). • Los suministros psicosociales, incluyen la estimulación y desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la acción interpersonal de miembros significativos de la familia, los iguales (peers) y los superiores jerárquicos de la escuela, iglesia y trabajo, a través de la influencia ejercida en los intercambios cara a cara entre cada individuo y las personas con que se relaciona y compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuadas o duraderas.

Estos suministros resultan en la satisfacción de las necesidades interpersonales, así como la obtención de información y en el pautamiento y desarrollo de roles, dándose sobre todo a lo largo de 3 componentes, presentes, en grado variable, en toda relación interpersonal: 1) Intercambio de amor y afecto. 2) Limitación y control (componente relacionado con el mantenimiento y afirmación de la autoridad grupal o social). 3) Participación en la actividad colectiva, a través de, por ejemplo, el grado de independencia o apoyo de otros al enfrentarse a una tarea. Por nuestra parte añadiríamos una dimensión adicional a las 3 citadas como básicas por Caplan: 4) Desarrollo de actitudes sociales de cooperación I colaboración o de individualismo I competitividad en las relaciones y actividades grupales, cuyo aprendizaje se hace, en gran parte en las actividades estructuradas de la escuela (juegos cooperativos con recompensas colectivas frente a juegos de competición con ganadores y perdedores individuales) así como en las actividades informales de los grupos de iguales.

En una relación sana, la persona percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades de las otras implicadas en la relación, a través de formas y procedimientos acordes con sus respectivos roles sociales y con los valores de la cultura. En una relación en que la provisión de suministros psicosociales es inapropiada, la persona se relaciona con quienes no puedan satisfacer las necesidades mentadas, no la respetan o tratan de manejarla para satisfacer sus propias necesidades. También la interrupción de la relación por muerte, enfermedad o abandono de la otra persona, causa el cese de los aportes psicosociales precisos para el desarrollo apropiado de un individuo desde sus interacciones psicológicamente significativas. • Los suministros socioculturales se refieren a las influencias ejercidas sobre el desarrollo y funcionamiento de la persona por las costumbres y valores de la cultura y estructura social en que está inmersa. Las expectativas, normas, valores e ideología de ahí emanadas, influyen también sobre las acciones,

sentimientos e interacciones de los individuos, fijando su lugar en la estructura social y permitiéndole alcanzar recompensas y seguridad externas.

Esos pueden añadirse a —o detraer de—, los de su medio interno ("personalidad"), de forma que, un individuo que crece en un grupo aventajado y en una sociedad estable con roles sociales, normas y valores claros, tendrá mayores oportunidades para un desarrollo saludable que si lo hace en el seno de un grupo marginado o pobre, en una sociedad inestable o en período de cambios profundos y rápidos. En este caso los inputs socioculturales serían contraproducentes o negatios para su desarrollo, pudiendo bloquearlo o, cuando menos, dificultarlo.

Los suministros socioculturales tendrían una gran influencia sobre el desarrollo de la percepción social del individuo, sus actitudes, opiniones, valores, nivel de aspiración, etc. Caplan concede gran importancia a estos suministros al tener una doble influencia sobre los individuos: \\I)irecta, como "herencia" sociocultural con que parte el sujeto en su vida. De ser positiva, enriquecerá su propia dotación constitucional ayudándole a resolver los problemas y dificultades vitales. Si, por el contrario, es neutra o negativa el individuo queda sólo con sus propios recursos o, peor, ha de enfrentarse a los problemas adicionales derivados de esas carencias externas, a la hora de resolver las dificultades y tareas vitales básicas.

2) Indirecta, modificando los aportes psicosociales (por ejemplo: Familia, amigos, relaciones de trabajo) y físicos (dieta, entorno físico y urbano, etc.), que afectan al individuo a otro nivel. Esos aportes no serán los mismos si la persona crece en una clase social alta, en tiempos de bonanza económica y social que si lo hace en una clase más baja, en la pobreza o en tiempos de cambio económico y/o social intenso.

El individuo no es, naturalmente, un receptor pasivo de suministros, sino un sujeto interactivo, en la medida en que puede contribuir a crearlos o a modificar su entorno. Los grupos o poblaciones vulnerables que se enfrentan a situaciones de pérdida de suministros estarían a riesgo de desarrollar disfunciones mentales y psicosociales al enfrentarse a situaciones de crisis que exceden sus capacidades de respuesta. Éstas podrían darse según Caplan ante 3 tipos de situación: a) Pérdida repentina de aportes físicos, psicosociales o culturales (por ejemplo, ruptura familiar o despido del trabajo). b) Amenaza de esa pérdida de suministros (inestabilidad familiar o laboral). c) Exigencias asociadas con oportunidades derivadas del aumento (o disminución) de esos aportes (ascenso en el trabajo, nacimiento de un niño, matrimonio).

La prevención primaria del trastorno mental y la disfunción social tendría, por tanto, como objetivo (capítulo 9) asegurar y mantener el nivel social e individualmente adecuado de esos aportes. La intervención —política, social, legislativa, etc.—, destinada a mantener el suministro social de aportes sería la acción social; la destinada a mantener el acceso de los individuos a esos aportes o a ayudarles a reparar los efectos de su pérdida —o amenaza de ello— sería la acción interpersonal (próxima a la psicoterapia individual). El campo de intervención así generado sería el de intervención de crisis, uno de los más desarrollados —junto a la consulta— en el campo comunitario (capítulo 10).

El modelo de Caplan aparece como interesante y susceptible de mayor desarrollo y elaboración de cara a la construcción de una teoría comunitaria integrada. Posee las virtualidades de ser un modelo positivo, de desarrollo —no carencial o de defecto— y de poderse explicitar operacionalmente para su verificación empírica. Y, más importante, puede marcar pautas genéricas para la intervención comunitaria integrada a varios niveles. El modelo no ha tenido apenas continuación o desarrollo en otros autores (aunque conecta en varios aspectos con proposiciones como la de Rappaport). Puede también ser criticado en cuanto que la carencia de aportes o la presencia de estrés) no es siempre negativa, pudiendo resultar estimulante o positiva para el desarrollo de la capacidad de afrontamiento de situaciones o resolución de problemas de

los individuos.

5.7 Modelo del cambio social; principios

El cambio social es un tema amplio, sugestivo y enormemente complejo que desborda con mucho el tratamiento que podemos dispensarle en este espacio expositivo. Intentaremos aquí hacer una breve descripción del modelo implicado, desde la perspectiva de su uso en Psicología Comunitaria, definiendo el concepto y perfilando algunos principios y características operativas esenciales recogidas de diversas experiencias y modelos teóricos (sistémico, ecología social, PC, etc.), desde la literatura social, organizacional, psicosocial y comunitaria relevante citada en el capítulo 8, así como: Bennis y otros, 1985; Etzioni, 1976; Katz, 1974; Klein, 1968; Lippitt y otros, 1958; Merton y Nisbet, 1976; Periman y Gurin, 1972; Rappaport, 1977; Repucci, 1973; Sarason, 1972; Smelser, 1963; Warren, 1977; Watzlawick y otros, 1974.

Cambio social se refiere a la modificación de la estructura de un sistema social dado, es decir, la alteración de los sistemas normativos, relaciónales y teleológicos (fijación de metas) que lo gobiernan y que afectan a la vida y relaciones (horizontales y verticales) de sus miembros.

En e) verdadero cambio social ("cambio de segundo orden", en lenguaje sistémico) se da una alteración de la relación entre los elementos o subsistemas básicos del sistema (individuos, grupos, comunidades e instituciones) a través del cambio de las "reglas del juego" constitutivas (normas, valores, roles, sistemas de comunicación o de distribución de poder, etc.) de ese sistema que posibilitan su autorreproducción o mantenimiento como tal y el de sus outputs personales (el individuo socializado en el sistema). (Esta formulación es aceptable siempre que incluya la modificación de los fines del sistema —modificación que define el cambio institucional—, usualmente no citada por los sistémicos.)

El cambio de "primer orden" consistiría, por el contrario, en alterar un elemento (individuo) del sistema o su situación dentro de él (mejora de la salud mental o cambio de empleo), pero sin afectar el sistema en su conjunto. Otras diferencias entre cambio social e individual son descritos en la sección primera (8.1) del capítulo 8.

Es decir, se trata de un cambio cualitativo o estructural, según distintas terminologías, que llevaría implícito un proceso básico de cuestionamiento cultural (Sarason, 1974) o "problematización" (Freiré) que caracteriza —como punto de partida— el cambio profundo (evolucionista o rupturista).

Afinando un poco más, Katz (1974) ha distinguido —desde una perspectiva psicosocial— 4 clases de cambio que tienen en cuenta tanto al individuo como el sistema social. Estas clases (de las que las 3 últimas constituirían cambio social) son: 1. Cambio individual: Cambio en características personales, como la psicoterapia o el aprendizaje individual. Puede o no persistir a través de los diferentes settings sociales y no trasciende, en principio, la esfera del propio individuo. 2. Cambio social incremental (gradual) que modifica la estructura social existente (elaborándola o modificando la dirección o ritmo de sus procesos), sin destruir la urdimbre social, política o económica de base. La extensión del sufragio universal o de la política de bienestar social en una sociedad capitalista ilustrarían este tipo de cambio. 3. Cambio social radical: Conduciría a una modificación drástica de la estructura social, sobre todo los sistemas políticos y económicos, de forma que las relaciones de poder y de recompensas de la actividad humana se vean alteradas. Las revoluciones políticas —especialmente las que siguen la línea marxista— serían un ejemplo. 4. Cambio cultural: Cambio de actitudes, valores y comportamientos en el conjunto del sistema social. No requiere una modificación de la estructura social aunque también puede darse este cambio (como precedente usualmente) en sus dos variantes —radical o gradual— descritas. La "occidentalización" de Japón ilustraría este tipo de cambio.

El cambio social puede venir provocado por factores diversos ya sean externos al sistema (catástrofes, alteración de los recursos naturales, etc.), o internos (nuevas tecnologías, urbanización, emigraciones, diferencias políticas o raciales, diferencias generacionales, información y medios de comunicación, etc.). Puede ser "natural" (operando pro la "ley de la no intervención") o planificado; voluntario e intencional o involuntario y provocado; evolucionista y continuo o rupturista y revolucionario (similar a la distinción de Katz entre cambio gradual y radical). Y puede ser realizado de arriba a abajo (mediante leyes o normas políticas) o de abajo a arriba (mediante organización y dinamización popular).

Es de destacar que el cambio social es una constante de la vida moderna y de las sociedades industrializadas. En sí mismo no es nada nuevo; lo nuevo es el papel creciente del psicólogo en su estudio, planificación e implementación o en la evaluación de sus resultados, a partir, sobre todo de la Segunda Guerra Mundial y de la implicación del psicólogo en la resolución de problemas sociales y psicosociales.

Cuando se habla de intervención, acción o cambio social (ver 8.2) se suele implicar que el cambio es intencional, provocado y racionalmente planificado y organizado, de forma que sus efectos son previsibles, frente al cambio "espontáneo", natural e imprevisible. Esta distinción es, sin embargo, algo artificial ya que en todo sistema social existen mecanismos (y agentes) reguladores (las "autoridades") que inician o canalizan procesos adaptativos y de cambio social, sea por propia iniciativa, desde un programa establecido (cambio "desde arriba"), sea como respuesta a factores o fuerzas internas o externas al sistema como las ya mencionadas. En el capítulo 8 se examinan algunas ideas complementarias desde la perspectiva de la intervención comunitaria, el proceso mediante el cual se busca producir cambios sociales.

En realidad, la intencionalidad del cambio social es relativa dependiendo del observador (conceptualizador) y de su postura respecto al sistema. Para el técnico (el psicólogo, por ejemplo) los cambios y ajustes sociales producidos en una comunidad pueden ser no provocados o naturales; para el político que los inicia o canaliza sí serán provocados e intencionales. Otra cosa es que los efectos del cambio sean previsibles de acuerdo a un determinado plan o modelo "científico" que explique el funcionamiento (y cambio) de ese sistema. En general, si el "agente de cambio" es ajeno al sistema (el caso del técnico usualmente) hablaremos de intervención; si es parte de él (el regulador social o un grupo de presión) sería más correcto hablar de acción — e incluso de autorregulación—, puesto que no es externa al sistema (ver 8.2).

En todo caso toda intervención (o cambio), social por más planificada que esté, tendrá que asumir un componente de cambio dado por la dinámica propia del sistema en el tema en cuestión, de forma que el cambio final producido será una suma de los varios inputs externos y procesos internos operando en un período dado y no sólo de la intervención per se, que será uno sólo de esos inputs.

Para redondear este sucinto resumen aproximativo al tema del cambio social, incluimos ahora brevemente algunos de sus principios o características operativas esenciales elaborados desde diversas experiencias y modelos teóricos. 1. Las partes o subsistemas de un sistema social son interdependientes: Un input o cambio que afecte a una de las partes afectará a: 1) Su relación con el resto del sistema y 2) otras partes con las que aquella tenga relación. Una alteración de una relación intersubsistemas afectará a todos los subsistemas ligados por esa relación. Los efectos producidos en cada subsistema dependerán de las características y contenido de su relación con el subsistema afectado y de las posibles sinergias e interacciones potenciadoras o decrementales entre los diversos efectos. 2. El cambio sistémico o social tiene efectos múltiples, no sólo el (los) previsto(s) o deseado(s), al afectar a elementos y subsistemas interdependientes y subordinados. Hay que tener en cuenta estos "efectos secundarios" o espúreos al planificar'—y evaluar el

impacto de— el cambio social, ya que algunos son negativos e indeseables, creando a su vez nuevos problemas. Otras veces, en cambio, los efectos secundarios son buscados como positivos o deseables (aunque no admisibles a nivel de objetivos declarados). Ejemplo típico: El uso de la información (pasación de una encuesta, reunión grupal) para establecer una relación (efecto secundario) con un grupo social. Otro, la discusión pública de un tema delicado (efecto secundario) en una campaña declaradamente dirigida a la prevención de enfermedades de transmisión sexual ("póntelo, pónselo"); etc. Antes de intentar cambiar el sistema en una dirección previsible hay que conocer, en consecuencia: 1) Su estructura o composición, y 2) la relación (intensidad y contenido) interpartes, que nos ayudará a comprender los efectos secundarios sobre cada una de ellas.

3. Todos los sistemas tienen una cierta "inercia funcionar (la "naturaleza" estable o matriz de automantenimiento, no modificable: Hábitos, tradiciones, reguladores sociales y relaciónales, etc.), tendiendo a autorreproducirse. Por tanto, un intento de cambio demasiado brusco o extenso que no tenga en cuenta esos factores (e intente "cambiarlo todo") puede encontrar reacciones contrarias o fuertes resistencias que suelen tender a hacer retornar el sistema homeostáticamente a su estado de equilibrio inicial o, incluso, a un estado más alejado en la dirección contraria a la pretendida por el cambio, frustrando el esfuerzo transformador o haciéndolo perjudicial y regresivo en lugar de progresivo y positivo.

4. Como consecuencia, ciertas transformaciones pueden requerir una intervención en dirección opuesta a la lógica o esperable para conseguir una reacción o efecto dado (por ejemplo, amplificar o escalar un conflicto para poder resolverlo), o sea, una intervención paradójica.

5. Es más apropiado definir la conducta o problemas humanos a afectar en términos adaptativos o interactivos (interacción de una persona con su entorno) que absolutos ("buena" o "mala", "sana" o "enferma"). Los requerimientos funcionales de un sistema o entorno son distintos de los de otro; lo que es apropiado en uno (hospital psiquiátrico, prisión) puede no serlo en otro (comunidad). Las modificaciones pueden hacerse en cualquiera de las partes para optimizar su congruencia o interacción: En la persona, incrementando sus recursos adaptativos e interactivos ("habilidades"), en el sistema o entorno, disminuyendo o flexibilizando sus requerimientos funcionales o aumentando sus posibilidades y posiciones adaptativas —"nichos funcionales"— socialmente apropiados (por ejemplo, los roles posibles y aceptados, no definidos como "desviados"). O, también, en la relación entre personas y sistema.

6. En todo sistema social hay (como en las personas) recursos y potencialidades por desarrollar (poder político, bienes económicos, poder psicológico, liderazgo, expectativas positivas, tendencias a mejorar la situación, interacciones, relaciones y cohesión social, etc.). El objetivo de la intervención social sería la creación y desarrollo de recursos, si esos son ilimitados (desarrollo de programas y liderazgo, organización política y desarrollo de comunidad, etc.), y la redistribución o reciclado (administrativo, político, etc.), de recursos si esos recursos son limitados (acción social).

La redistribución de recursos (justicia distributiva) creará resistencia y oposición; la creación de recursos requiere planificación y desarrollo (creación de recursos humanos, nuevos servicios, liberación de liderazgo y potencial político e iniciativa personal y organizativa, etc.).

7. Todo sistema tiene una evolución (o regresión) determinada e interpretable como una sucesión dinámica de estados (o ajustes) cuasiestacionarios de adaptación a su entorno o a los estados —y cambios— precedentes. Hay que conocer, y tomar en cuenta, la dirección y tasa de cambio del sistema antes de intervenir. Una intervención directamente opuesta a la dinámica global del sistema será muy probablemente baldía e ineficiente.

Si esa dinámica se toma como punto de partida para modificar su dirección, o ritmo o para

introducir inputs compensadores (en función de los objetivos finales), sus efectos serán, por el contrario, más eficaces y previsibles. Si el sistema está en una "dinámica cero" (estancamiento) se hace preciso estudiar porque se ha producido ese estancamiento (historia previa) o cual es el equilibrio de las fuerzas enfrentadas de cara a la intervención (mediadora, sinergística o de creación de nuevas fuerzas o líderes) que dinamice el sistema.

8. El proceso mismo del cambio y la relación establecida entre interventor y sistema social son tan importantes —o más— que el contenido mismo de la intervención. La atribución del protagonismo, causación y responsabilidad de la intervención son, así, esenciales: Si el protagonismo y responsabilidad son para el interventor (modele prescriptivo o técnico) se incrementarán su sentido de potencia (poder psicológico) y autoestima, en detrimento de los del sistema (humano) o comunidad.

Si la intervención es protagonizada por la comunidad, ésta se atribuirá la causación de sus efectos produciéndose su crecimiento (no el del interventor), así como el incremento de su poder psicológico y competencia social. En el caso intermedio de colaboración y corresponsabilidad (posible y deseable) el crecimiento psicosocial será compartido aumentando, además, la integración mutua interventor-sistema social.

Fairweather y otros (1974), Heller y Monahan (1977), Heller Price y otros (1984), Repucci (1973), Rothman (1974) y Sarason (1972) han sugerido formulaciones, principios o recomendaciones sobre acción o cambio social —generalmente más específicos y derivados de la praxis— que pueden ser útiles como comienzo de la elaboración de una teoría de la intervención social y comunitaria desde la experiencia (e investigación) acumulada. Rappaport (1977) ha recogido buena parte de ellas en el capítulo 6 de su libro de Psicología Comunitaria.

Capítulo 6
La Psicología de comunidad en América latina

Eduardo Rivera Medina & Irma Serrano García

6.1 Introducción

La Psicología de Comunidad apenas tiene 20 años de existencia en los Estados Unidos donde se inició como disciplina con características propias. En América Latina el quehacer identificado con la Psicología de Comunidad aparece unos diez años después. Por lo tanto, particularmente en Latinoamérica y utilizando una metáfora de la psicología evolutiva, está todavía en su infancia. En algunos lugares como Estados Unidos y la cuenca del Caribe la encontramos en su adolescencia, dadas las múltiples crisis de identidad que experimentan sus seguidores/as (Serrano-García y Álvarez, 1985).

Su estado de inmadurez, es ilustrado por el limitado desarrollo de sus marcos conceptuales. En consecuencia, las estrategias y programas de acción que han sido elaborados resultan con frecuencia incompletos y en múltiples casos, incongruentes con la retórica utilizada. Algunas personas cuestionan hasta la propiedad del término "disciplina" aplicado a la Psicología de Comunidad, ya que una característica adicional de la misma ha sido el tomar prestado de otras disciplinas germanas conceptos, estrategias, métodos y técnicas. La mayoría de estos préstamos están asociados con, o son parte de, unas ciencias sociales tradicionales o de una psicología convencional. Estas a su vez son rechazadas y repudiadas.

Para comprender adecuadamente el desarrollo de la Psicología de Comunidad en la América Latina es necesario examinar los modelos conceptuales de la disciplina que se han formulado tanto el Norte, Centro y Sur de América. Serrano y Álvarez (1985) realizaron esta tarea de manera exhaustiva en un trabajo presentado en el XX Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología. Aquí nos limitaremos a resumir los aspectos esenciales de este trabajo que son necesarios para cumplir con el propósito fundamental de este escrito.

En este escrito pretendemos trazar el desarrollo de la disciplina en América Latina con especial énfasis en la experiencia puertorriqueña. Este recorrido nos llevará a considerar: a) el origen y naturaleza de sus modelos conceptuales; b) la situación de la disciplina en los Estados Unidos y su influencia en nuestros países; c) la experiencia latinoamericana, con especial referencia al proceso puertorriqueño, que es el que mejor conocemos por ser actores del mismo, y concluiremos con d) una mirada al futuro.

6.2 Orígenes de la disciplina en los Estados Unidos

Las metas que se trazó la Psicología de Comunidad al surgir en los Estados Unidos están íntimamente vinculadas a sus orígenes. Éstos parten de dos factores principales: la insatisfacción con la psicología clínica y el clima socio-político de la época, específicamente los reclamos de justicia social, vía intervención del gobierno, para lograr la reivindicación de grupos marginados (Rappaport, 1977).

Las alternativas propuestas entonces, que continúan presentes en una y otra forma, tienden a oscilar entre dos polos, que se plantean y se perciben como excluyentes y hasta antagónicos.
De un lado encontramos a un grupo de psicólogos/as de comunidad que se preocupó o fijó como meta buscar y proveer una alternativa (dentro del área de salud mental) a la psicología clínica dominada por el modelo médico y centrada en la culpabilización de la persona (Bloom, 1977,

1984; Iscoe, Bloom & Spielberger, 1977). Esta alternativa, resumida aquí en extremo, incorpora en sus manifestaciones concretas una cierta sensibilidad hacia la presencia de factores socio-culturales y trata de desarrollar modos altemos de intervención.

El otro polo o meta que aparece entre los/as psicólogos/as de comunidad y que responde a la otra fuente originaria de la disciplina, es la búsqueda de la justicia social mediante la intervención directa de los sistemas sociales, la participación en el proceso de formulación e implantación de política pública y el intentar la creación de formas alternas de comunidad (Gatz & Liem, 1977; Mann, 1978; Reiff, 1975). En su vertiente más radical esta opción se llega a plantear la transformación total de la sociedad capitalista imperante y su sustitución por una de corte socialista. La historia de la disciplina, en la mayor parte de los países se caracteriza por la oscilación entre estos dos polos y una dificultad extraordinaria para producir un equilibrio eficaz entre ellos.

TABLA 1

En la búsqueda de este equilibrio se han desarrollado varios marcos conceptuales y alternativas de intervención. Cinco marcos conceptuales han sido identificados por Serrano y Álvarez (1985) a partir del surgimiento de la disciplina en los Estados Unidos. En la tabla 1 se identifican estos modelos como: a) Salud Mental Comunitaria o Psicología Clínica Comunitaria; b) Organizacional o de Sistemas; c) Acción y Cambio Social; d) Ecológico; y e) Conductista Comunitario. En esa misma tabla se señalan los énfasis, ventajas y desventajas de cada uno.

Un análisis somero de los modelos refleja la polaridad a que hemos hecho referencia. De un lado encontramos el esquema de Salud Mental o Clínico-Comunitario y en el otro extremo el de Acción y Cambio Social. Dos de los tres restantes pueden ubicarse entre éstos, posiblemente más cerca del primer polo, mientras que el Ecológico en sus categorías de análisis tiende a acercarse al de Acción y Cambio Social.

A pesar de la diversidad de modelos y alternativas, la realidad histórico-política de las últimas dos décadas ha inclinado la balanza consistentemente hacia el primer polo (Clínico-Comunitario). Durante la primera década, momento que coincide con el auge de los movimientos de reivindicación social, el segundo polo (Cambio Social) experimentó cierto desarrollo y esperanza. No obstante, el flujo de fondos, la presión por servicios y los temores que provocaban los éxitos parciales del modelo de cambio, presionaron en la dirección del polo más conservador. Ya entrada la segunda década, las realidades políticas y económicas dan el golpe de gracia y van consolidando consistentemente la alternativa conservadora. Baste sólo mencionar dos datos: la administración Reagan y la crisis fiscal que toca a los Estados Unidos al igual que al resto de los países occidentales y del Tercer Mundo.

6.3 ¿Qué se propuso en América latina?

Los orígenes de la Psicología de Comunidad en América Latina tienen tangencia con lo sucedido en los Estados Unidos, pero también reflejan matices particulares producto de un contexto social, político y cultural diferente. Más aún, la psicología como ciencia social en América Latina, ha tenido un desarrollo tardío, rezagado y plagado de influencias extranjeras. La formulación de teorías o explicaciones conceptuales rigurosas ha estado ausente en la producción psicológica en nuestros países; contrario al desarrollo experimentado por la psicología en los países del Atlántico Norte, o a diferencia de la explosión creativa del análisis sociológico latinoamericano. Los psicólogos y psicólogas latinoamericanos nos hemos caracterizado por ser consumidores/as del conocimiento generado por otros/as.

Los eventos acaecidos en los Estados Unidos, sin lugar a dudas, afectan el desarrollo de la

Psicología de Comunidad pero una influencia aún mayor proviene de dos factores principales: la preocupación por la aplicabilidad de la psicología al proceso de reivindicación de los grupos marginados social, política y económicamente. Como en los Estados Unidos, estas propuestas reflejan también un repudio a la psicología individual (clínica), que hasta ese momento primaba en nuestros países. Otra influencia, muy significativa y de mayor envergadura conceptual son las experiencias con la psicología social tradicional y las críticas generadas por esas experiencias (Serrano-García y Álvarez, 1985).

La crisis de la psicología social como disciplina ha sido objeto de análisis por diversos autores (ejemplo Moscovici, 1972; Zúñiga, 1975). Sus planteamientos fueron resumidos por Serrano, López y Rivera (en proceso) en cinco factores, a saber: "1) la ausencia de un marco conceptual unificador; 2) un énfasis prositivista, antiteoricista; 3) la falta de un sentido de prioridades y de antecedentes históricos; 4) el aislamiento de la psicología de otras ciencias sociales, y 5) el desacuerdo en cuanto a la ubicación a nivel macro o micro del objeto de estudio" (p.5).

En concreto, ¿cuáles fueron las propuestas o expectativas de acción en América Latina? Las propuestas más recurrentes estaban vinculadas a la meta de hacer presente el quehacer psicológico entre los grupos marginados: por un lado proveyendo servicios psicológicos hasta ahora no disponibles y por el otro, participando en la movilización social para promover el bienestar de éstos.

La Psicología de Comunidad latinoamericana presenta evidencia de los dos polos mencionados. Encontramos datos de trabajos clínicos-comunitarios en Cuba y México. Un número reciente del JCP fue dedicado a la psicología de comunidad en Cuba. El mismo señala la prevalencia del modelo clínico comunitario particularmente al referirse a los problemas de salud mental. Los servicios en esta área se distinguen por el énfasis en la intervención en crisis, la terapia de grupo, el desarrollo de comunidades terapéuticas y el psico-ballet (Marín, 1985; Montijo, Ruiz, Aponte y Monllor, 1985). En esta nación los esfuerzos de cambio social se han llevado a través de la revolución lo cual, quizás, hace innecesario el desarrollo del otro extremo conceptual de la disciplina.

Calderón (1982) presenta el desarrollo del enfoque clínico-comunitario en México. Describe la transformación de los servicios tradicionales, el establecimiento de varios centros de servicio y los servicios ofrecidos. Éstos incluyen la creación de ambientes terapéuticos, la intensificación de nuevos tratamientos farmacológicos, la creación de servicios de emergencia e internamiento parcial, educación a la comunidad, hogares sustitutos e integración con programas de salud física entre otros. La estructura es sorprendentemente parecida a la de los Centros de Salud Mental Comunitaria estadounidenses.

Pese a estos desarrollos el énfasis en América Latina se ha inclinado hacia el extremo de la justicia social por el momento histórico en que surge, por el subdesarrollo endémico del área y/o por la influencia de otras disciplinas germanas que en América Latina tienen una historia de compromiso con la lucha contra la opresión. Observaremos esto en detalle más adelante.

6.4 La experiencia en América latina

Ésta es una área que presenta serias dificultades al investigador/a. Una de las consecuencias del nivel de desarrollo de la psicología en América Latina, es la limitada producción de publicaciones. El tiempo y los recursos de que disponemos usualmente apenas permiten llevar a cabo la actividad profesional, ya sea en la docencia o en la implantación de programas. Al presente tenemos varias publicaciones, nacionales e internacionales, disponibles y

ansiosas de recibir nuestras contribuciones, pero el problema sigue siendo el tiempo y la falta de recursos. Este cuadro se complica por la dificultad en difundir lo publicado. Por estas razones, al tratar de documentar el quehacer de la Psicología de Comunidad en América Latina el primer escollo es la carencia o escasez de información. Por lo tanto los juicios que aquí emitimos se basan en datos incompletos y fragmentados.

Antes de pasar al examen de experiencias concretas debemos señalar que al igual que en los Estados Unidos, en América Latina la Psicología de Comunidad se organiza alrededor de unos seis modelos o marcos conceptuales. Existe algún traslapo entre la conceptualización estadounidense y la latinoamericana, aunque la última refleja características propias. Los seis modelos identificados por Serrano y Álvarez (1985), son los de: a) Psicología Social Aplicada; b) Tecnología Social; c) Psicología Comunitaria; d) Transcultural, y e) Dialéctico Materialista. En la tabla 2 se señalan los énfasis, ventajas y desventajas de cada uno de estos marcos conceptuales. Un examen rápido de los mismos revela la polaridad a que hemos aludido, así como la ubicación de la mayoría cercanos al polo más conservador. En este caso, sin embargo, el polo conservador no se tipifica por su énfasis en problemas de salud mental, sino por la vinculación con procesos académicos y teóricos (a, b, c y d). El compromiso con el cambio se refleja claramente en alternativas radicales (e). Los promotores del modelo social-comunitario se caracterizan por una combinación de soluciones que intentan combinar las alternativas propuestas por ambos polos. En la práctica, sin embargo, lo que se observa es que sus respuestas oscilan entre los polos; resulta difícil un matrimonio óptimo, es más frecuente uno de conveniencia.

Los dos polos se presentan nuevamente al examinar el desarrollo de los programas de Psicología de Comunidad en la cuenca del Caribe (Serrano, 1981). Este análisis revela vigorosos programas en Haití, Cuba, República Dominicana y Puerto Rico. Los programas, aunque responden a diferentes realidades socio-políticas, comparten curricularmente disciplinas análogas, una estructura rígida y un énfasis multidisciplinario. En todos, dentro de sus peculiaridades, se perciben las vertientes de salud mental y de cambio social.

Otra forma de obtener información del estado de nuestra disciplina en América Latina es a través del análisis de los trabajos presentados en actividades de asociaciones profesionales. Un reciente ejemplo es el último congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Un análisis rápido del mismo reveló que de 250 actividades (ponencias, paneles, horas de conversación) sólo 14 se dedicaron a la Psicología de Comunidad. De éstas, tres eran análisis de su estado de desarrollo. Otras 3 representaban el extremo de salud mental con igual número en el polo del cambio social. Hubo además una actividad siguiendo el modelo de psicología social aplicada, dos de psicología transcultural y dos del modelo ecológico.

Una de las fuerzas más importantes en la formulación y promoción de los programas de acción de la Psicología de Comunidad en América Latina la proveen el trabajo social y la educación y desarrollo de la comunidad. De estas experimentadas empresas se toman prestados conceptos y técnicas. Las estrategias desarrolladas por estas disciplinas son particularmente útiles para generar "soluciones" a los problemas concretos del diario vivir. Esto resulta más evidente en los países de la cuenca del Caribe, donde encontramos la Psicología de Comunidad más desarrollada y presente: Santo Domingo, Cuba, Venezuela, Panamá y Puerto Rico (Serrano y Álvarez, 1985). Veamos algunas instancias específicas.

La organización comunal encaminada a promover la autogestión es probablemente la actividad más frecuente en nuestros países. Conocemos ejemplos de Cuba, Puerto Rico, México y Venezuela. En este tipo de proyecto se trata de facilitar mediante diversas estrategias y técnicas el desarrollo de una comunidad marginada, de extrema pobreza (rural, urbana, indígena). Esta actividad, como señaláramos, tiene una larga tradición en América Latina. Los/as psicólogos

comunitarios en sus recientes incursiones aportan al desarrollo comunal conocimientos y técnicas de la psicología tales como los derivados de la dinámica de grupo, los estudios de liderato y el análisis de organizaciones comunales.

En Puerto Rico se han realizado varios esfuerzos de esta índole. Éstos se inician generalmente con una identificación de necesidades, recursos y expectativas en la comunidad y son seguidos por el desarrollo de actividades que la comunidad estima necesarias para la solución de problemas identificados. Los proyectos se han concentrado en problemas de índole social vs. estructural o político, porque al enfrascarse en este segundo tipo de esfuerzo han encontrado que las herramientas que provee la psicología son limitadas para lograr el cambio transformador deseado. No así en el ámbito social donde se obtienen logros en el desarrollo de destrezas en los/as residentes, en su concientización en cuanto a asuntos como el sexismo, el racismo y el clasismo y en el desarrollo de un mayor sentido de comunidad (Serrano, Suárez, Álvarez y Rosario, 1980; Serrano-García, 1981; en proceso). Estos proyectos se han caracterizado además por distintos niveles de metodología participativa.

El caso cubano es particular. Aunque el modelo que prevalece en esa nación es el clínico-comunitario, el/la psicólogo/a ejerce una función de autogestión al servir de consultor/a a los Comités de Defensa de la Revolución que tienen representantes de los policlínicos de salud en cada área. A través de adiestramientos a estos representantes y a través de las gestiones realizadas para facilitar la organización y movilización de las cuadras, el/la psicólogo/a realiza labores para mantener la transformación que hace 20 años se diera en Cuba.

En resumen, el estado de disciplina en América Latina es uno de poco desarrollo, donde ambos polos han sido representados. Contrario a la experiencia estadounidense, sin embargo, el polo del cambio social parece tener mayor vitalidad a través de los esfuerzos de autogestión y desarrollo comunal.

6.5 La experiencia puertorriqueña

En 1975 la Universidad de Puerto Rico (recinto de Río Piedras) estableció en su programa de maestría una especialización en Psicología Social-Comunitaria. Su establecimiento respondió a la evaluación que en ese momento se hizo de las necesidades encontradas en la sociedad y a las demandas tanto de estudiantes como de la facultad (Rivera-Medina, Cintrón y Bauermeister, 1978).

De acuerdo con las percepciones de la facultad, y lo que se ventilaba en los sectores de servicio en aquel momento, las necesidades más apremiantes residían en las áreas vinculadas con la calidad de vida de la ciudadanía, particularmente de la gente pobre, las personas marginadas de la sociedad. Preocupaba de manera especial la magnitud de ciertos indicadores psicosociales tales como la tasa de violencia, el desempleo, la adicción a drogas, el crimen y la disolución familiar. Se entendía, además, que una fuente adicional de tensión y estrés era el tamaño y la intensidad de los movimientos migratorios, tanto internos como extemos. Esta apreciación de la facultad coincidía con las pediciones formales e informales del estudiantado de obtener una capacitación profesional menos academicista y más vinculada con la aplicación del conocimiento psicológico a la solución de los problemas de la sociedad.

El análisis que se hiciera en 1975 llevó a la conclusión (que todavía se considera válida) de que la sociedad puertorriqueña confronta unos graves y serios problemas en su desarrollo y convivencia, muchos de los cuales requieren la utilización del conocimiento y destrezas que provee la psicología. No obstante, la forma tradicional de ofrecer estos servicios resulta con frecuencia insuficiente y limitada en sus enfoques. Por lo tanto, para atender la creciente

necesidad de que la ciudadanía y las comunidades utilicen esos conocimientos en la solución de sus problemas fue que se desarrolló el Programa de Psicología Social-Comunitaria.

El desarrollo del programa en Puerto Rico, en esta primera etapa, respondió en primer lugar al análisis y reflexión de un grupo de facultad y estudiantes de la Universidad de Puerto Rico. No obstante, cuando alguna de estas personas asisten a la Conferencia de Austin (Tejas), encuentran que sus planteamientos y respuestas coincidían con aquellos formulados por jóvenes psicólogos comunitarios estadounidenses. Es evidente que en la búsqueda de alternativas los/as puertorriqueños habíamos examinado alguna de la literatura que se estaba produciendo en los Estados Unidos, pero la articulación de nuestra propuesta respondía en primera instancia a la experiencia propia. Al encontrar, sin embargo, la "coincidencia" decidimos aprovechar al máximo los esfuerzos norteños. A partir de ese momento, la influencia del discurso, modelos y análisis de los colegas estadounidenses fue incorporándose deliberadamente al trabajo puertorriqueño. Esto se facilitó mediante la asistencia a conferencias, talleres y seminarios por parte de nuestra facultad y estudiantes, así como por la visita a Puerto Rico de algunas de las figuras más importantes de la psicología de comunidad estadounidense: Iscoe Rieff , Newbrough y Rappaport.

Nuestro modelo inicial de adiestramiento señaló como objetivo básico para el/la nuevo/a profesional "facilitar el crecimiento, desarrollo y funcionamiento de las comunidades y sus componentes" (boletín informativo, 1975) lo que ha sido definido como prevención primaria. Este modelo parte de la premisa de que las comunidades poseen en sí mismas unos recursos y que la tarea del psicólogo/a es propiciar el descubrimiento de éstos y las maneras de mejor utilizarlos. Este enfoque igualmente presupone que muchas de las necesidades de una comunidad, particularmente en instancias donde existe la urgencia de cambios sociales fundamentales, pueden y deben ser satisfechas por los recursos de la propia comunidad. Esto no excluye la máxima utilización de los recursos externos. En este caso las intervenciones del psicólogo/a estarán dirigidas a facilitar el desarrollo y utilización de los recursos de la comunidad de manera que ésta pueda: "1) anticipar y lidiar con sus problemas en lugar de defenderse de ellos, enfrentarse a situaciones de tensión efectivamente y ser menos vulnerables a los efectos de crisis personales y/o sociales, y 2) poder diagnosticar y tratar problemas en sus etapas incipientes haciendo uso máximo de todos los recursos disponibles a la comunidad—tanto físicos, como psicológicos y socio-culturales" (boletín informativo, 1975).

El objetivo principal del Programa, según se coincidió originalmente, fue el desarrollo en el estudiantado de una capacitación conceptual que le permitiera entender los fenómenos que afectan la conducta social y adquirir unas destrezas que le posibilitaran intervenciones de tipo primario en las comunidades o agencias de servicio.

El Programa se caracterizó particularmente durante sus inicios, por su actitud autocrítica. Esta disposición a examinar su quehacer, evaluar su efectividad y en consecuencia trazar nuevos derroteros, llevó a la facultad con la colaboración del estudiantado, a realizar una evaluación de sus esfuerzos y dirección programática en 1977. Como resultado de esta actividad, se redactó un documento que replanteó los propósitos, objetivos y estrategias del Programa (López y Serrano-García, 1979).

El nuevo modelo propuesto y vigente (parcialmente) al presente se basa en la teoría de la construcción social de la realidad, a la que se incorporan como elementos principales la ideología, la conciencia, la comunicación y el lenguaje. Estos son a su vez, "los instrumentos por los cuales la definición social se hace accesible a los seres humanos incorporándose subjetivamente como conciencia" (Serrano y Álvarez, 1985, p.45). El componente aplicado del modelo, que es central al mismo, recalca la importancia de los fenómenos de control y cambio

social, "dado que el objetivo principal del marco conceptual se esboza como la activación social, la cual llevará a una mejor distribución del poder" (Serrano y Álvarez, 1985). Este modelo da énfasis además a la creación de escenarios como estrategia fundamental para lograr el cambio propuesto.

El currículo de nuestro Programa está organizado alrededor de cuatro componentes: a) cursos medulares requisitos de la maestría en psicología; b) cursos y seminarios dirigidos a la capacitación en la especialización; c) experiencias de aplicación y práctica supervisada (prácticas e internado); y d) trabajo de tesis. Se espera que los/as estudiantes completen el programa en cuatro semestres.

Los componentes de cursos, seminarios y tesis se rigen por las normas y expectativas académicas propias de estos programas. En cuanto al componente de aplicación se exige que el estudiantado se exponga a tres semestres de experiencias prácticas. Las dos primeras requieren un mínimo de diez horas semanales de asistencia a un centro de práctica y la tercera (internado) unas dieciséis horas o el equivalente de la mitad de lo que regularmente constituye tiempo completo en una agencia o programa. Los centros de práctica son identificados, evaluados y seleccionados por la facultad de acuerdo con criterios establecidos para asegurar que el estudiantado recibe y se expone a actividades compatibles con los objetivos del Programa. Semestralmente dichos centros son a su vez evaluados para constar que mantienen su pertinencia con el programa de práctica. Un total de aproximadamente 60 agencias, programas y servicios han sido centros de práctica. La gama es múltiple y variada como ilustra una simple muestra de los mismos: Centros de Salud Mental, Secretaría Auxiliar de Salud Mental, Centro de Ayuda a Víctimas de Violación, Proyecto en la Comunidad de Buen Consejo, Servicios Legales de Puerto Rico, escuelas públicas y privadas, ASPIRA (Organización Educativa de la Comunidad), Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico y una parroquia católica.

En resumen, el desarrollo de la psicología social comunitaria en Puerto Rico evidencia en momentos diferentes la presencia de dos de los modelos identificados en los esquemas estadounidenses y latinoamericanos.

En su primera etapa, la retórica utilizada y la concreción programática son las asociadas con "los programas que intentan aplicar los conocimientos de las ciencias sociales a la solución de problemas de la vida cotidiana, un enfoque pragmático positivista. Esta orientación no implica usualmente' un cuestionamiento de las bases estructurales del sistema social imperante, ni para el diagnóstico de las situaciones que confronta, ni en las intervenciones que propone. Conlleva con frecuencia, un compromiso con el cambio en las condiciones pero no en la estructura social misma" (Rivera Medina, en proceso). Por el contrario, la conceptualización y planteamientos posteriores implican una alternativa y modelo comprometido con el cambio social; cambio que a su vez se entiende debe ser precedido por un cuestionamiento de las formas en que se estructura la sociedad.

Estas dos tendencias pueden verse como el resultado de varias fuerzas y señalan la evolución conceptual del área. Enre las fuerzas que apoyan la primera tendencia se encuentran: a) el estado de la disciplina en Estados Unidos y su influencia sobre el Programa; b) el desarrollo del sostén económico brindado al movimiento de salud mental comunitaria en ese momento histórico; c) la composición de la facultad que en esos momentos tenía preparación formal en psicología clínica y social y no en psicología comunitaria, y d) la necesidad de legitimarse en un Departamento fundamentalmente tradicional.

La segunda vertiente, aunque latente desde la fundación del programa en 1975, se fortalece de 1978 en adelante ante: a) las exigencias del estudiantado (Irizarry, S.F.), b) la incorporación a la facultad de una persona con preparación en psicología comunitaria; c) la

radicalización de un grupo de profesionales en Estados Unidos ejemplificados por Newbrough (1980) y Rappaport (1977); d) la incorporación de lecturas y trabajos de colegas latinoamericanos/as como Ander-Egg (1980), Freiré (1977) y Zúñiga (1975), e) eventos políticos como una huelga universitaria y las elecciones del país, yf) la evaluación deficiente del movimiento de salud mental comunitaria (Chu y Trotter, 1972).

La fortaleza de esta vertiente y su desarrollo es palpable en el programa de tres o cuatro años. Álvarez (1983) nos indica que en esos años el programa se caracterizó por un sentido de misión y el compromiso con la colectivización, el cambio social, la movilización y el desarrollo de comunidades y la justa distribución del poder. Esto se evidenció además por la creación de varios proyectos de trabajo con comunidades marginadas (Muñoz, en proceso; Serrano-García, 1983), por el desarrollo y uso de métodos de investigación cualitativos y participativos (Santiago y Perfecto, 1983) y por la generación de múltiples tesis que contribuirán al desarrollo tanto del marco conceptual como de sus estrategias de intervención (Serrano-García, en proceso).

Su ímpetu, sin embargo, ha sido grandemente moderado fortaleciéndose nuevamente la primera posición (Serrano, 1981). La política del presidente Reagan para con los programas de servicio social, la lucha por acreditación y licénciamiento en la profesión, el clima político de represión y la escasez de empleos para los/as egresados del Programa han contribuido al regreso a esta posición.

6.6 El futuro de la psicología de comunidad

Múltiples autores/as han preparado agendas para la Psicología de Comunidad tanto para sus aspectos conceptuales como en términos de su estructura social. Se ha sugerido el fortalecimiento de valores que existen desde los orígenes de la disciplina: aclaración de valores, sentido de comunidad, respeto a las diferencias culturales (Attneave, 1984; Engelber, 1981; Heller, Price, Reinhartz, Riger y Wandersman, 1984; Kim, 1981; 0'Donohue, Hanley y Krasner, 1984; Rappaport, 1984), y el compromiso de la disciplina con la solución de problemas (Gochman, 1981). Se sugiere el desarrollo de conceptos como empowerment (desarrollar el poder de los desposeídos/as) (Rappaport, 1981) y prevención, particularmente a niveles macrosociales y de política pública (Sarason, 1984). Se promueve una base interdisciplinaria (Gibbs, Lachenmeyer y Sigal, 1980; Newbrough, 1984) y en términos de intervenciones se fomenta la incorporación de la clientela al diseño de programas e investigaciones, el establecimiento de relaciones de cooperación (Heller, et al., 1984), la incorporación de intervenciones en el mundo del trabajo (Price, 1984) y la adquisición de destrezas políticas para el desarrollo de nuevos programas.

En términos sociales, las sugerencias se canalizan, discuten y trabajan, en Estados Unidos en el seno de la División 27 de la APA como el organismo profesional que agrupa al mayor número de psicólogos/as de comunidad. Se sugiere que este organismo fomente actividades regionales, realice esfuerzos para integrar a aquellos/as fuera de la academia, reduzca su elitismo, aclare sus guías conceptuales, y desarrolle un sentido de comunidad interno. Algunos/as añaden la importancia de crear escenarios en la academia en el programa de la convención anual para preocupaciones de los/as no-académicos, examinar los factores internos que mantiene la separación entre los dos grupos, y fomentar la elección de minorías y psicólogos/as aplicados a puestos directivos de la División (Elias, Dalton, Franco y Have, 1984; Kelly, 1984).

El Comité Ejecutivo de la División 27 designó a principios de este año un grupo de trabajo con la encomienda de formular un plan de actividades para los próximos cinco años que "estimule la vitalidad y creatividad intelectual de la disciplina" (Feíner, Kelly, Linney, Lorian y

Repucci, 1985). Esta necesidad urgente está basada en un análisis que recoge la mayor parte de lo discutido en este trabajo:

1. Sentido de aislamiento y fragmentación entre los/as psicólogos/as de comunidad.
2. Comunicación fragmentada entre las personas ubicadas en el medio académico y las que trabajan en programas de acción.
3. La ausencia de logro de las expectativas intelectuales iniciales.
4. La continua utilización en los métodos de investigación de procedimientos tradicionales de laboratorio, descuidando el uso de métodos altemos como la observación directa de la realidad.
5. El poco uso o referencia a conceptos de la psicología, frente a la abundante mención de conceptos creados y desarrollados por otras disciplinas.
6. La ausencia de un interés explícito en los asuntos de política pública.
7. La carencia de ambientes sociales que apoyen intelectualmente a las nuevas generaciones de psicólogos/as de comunidad.

Al presente la División está llevando a cabo una encuesta entre los miembros para auscultar entre ésto/as la dirección que debe recogerse en el mencionado plan. Mientras esperamos por los resultados de este esfuezo, resulta evidente que la problemática sugerida, a la altura de 1985, sigue reflejando las viejas tensiones y problemas. Inclusive la polarización o tensión señalada en este trabajo, aparece explícitamente en los ítems del cuestionario que se circuló a los miembros para obtener nuestro sentir. Estos van desde el quehacer vinculado exclusivamente a la salud mental y en especial la prevención, hasta los que destacan la intervención y participación en el proceso de formación de política pública.

Otra agenda para la Psicología de Comunidad se concentra en sus programas educativos que son también un foco de contribución para el desarrollo teórico y metodológico se encuentran en la academia. Sabemos además que estos programas son los principalmente responsablese de los/as futuros profesionales de la disciplina. Por tanto, es importante que tanto a nivel de bachillerato universitario como graduado se fomente la discusión valorativa y conceptual que falta y se fortalezcan los lazos de comunicación e intercambio necesarios.

6.7 La supervivencia comprometida

En este trabajo hemos examinado a grandes rasgos la trayectoria de la Psicología de Comunidad en este hemisferio. Sus inicios tanto en norte como en centro y sudamérica, implicaron el compromiso con el desarrollo de una psicología que se apartara del modelo de atención a situaciones o conflictos individuales llegando a promover el cambio social radical, o en su defecto, hacer asequible los beneficios del conocimiento psicológico a los sectores desposeídos, marginados.

El análisis rudimentario aquí realizado sugiere que a pesar de haberse obtenido logros en la dirección propuesta inicialmente, falta aún mucho trabajo. En el caso estadounidense la contradicción ha residido en numerosos logros teóricos y aplicados que no evidencian los cambios deseados en ninguno de sus dos polos, aunque hay más fortaleza en el polo de la salud mental, en particular a raíz del ambiente sociopolítico de los últimos años. En América Latina no ha habido crecimiento conceptual abundante y las aplicaciones, en su mayoría continúan haciéndose a través de intervenciones de corte sociológico. La Psicología de Comunidad en esta región además, continúa aferrada a una retórica radical mientras muchas de sus intervenciones no dan evidencia de la misma.

Una forma que nos parece puede lograr un balance entre los dos polos, y además establecer expectativas más realistas para la disciplina, se encuentra en lo que Serrano (1981) ha

llamado "supervivencia comprometida". Indica la autora que esta alternativa requiere claridad en nuestros compromisos y en los límites de nuestro trabajo. Es necesario conservar algunos elementos del paradigma dominante que nos permitan sobrevivir, pero no debemos sobrevivir si al hacerlo sólo logramos cambios indeseados.

Entendemos que debemos mantener nuestro compromiso con los sectores desventajados o marginados y fortalecer nuestras intervenciones para facilitar su acceso al poder individual y colectivo. Debemos promover la aceptación verdadera de la igualdad y las diferencias humanas. Si estos valores se hacen centrales a la disciplina podremos intervenir a niveles individuales o a niveles más amplios sin temor a fortalecer sistemas estáticos y opresivos. Es importante además que en nuestra acción se fortalezca tanto el desarrollo de destrezas como la obtención de poder. Necesitamos continuar desarrollando modelos interdisciplinarios sin perder la psicología. Por último, debemos facilitar el desarrollo de profesionales críticos/as y flexibles que puedan buscar su definición dentro de su contexto socio-histórico y no necesariamente guiados/as por los parámetros rígidos que pueda tratar de imponerle una disciplina.

Son múltiples los retos que en este trabajo nos lanza como profesionales comprometidos/as con el cambio. Aceptémoslos.

Referencias bibliográficas

ÁLVAREZ, S. (1983): "The luxury of a humanizing learning process". División 28 Newssietter, 17 (1), pp. 25-30.

ANDER-EGG, E. (1980): Metodología del desarrollo de comunidad, España, UNIERUP. ATTNEAVE, C. (1984): "Valúes in community psychology: A plea for a wide-angle lens", Journal of Community Psychology, 12 (3), pp. 206-207.

BLOOM, B. (1977): Community mental health: A general introduction, Monterey, CA: Brooks Colé.

—— (1984): "Community mental health training; A personal view", American Journal of Community Psychology, 12 (2), pp. 217-226. Boletín informativo del programa de psicología. (1975): Recinto de Río Piedras, Universidad de Puerto Rico. Mimeografíado.

CALDERÓN, G. (1980): Salud mental comunitaria. México, Trillas.

CHU, F. y TROTTER, S. (1972): The mental health complex: Pan I Community mental health centers. Washington, D.C. Center for the Study of Responsive Law.

ELIAS, M.; DALTON, J.; FRANCO, R. y HOWE, G. (1984): "Academic and non-academic community psychologists. An analysis ofdivergence in settings, roles and values", American Journal of Community Psychology, 12 (3), pp. 281-301.

ENGELBERT, S. (1981): "Toward explicit value standards in community psychology", American Journal of Community Psychology, 9 (4), páginas 425-434.

FELENER, R.; KELLY, J.; LINNEY, J.; LORION, R. y REPUCCI, N. DICKON (1985): Memorándum to División 27 Members.

FREIRÉ, P. (1977): Pedagogía del oprimido. México, Siglo XXI.

GATZ, M. y LIEM, R. (1977): "Social change II Systems analysis and intervention". En I. ISCPE, B. BLOOM y Ch. SPIELBERGER (eds.), Community psychology in transition (117-122), Nueva York, Wiley.

GIBBS, M.; LACHENMEYER, J. y SIGAL, J. (eds.): Community Psychology: Theoretical and empirical approaches. Nueva York, Gardner Press, Inc.

GOCHMAN, S. (1981): "On the road to 1984: Twenty questions on the psychology of social actíon", Journal of Community Psychology, 9 (2), pp. 103-117.

HELLER, K.; PRICE, R.; SCHULAMIT, R.; STEPHANIE, R. y WANDERS-MAN, A. (1984): Psychology and community change. Challenges of the futuro. Homewood. 111., Dorsey Press.

IRRIZARRY, A. (s.f.): Reflexiones en torno a la historia de la psicología de comunidad. Documento inédito.

ISCOE, I.; BLOOM, B. y SPIELBERBER, Ch (1977) (eds.): Community psychology in transition. Nueva York, Wiley.

KELLY, J. (1984): "Interpersonal and organizational for the continued development of community psychology", American Journal of Community Psychology. 12 (3), pp. 313-319.

KIM, S. (1981): "The utilization of cultural variables in the training of clinical-community psychologist, Journal of Community Psychology, 9 (4), pp. 298-300.

LÓPEZ-GARRIGA, M. y SERRANO-GARCÍA, I. (1979): Hacia una psicología social comunitaria. Documento inédito.

MANN, Ph (1978): Community psychology: Concepts and applications. Nueva York, The Free Press.

MARÍN, B. (1985): "Community psychology in Cuba: A literature review", Journal of

Community Psychology, 13 (2), pp. 138-154.
MONTIJO. J.; RUIZ, B.; APONTE, H.; MONLOR, D. (1985): "The Puerto Rican an Cuban health systems: A comparison", Journal of Community Psychology 13 (2), pp. 204-221. MOSCOVIVI, S. (1972): "Society and theory in social psychology" En J. ISRAEL y H. TAJFEL (eds.), The contest of social psychology: A critical assessment (pp 17-68), Nueva York, Academic Press.
MUÑOZ, M.; MACKSOUD. S.; CANTERA, L. (en proceso): "El grupo de discusión como método de concientización y su aplicación con mujeres divorciadas" En I. SERRANO-GARCÍA (ed.): Contribuciones puertorriqueñas a la psicología social-comunitaria.
NEWBROUGH, J.R. (1980): "Community psychology and the public interest", American Journal of Community Psychology, 8 (1), pp. 1-17.
—— (1984): Editorial, 1984. "Prospects for the field of community psychology" Journal of Community Psychology, 12 (1), pp 91-98.
O'DZNOHUE, W.; HANLEY, G. y KRASNER, L. (1984): "Toward the explication of the value contests of the community psychologies", Journal of Community Psychology, 12 (3), pp. 199-205.
PRICE, R. (1985): "Work and community", American Journal of Community Psychology, 13 (1), pp. 1-12.
RAPPAPORT, J. (1977): Community psychology: Valúes, research and action Nueva York, Holt.
—— (1984): "Seekmg justice in the real world. A further explication of value contests", Journal of Community Psychology, 12 (3), pp. 208-216.
REIFF, R. (1975): "Of cabbages and kings", American Journal of Community Psychology. 3 (3), pp. 187-195.
RIVERA-MEDINA, E.; CINTRÓN, C.; BAUERMEISTER, J. (1978): "Developing a community psychology training program in Puerto Rico", Journal of Community Psychology, 6, pp. 316-319. SANTIAGO, L. y PERFECTO, G. (1983): Hacia el encuentro de la psicología social comunitaria y el cristianismo en un esfuerzo investigativo con énfasis en la participación comunitaria. Tesis de M.A. sometida al Departamento de Psicología, Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. SARASON, S. (1984): "Community psychology and public policy: Missed opportunity", American Journal of'Community Psychology, 12 (2) pp 199-207.
SERRANO-GARCÍA, I. (1981): "El futuro de la psicología de comunidad: Supervivencia vs. Compromiso", Revista Puertorriqueña de Psicología, 1 (1), pp. 25-30.
—— (1984): "The ilussion ofempowerment: Community development within a colonial context." En J. RAPPAPORT, C. SWIFT y R. HESS (eds.), Studies in empowerment: Steps towards understanding the psychological mechanisms in preventive interventions (pp. 75-96). Nueva York, Haworth Press.
SERRANO-GARCÍA, I. y ÁLVAREZ, S (julio, 1985): Análisis comparativo de marcos conceptuales de la psicología de comunidad en Estados Unidos y América Latina (1960-1980). Ponencia presentada en el Congreso Interamericano de Psicología, Caracas, Venezuela.
SERRANO-GARCÍA. I. (en proceso) (ed.): Contribuciones puertorriqueñas a la psicología social-comunitaria.
—— (en proceso): "Intervención en la investigación. Su desarrollo". En I. SERRANO- GARCIA (ed.): Contribuciones puertorriqueñas a la psicología social.
SERRANO- GARCIA, I., SUÁREZ' A., ÁLVAREZ, S., ROSARJO, W. (1981). El Proyecto

Buen Consejo. Un escenario de adiestramiento y cambio social_ Ponencia presentada en el Primer Congreso Latinoamericano de Psicología de Comunidad. La Habana, Cuba.

SERRANO-GARCÍA, I.; LÓPEZ, M.; RIVERA-MEDINA, E. M. (en proceso). Hacia una psicología social-comunitaria". En I. SERRANO-GARCÍA (ed.) Contribuciones puertorriqueñas a la psicología social comunitaria.

ZUNIGA, Ricardo (1975): "The experimenting society and radical social reform. American Psychologist, 30, pp. 99-115.

Capítulo 7
Evaluación comunitaria: necesidades y programas

En el contexto de las bases operativas de la Psicología Comunitaria, la evaluación sigue lógicamente a la intervención al ser —en general— parte del proceso interventivo. Temporalmente, sin embargo, la precede, como paso previo a la acción. La abordamos, por tanto, en primer lugar, reservando el próximo capítulo para la intervención como proceso global e integrador.

Este capítulo se estructura en dos partes diferenciadas. La primera de planteamiento general del tema de la evaluación desde los presupuestos e implicaciones epistemológicos, teóricos y aplicados de una disciplina —la PC— que establece primariamente la relación con su objeto de conocimiento a través de la acción (intentando derivar una "ciencia psicológica de la acción social") y no del conocimiento "puro", como es norma en el ámbito científico y académico. La segunda parte se ocupa de la metodología y realización de la evaluación comunitaria en su doble vertiente de necesidades y programas.

I. Bases epistemológicas, teóricas y aplicadas

Dada la novedad y dificultad de la empresa de plantear bidireccionalmente la relación entre conocimiento y acción en Psicología (sin asignar, en principio, prioridades lógicas en cuanto a cuál es el punto de partida y cuál el de llegada), la somera exposición que sigue aspira sólo a desbrozar el camino, planteando cuestiones y apuntando direcciones de análisis y opciones posibles. No se trata tanto de aportar respuestas como de plantear preguntas y sugerir posibles soluciones con sus respectivos pros y contras cognoscitivos e interventivos.

El tema de la intervención social es, además, novel para el psicólogo despertando, a la par que vivo interés, no pocas reticencias y resistencias, derivadas, no sólo de su naturaleza y situación disciplinar —que bordea atrevidamente los límites convencionales de la Psicología—, sino también del grado de torsión valorativa implicado en él y de las desconocidas y perturbadoras consecuencias epistemológicas que genera desde el punto de vista de la construcción de una ciencia psicológica tradicional, valorativamente neutra, objetiva, de base lógica y empíricamente contrastable.

En efecto, los problemas abordados son multifacéticos y complejos, sólo en parte psicológicos. La relación que se establece con ellos es multivoca (conocerlos y cambiarlos, cambiarlos y conocerlos) y, por si fuera poco, el punto de partida lógico (y la finalidad de las operaciones emprendidas), puede ser tanto el conocimiento como la acción: Podemos partir del conocimiento para actuar informadamente o partir de la acción para acumular conocimiento sobre ella (teoría de la acción social) o sobre la realidad transformada. De hecho, muchos proponen suprimir ese punto de partida, así como la direccionalidad y causalidad implicada, para sustituirlos por una circularidad o dialéctica sin comienzo ni final lógico o temporal. No otra cosa propugna, por ejemplo, Kurt Lewin desde su clásica formulación sobre investigación-acción (action research).

La cosa puede complicarse (y aumentar en interés) más aún si incluimos un quinto factor diferencial: La posibilidad de influencia bidireccional (en las dos vertientes, cognoscitiva e interventiva) que caracteriza algunas formas de intervención social (o psicosocial), particularmente la comunitaria entendida en un sentido amplio. Bidireccionalidad en el sentido de que el interventor, no sólo intenta influir o afectar la realidad social, sino que también está abierto a ser influido o afectado por ella, de forma que el proceso de intervención se convierte realmente

en una interacción en el sentido más estricto del término: Las dos partes —psicólogo y realidad social— cambian como resultado de la intervención, alcanzando tras ella un estado (y una relación mutua) diferentes al inicial.

Así, el psicólogo se enriquecería —a la vez que el grupo social implicado—, siendo capaz de incorporar a sus conocimientos y actuaciones lo aprendido en la interacción en un proceso continuo y sin fin. Este supuesto rompería, naturalmente, el principio de unidireccionalidad causal y "constancia" del científico u observador en la ciencia clásica.

7.1 Planteamientos epistemológicos

Dado el estatus eminentemente interventivo de la Psicología Comunitaria, desde el punto de vista epistemológico, las estrategias evaluativas tienden a ser definidas más en función de las metas interventivas que de las meramente cognoscitivas con todo su séquito de valores acompañantes (neutralidad, objetividad, distanciamiento, generalizabilidad y replicabilidad transituacional, validez universal, etc.).

Otra cuestión a mencionar desde esta perspectiva es la diferenciación de métodos y supuestos evaluativos del campo comunitario respecto a los de las disciplinas psicológicas tradicionales, centradas en el individuo (Personalidad, Psicología Clínica, etc.). Esta diferenciación nace tanto del distinto nivel (y complejidad) de lo estudiado (sistemas y problemas sociales frente a individuos y sus problemas), como de la distinta filosofía y objetivos (no meramente terapéuticos, centrados en la salud) de ambos tipos de disciplinas. Aun cuando comparten algunos métodos y características, es claro que la experiencia y conocimientos aplicados de los campos de Personalidad y Clínica, no son extrapolables sin más al campo comunitario.

Organizaremos el resto de esta primera parte del capítulo de la siguiente forma: El concepto de action research y sus implicaciones; conocimiento y evaluación (psicología para conocer y para actuar o cambiar) y, finalmente, principios reguladores de la evaluación comunitaria.

7.2. "Action research": concepto e implicaciones epistémicas

Una línea pionera y relevante para la PC es el concepto y trabajo sobre action research que Kurt Lewin desarrolló entre las décadas de 1930 y 1940, contemporáneas del alumbramiento de la SPSSI (Sociedad para el Estudio Psicológico de las Cuestiones Sociales).

Lewin (1948) rechazó la escisión entre ciencia y praxis aplicada, urgiendo a la integración de ambas en un trabajo conjunto en que los "practicantes" investigaran cuidadosamente los efectos de sus acciones interventivas y los teóricos buscaran aplicaciones sociales relevantes para sus formulaciones. Dictums como "ninguna acción sin investigación, ni investigación sin acción", o "no hay nada tan práctico como una buena teoría" (de lo contrario uno queda condenado a un costoso e improductivo proceso de prueba y error — triol and error—), ilustran el pensamiento lewiniano.

El autor describe el action research (investigación sobre —de— la acción) como "una investigación comparativa sobre las condiciones y efectos de varias formas de acción social e investigación que conduce a la acción social" (p. 203). Para Lewin la investigación que sólo produce libros no basta; debería producir también acción social. En otras palabras, la investigación debe ser destino de la acción social (investigando su desarrollo y efectos) y fuente de ella (generando acción). Y viceversa: Se trata de una investigación sobre (o de) la acción

complementada con una acción (social), producida desde la investigación.

El pensamiento de Lewin ha tenido amplio eco dentro y fuera de la Psicología Social habiendo sido retomado, implícita o explícitamente, en la intervención comunitaria, parte de cuyos planteamientos (ver, por ejemplo, Sarason, 1974) axiológicos y epistemológicos (cuestionamiento de la objetividad y neutralidad valorativa de la "ciencia pura", separación ciencia/teoría—aplicación/praxis, etcétera), discurren muy paralelos a los de aquél. La "investigación evaluativa" y evaluación de programas, por otro lado, son desarrollos de uno de los aspectos básicos de la investigación de la acción. Examinemos algunas de las implicaciones de estas ideas para la evaluación comunitaria.

En la investigación científica tradicional el investigador asume un papel lo más pasivo, objetivo y distanciado posible con objeto de no interferir las observaciones o tener un efecto reactivo sobre el objeto humano (individual, grupal, etc.) observado. Se da, pues, un intento de anulación o neutralización del efecto del investigador en el campo observado (Grawitz, 1975) (con lo que implícitamente se reconoce la importancia de ese efecto, ya que se lo "controla"). En la investigación/acción, en cambio, el investigador es una parte del campo que observa los efectos producidos por su propia acción interventiva y participativa: No se trata sólo de intervenir en un sistema o campo para alterar experimentalmente sus procesos o evolución en una determinada dirección, sino también de que el interventor observe esos procesos y los efectos producidos "sobre el terreno", en su dinámica natural y mientras se están produciendo.

Este tipo de investigación —claramente aplicada y en que el observador asume el papel de experimentador y observador participante desde dentro, no de mero observador distanciado y objetivo— plantea, sin embargo, algunos problemas epistemológicos y éticos (Sarason, 1974 y Grawitz, 1975), como son: 1) Pérdida de objetividad; 2) producción por el propio investigador de efectos no distinguibles del método o intervención investigada; 3) su posible irrelevancia para la investigación básica y la acumulación de conocimientos generalizables y 4) el problema de los valores en relación, sobre todo, a la determinación de objetivos y al involucramiento del científico social en la acción social, frente al mero estudio de los fenómenos sociales.

El experimentador como fuente de efectos. Si el científico es parte de la intervención, distintas personas (con diferentes valores, cualidades personales y presupuestos ideológicos y teóricos) pueden generar diferentes efectos por lo que resultará difícil generalizar consistentemente los efectos y procesos producidos. Es, básicamente, el problema del idiografismo de toda investigación aplicada a la hora de generar conocimientos nomotéticos o generales. Este problema se maximiza en la intervención social al multiplicarse las fuentes de "variabilidad" (por la complejidad de lo social); más aún en el caso concreto de la investigación activa, en que el experimentador es parte integral del "tratamiento" aplicado.

Es esta una cuestión difícil y polémica. Dos puntos elementales a aducir en relación a ella serían: 1) El trabajo de laboratorio hace imposible observar los efectos y los procesos dinámicos que ocurren en los entornos naturales (o sociales, se entiende), por lo que, sencillamente, ese tipo de investigación no es realmente aplicable o útil, en los procesos estudiados en la intervención comunitaria. 2) La generalización de los efectos causados por el observador participante puede —y debe— siempre hacerse en base a las regularidades observadas respecto de factores psicosociales y de "personalidad" (estilos, valores, etc.) relevantes, con lo que se tendería a nomotetizar lo, en principio, puramente idiográfico. Ésta es, por otro lado, la meta teórica de la investigación/acción o de la intervención comunitaria: Obtener leyes o principios teóricos lo más generales posibles, en función de factores o "variables" observados o sugeridos como relevantes por los efectos que producen.

Esto implica, por otro lado, que, para justificar su valor académico y cognoscitivo, los

métodos de investigación interventiva —y el investigador aplicado— deben retomar o retroalimentar los resultados de sus experiencias al mundo académico e investigador para su formalización teórica-educativa. Se trata, pues, de hacer útil la estrategia, hipotético-inductiva. Todo esto conduce a la segunda cuestión planteada: La eventual pérdida de objetividad del investigador-observador participante.

Pérdida de objetividad. Esta cuestión se plantea desde el momento en que el investigador es parte activa —y no mero observador distanciado— del proceso investigado, "invirtiendo" en él parte de sus valores, expectativas, preferencias o necesidades personales.

Cuestión tan difícil como inevitable, cuya solución pasa por el desarrollo de instrumentos o medidas de observación que separen los efectos del observador y de lo observado, que: 1) Midan las características del observador y las hagan intervenir como variables independientes (la solución correlacional clásica) o 2) incluyan mediciones multifactoriales en la línea de trabajo cuasi—experimental de Donaid Campbell.

Irrelevancia para la investigación básica. Este punto está ya relativamente resuelto en lo dicho antes. La investigación aplicada puede —y debe— producir conocimientos relevantes y generalizables si se tienen en cuenta las regularidades o consistencias a través de los diversos ingredientes ideográficos y situacionales de la intervención.

El método inductivo —aplicado aquí a la acción, no al conocimiento— consistiría precisa y nominalmente en eso: En generalizar observaciones individuales. Las fórmulas de las leyes científicas (en Física, por ejemplo) incluyen, además, parámetros fijables para los ingredientes o individuos concretos a que se van a aplicar esas leyes. El problema residiría aquí quizá en lo contrario: La falta de relevancia aplicada (y a veces teórica) de mucha de la investigación "básica" o "fundamental" (tampoco debe plantearse en nuestra opinión, lo básico y lo aplicado como una dicotomía, sino más bien como posibilidades extremas de un continuo que admite, entre otras, ambas polaridades).

Problemas de valores. Los problemas de valores se dan en diversas etapas de los procesos de investigación en todas sus formas y modalidades siendo más prominentes dentro de la investigación interventiva en la determinación de objetivos y en el deseo o no del científico de involucrarse en la acción y transformación social.

En la concepción científica tradicional, la solución general a este problema era fácil —al menos nominalmente—, al no darse este involucramiento del científico en el mundo y problemática social y al mantenerse un acuerdo consensuado sobre los valores concretos de neutralidad, no intervención y distanciamiento (desde el punto de vista experimental, la variable "valores" estaba "controlada").

Cuando la variable "valores" puede tomar diversas "posiciones" evidentemente es cada persona en particular, y la comunidad de científicos sociales en general, quienes deben decidirse por una u otra posición. No hay solución científica" para este problema. Si los valores no se pueden evitar, la solución más idónea es —como han señalado varios autores— hacerlos explícitos y discutir las discrepancias registradas, en el caso de conflicto entre las distintas partes o personas implicadas en el proceso investigador o interventor.

El problema científico (y técnico) planteado por los valores es que, desde diferentes posiciones valorativas, los objetivos —e incluso el proceso y métodos— de la intervención serán diferentes. La respuesta a esta cuestión cae de nuevo fuera del ámbito estrictamente científico. Lo único que puede —y debe— hacer el científico es investigar cuando sea posible los efectos de ciertos sistemas de valores (y de los objetivos desde ellos fijados) en la resolución de ciertos problemas como el del trastorno mental o la delincuencia juvenil. La cuestión es, en todo caso, compleja y espinosa; la retomamos más específicamente en 7.4 en relación con la evaluación

comunitaria.

7.3 Conocimiento y evaluación; psicología para conocer y psicología para actuar

La relación de los conceptos de "conocimiento" y "evaluación" —generalmente ignorada en la literatura de las disciplinas aplicadas— remite, en nuestra opinión, a la relación entre dos concepciones sobre el valor y finalidad de la ciencia: "Ciencia para saber", y "ciencia para intervenir o transformar". El conocimiento es, en principio, un concepto más amplio, propio de las disciplinas más interesadas en la acumulación de saber sobre sus objetos, que en la transformación de ellos. Sería, para esas disciplinas, un fin en sí mismo y usaría métodos de conocimiento o investigación básica o "fundamental" (conceptos éstos algo relativos, pues dependen de qué criterios de fundamentalidad se usen).

La evaluación es, en cambio, un concepto más restringido, relativo a la valoración de unas mediciones determinadas en función no tanto de conocer el objeto evaluado como de actuar sobre él causando determinados efectos o cambios. La evaluación es más propia de las disciplinas aplicadas (aunque se fundamente en otras básicas) y tiene generalmente un papel instrumental respecto de la intervención, a la que precede. Implica también un claro componente valorativo supuestamente excluido del conocimiento científico (que se asume desinteresado, neutro y no instrumental).

La acumulación de conocimiento derivada de la evaluación en las disciplinas aplicadas resultaría —en general— relativamente indirecta y secundaria a menos que se adopte el tipo de decisión, antes mencionado, de "retroalimentar" la información obtenida con la evaluación en los procesos investigadores básicos y, a partir de las hipótesis o principios generados, se vuelva al "campo" para la verificación (deductiva) de esos. Esto requiere — entre otras cosas— una mentalidad —y dedicación— científico-investigadora en el trabajador aplicado, a la vez que una mentalidad y dedicación aplicada en el investigador.

Creemos importante destacar en este punto, y aunque sólo sea de pasada, la profunda significación histórica de la evolución crecientemente intervencionista y transformadora de la Psicología (Psicología Aplicada, Comunitaria, Clínica, Organizacional, del Consumidor, Ambiental, Jurídica, etc.), al pasar del mero estudio de la persona y su comportamiento en el contexto social a la intervención sobre ellos, a intentar cambiarlos.

Este paso, del conocimiento a la acción social, marca una maduración fundamental del tono vital de la Psicología y de su posición (o modo de relación), frente a sus objetos de trabajo. No sólo supone esto que el psicólogo ha cambiado (airs liado) su identidad (rol) y posición en una dirección más activa (de observador a actor social), sino también, que la Psicología ha alcanzado el nivel de confianza en sí misma suficiente para hacer una apuesta de futuro atrevida y optimista: Intentar transformar (y crear) nuevas condiciones de existencia y desarrollo humano en lugar de limitarse a estudiar las existentes (y la adaptación del individuo a ellas).

Psicología para conocer y psicología para actuar y cambiar. Una última cuestión que se deja simplemente apuntada aquí, al no ser parte de las discusiones usuales sobre el tema, es la de la relación —substantiva y metodológica— entre una disciplina para conocer y una para transformar. Dos cuestiones pertinentes desde esta perspectiva serían: 1) ¿Necesitamos estudiar las mismas variables, procesos y relaciones para acumular conocimientos que para transformar un objeto o sistema social (o nos interesan otras variables y factores más determinantes del cambio que de la "esencia" del sistema)? 2) ¿Usaremos los mismos métodos de investigación para lo primero (conocer) que para lo segundo (transformar y actuar)?

La respuesta a estas preguntas —sobre todo a la primera— es. en nuestra opinión, crucial

para la PC o las disciplinas sociales aplicadas, pues en función de su respuesta, se elegirán unos objetivos y estrategias investigadoras u otros. Existen, además, indicios de que los factores, relaciones y procesos a estudiar para cambiar un sistema social pueden ser diferentes de aquellos precisos para conocerlo. La cuestión es, en cualquier caso, apasionante y fundamental desde el punto de vista epistemológico e interventivo, de cara a la construcción de una teoría del cambio social.

7.4 Principios reguladores e implicaciones de la evaluación comunitaria

Nos ocupamos ahora de los aspectos más concretos y aplicados de la evaluación en Psicología Comunitaria (que denominaremos "Evaluación Comunitaria") centrada en dos campos diferentes, aunque interrelacionados.

Evaluación de necesidades y evaluación de programas. Partimos de una concepción instrumental y multifacética de la evaluación. Primero, instrumental. Como se ha señalado, la evaluación no es —a diferencia del conocimiento— un fin en sí mismo, sino un instrumento al servicio de unos objetivos interventivos (preventivos, correctivos, potenciadores) posteriores. No es, pues, conocer por conocer (o para saber), sino conocer para actuar, y esto implica toda una serie de factores extraracionales —examinados más adelante— en función del proceso de acción a producir. La "evaluación de necesidades" se centra en la valoración de problemas o necesidades detectados en una comunidad o población; la "evaluación de programas", en la evaluación de los efectos de las acciones interventivas puestas en marcha para resolverlos. (Segundo, multifacética y paralógica. Esta propia instrumentalidad de la evaluación la imbrica en el proceso de intervención consiguiente, adhiriéndole toda una serie de implicaciones y elementos extraracionales (valorativos, relaciónales y de poder) asociados a ese proceso y que la diferencian de una mera investigación para conocer un objeto o colectivo social.

La evaluación comunitaria no puede ser así vista solamente como un ejercicio lógico de realización de unas mediciones (o recogida de una información) desde un diseño experimental y su integración estadística, sino además (porque esa es una parte), como un proceso complejo y multifacético en que las implicaciones e influencias valorativas (quién hace la evaluación, quién la paga, desde qué supuestos, sobre qué blanco poblacional, etc.) tienen una relevancia equiparable (superior, muchas veces) a las metodologías de recogida de información o las tecnologías métricas y estadísticas para tratarla. Las exposiciones de Cook y Shadish (1986) o Syme, Seligman y Macpherson (1989) no dejan lugar a dudas en este sentido. Si inicialmente el proceso de planificación y evaluación de programas fue considerado como un proceso puramente racional hoy, con la experiencia acumulada, esa visión del campo ha quedado ya archivada como insosteniblemente ingenua y simplista.

En las secciones que siguen nos ocupamos de los principios e implicaciones de la Evaluación Comunitaria (EC). Más adelante nos centramos en la evaluación de necesidades y problemas y en la evaluación de programas, describiendo e ilustrando ambos procesos. Incluimos aquí 7 principios, asunciones o implicaciones característicos de la EC —ocasionalmente retomados o ilustrados en secciones posteriores—: Su cualidad de prerequisito de la intervención; perspectivas generales implicadas; multidimensionalidad; aspectos relaciónales y de rol; generación de expectativas; aspectos políticos; y aspectos valorativos.

7.4.1 Prerrequisito de la intervención planificada

El conocimiento y valoración de la problemática global de un territorio o población es —a

diferencia del trabajo clínico— imprescindible para planificar programas y organizar su implementación a nivel comunitario, posibilitando la toma de decisiones, asignación de recursos (económicos y de personal e instalaciones) y organización territorializada o poblacional de la intervención.

Si queremos prevenir o resolver el problema de la mendicidad, por ejemplo, necesitamos saber el número de mendigos existente, su distribución social y geográfica, necesidades y recursos asistenciales existentes, etc.

A diferencia de la evaluación psicológica, la unidad de observación es aquí la comunidad, no el individuo. En realidad, la evaluación se puede organizar territorial o poblacionalmente. En el primer caso, la unidad es la comunidad; en el segundo un grupo social o segmento poblacional (mendigos, afectados por el SIDA, etc.) que, aunque no forman una comunidad (cap. 2) comparten alguna característica demográfica (ser adolescentes o mujeres) o problema de interés interventivo (mendicidad, embarazos no deseados, alcoholismo, etc.).

7.4.2 Perspectivas: responsabilidad social, gestión y conocimiento

Podemos considerar con Chelimsky (1978), 3 dimensiones básicas en la evaluación comunitaria:

a) Responsabilidad social (accountability); dado que los problemas comunitarios se realizan generalmente con fondos públicos, existe una responsabilidad u obligación ligada de responder de su coste y eficacia según los objetivos establecidos.

b) Gestión. Esta perspectiva enfatiza la mejora de la eficiencia del programa y de la toma racional de decisiones por parte del gestor o administrador público para resolver los problemas planteados.

c) Conocimiento. Aquí tratamos de acumular conocimiento sobre los problemas sociales y los efectos de las políticas y programas que buscan solucionarlos. La clave no es si el programa funciona o no (b) o si hemos gastado eficientemente los caudales públicos (a), sino porqué tiene ese programa los efectos que tiene; cuáles son sus "ingredientes activos".

La dimensión acentuada depende de la perspectiva en que se sitúe el evaluador. La del conocimiento —implicada en los conceptos más amplios de "investigación evaluativa" o "investigación de programas", que se comentan más adelante— es la adoptada prioritariamente por el científico social (y el técnico, en menor medida). Las perspectivas de responsabilidad pública y gestión (que tienen mucho en común, diferenciándose sólo en el punto de partida: el dinero disponible en la primera y el problema a resolver en la segunda), reflejan los intereses del gestor político o administrativo.

7.4.3 Multidimensionalidad: problemas, intereses y métodos

La naturaleza multidimensional de la EC hunde sus raíces en el operacionalismo multimetódico y el constructivismo interaccionista predominantes en la ciencia social actual. Desde la perspectiva aplicada, su uso se justifica por (al menos) dos factores clave del proceso evaluativo: a) Complejidad de los problemas sociales y b) multiplicidad de los grupos de interés involucrados. Podría añadirse un tercero (c) —de alguna forma implicado en a—, la multiplicidad de enfoques o métodos de recogida de la información.

a) Complejidad y multifacetismo de los problemas sociales y psicosociales - y de los cambios programáticos— a evaluar. Complejidad que —a diferencia de los problemas psicológicos, más simples— demanda el uso de indicadores o medidas para todas sus dimensiones relevantes, en la

casi seguridad de que un solo método o indicador es muy improbable que pueda capturar esas múltiples dimensiones o facetas.

Veamos un ejemplo. El "índice de Severidad de la Adicción" (Adiction Severity índex: McCIelland y otros, 1980), usado en la evaluación de los problemas de drogas, considera 6 dimensiones diferenciadas: 1) Uso de drogas y alcohol; 2) estado físico del adicto; 3) situación laboral y económica; 4) situación legal-penal; 5) relaciones personales y familiares y 6) estado psicológico general. No basta con medir el consumo de la substancia adictiva (dimensión básica de esa evaluación); hemos de valorar también otras 5 dimensiones asociadas del problema "drogas" que son relevantes para captar toda su "varianza" significativa en una exploración de necesidades o programa de intervención.

b) Multiplicidad de intereses. ¡No sólo son multifacéticos los problemas objeto de la evaluación, sino también los sujetos o partes interesadas! El psicólogo (el evaluador en general) es sólo una de ellas. Los grupos de interés varían con el tipo de problema y nivel (familiar, organizacional, institucional, etc.) en que nos movemos. A un nivel social amplio Cook y Shadish (1986), por ejemplo, identifican 4 grupos genéricos:

• gestores (políticos o administradores)
• grupos de interés (stakeholders: Organizaciones sociales y ciudadanas y grupos de presión)
• prestadores de servicios (técnicos y profesionales)
• consumidores o usuarios en general (la "comunidad").

La idea es que cada grupo aporta unos intereses y valores concretos al análisis o evaluación del problema que pueden —o no— ser convergentes o compatibles, impregnando, en todo caso, el proceso y contenido de la evaluación consiguiente:

Los políticos pueden muy bien estar más preocupados por la rentabilidad electoral, su propia porativistas o que precisen de su intervención, en lugar de desarrollar los recursos humanos existentes; la "comunidad" o consumidores (en principio la parte más claramente legitimada para evaluar) puede abusar de su estatus mayoritario para marginar los intereses o la voz de las miñonas ("enfermos" mentales, drogadictos, miñonas raciales, etc.).

Esos diversos intereses deben ser, además, tenidos en cuenta para facilitar (incluso posibilitar) el proceso de intervención posterior (véase, por ejemplo, el modelo de Evaluación y Planificación de Programas a través del Grupo Nominal, descrito en 7.10). Como mínimo han de ser escuchados dos de ellos: Los receptores ("consumidores") del programa (o los afectados por el problema) y los "ejecutores" del programa, aquellos trabajadores que lo van a llevar a cabo. No consultar a esos dos grupos antes de lanzar un programa es abocarlo, casi directamente, al fracaso por un doble pecado, técnico (falta de información relevante) y ético-motivacional (falta de participación y, por ende, de motivación para llevar adelante el programa).

c) Multiplicidad de métodos. Todavía podría añadirse un tercer área de potencial pluridimensionalidad ligada a las anteriores: La de los métodos o enfoques usados (7.6) y su mayor o menor objetividad o subjetividad. No se trata sólo de cubrir las diversas dimensiones relevantes del problema —y de obtener indicadores o medidas de cada una— y de escuchar la voz de los diversos grupos interesados, hay que usar, además, los métodos apropiados en función de lo que queramos obtener de cara al proceso interventivo en su globalidad (información, participación, efectos relaciónales, etc.) según veremos en los puntos que siguen.

Desde esta perspectiva, hay que tener en cuenta que los métodos "objetivos" o cuantitativos (como los indicadores sociales) a la vez que maximizan la información general sobre un conjunto de personas o unidades de observación (permitiendo una representación abreviada de parámetros significativos de una población o comunidad), no aportan, en cambio, información alguna sobre los componentes subjetivos, significado personal y procesos sociales

implicados en los problemas y temas evaluados. Esos componentes —vitales para la comprensión y abordaje de la problemática a resolver— han de ser obtenidos a través de métodos o indicadores más subjetivos o cualitativos que capten opiniones, valoraciones, actitudes, procesos y dinámicas sociales, "porqués", etc.

Por ejemplo, la tasa de servicios existentes —o de su uso— en una comunidad no nos dice nada sobre su suficiencia o insuficiencia en relación a las necesidades de la población ni porqué los servicios se están (o no) usando y qué habría que modificar para que se utilizaran más, etc. Una serie de entrevistas o reuniones con grupos elegidos (foros comunitarios) u observaciones planificadas podrían ser así necesarios para explicar y dar significado a los datos numéricos.

Por otro lado, y sin intentar entrar de lleno en el amplio y complejo tema cuantitativo-cualitativo, sí debemos subrayar un par de cosas, no por obvias menos importantes. Primero, en un fenómeno a evaluar, hay elementos cuantificables y otros que no lo son (la distribución de poder en una comunidad, la motivación o expectativas de un grupo, etc.). En estos últimos se podrá producir —a partir de cierto tipo de información o modelo global del sistema— un análisis o valoración general, pero no "medir" esos fenómenos apenando cifras o números que pueden ser irrelevantes, secundarias o, incluso, inducir a equívoco respecto al verdadero tema de interés. Segundo, se trata de analizar o evaluar lo que es importante o crucial del fenómeno en sus propios términos métricos o analíticos, no de obtener a toda costa unas cifras, mitificándolas y haciendo importante lo que se puede medir.

Resumiendo: 1) El criterio de relevancia de la información debe primar sobre el de cuantificabilidad; 2) la evaluación es instrumental, debiendo estar al servicio de los objetivos y tema evaluados, no al contrario, haciendo depender o seleccionando objetivos y operaciones programáticas de la posibilidad de medirlos numéricamente. Evidentemente, la cuantificación es deseable como criterio adicional ya que añade precisión y comparabilidad a las observaciones o mediciones; no siempre resulta, sin embargo, posible o proporciona la información necesaria y adecuada del fenómeno a evaluar.

Es, en consecuencia, recomendable usar (según el tema a evaluar) varios enfoques o métodos para recoger información y, a ser posible, que uno —al menos— sea cuantitativo y otro cualitativo. A este respecto. Conviene, sin embargo, tener en cuenta que hay un volumen óptimo de información para comprender y resolver un problema por debajo del cual nos faltarán elementos de juicio, pero por encima del cual corremos el riesgo de generar un exceso de información incongruente, contradictoria o de muy difícil interpretación. Eso limita la multiplicidad de métodos, indicadores y grupos consultados a aquello que pueda ser razonablemente necesario y útil según el caso y situación a valorar o resolver, no a un máximo apriorístico o teórico, que puede resultar técnica y prácticamente ineficiente.

7.4.4 Funciones relacionales y de rol

Como se ha sugerido ya, la evaluación supone —y permite— la toma de contacto con la comunidad o sistema social evaluado estableciendo, además, el marco relacional y valorativo de la intervención subsiguiente, cosa particularmente importante si la persona o equipo que evalúa realiza también la intervención (asimilación que, de todas formas, van a hacer habitualmente los miembros del sistema social).

Ese marco relacional inicial tiene, en todo caso, una importancia motivadora capital de cara a la movilización (o pasividad) posterior de la comunidad en la fase interventiva. Ahí radica el importante rol (extra-informativo, por supuesto) de la evaluación como forma de relación con la comunidad. Desde esa perspectiva, la evaluación es ya intervención. ¿Cómo se concreta —y

puede ser potenciada— esa función relacional de la evaluación? Veamos:
a) Una prospección o evaluación de necesidades en un sistema social comunica respeto e interés del interventor por ese sistema implicando la necesidad —y el deseo— de saber sobre las personas que lo componen y su visión sobre su propia realidad, en vez de asumirse que el experto externo ya conoce esa realidad y puede prescindir de la información y opinión de sus moradores.
b) La evaluación así concebida, es una de las vías más importantes (sino la más importante junto a la fijación de los objetivos interventivos) de participación comunitaria, a través de la cual se reconoce el valor y protagonismo de la comunidad para definir sus propios problemas y necesidades (a la vez que sus capacidades de encararlos). Tiene importancia estratégica añadida por el hecho de marcar la tónica relacional posterior.
c) Una mera recogida de información o la valoración objetivista y externa de un experto sin interacción (personal, verbal, etc.) con la comunidad minimiza, en cambio, el valor relacional y motivador señalado, aunque, por otro lado, maximice el valor informativo.
d) La evaluación constituye, asimismo, una de las mejores formas de entrar en -o tomar contacto con- la comunidad (8.3); una forma no carente de riesgos, sin embargo, ya que, casi ineludiblemente, crea expectativas -irreales no pocas veces- de actuación y solución posterior (punto 5).
e) La forma de conducir la EC define implícita —e inicialmente— el rol del psicólogo (evaluador) respecto al sistema social (comunidad, organización, institución). Dado que en el campo comunitario el rol y marco relacional no están —a diferencia de otros campos— establecidos a priori sino que se construyen evolutivamente (cap. 15) sobre la marcha de la intervención, la forma de llevar a cabo la evaluación (quién y cómo se definen los parámetros básicos del proceso; punto 7), define los roles respectivos de psicólogo y sistema social y, desde un punto de vista sistémico, el tipo de contrato implicado y la capacidad operativa posterior de aquél en relación con el sistema.

7.4.5 Creación de expectativas

La EC crea expectativas (con frecuencia poco realistas) de que se va a actuar para resolver los problemas valorados, siendo así vista como la primera fase del proceso de solución. Esto es más probable si el evaluador: a) Es el mismo que el interventor (o pertenecen a la misma institución o agencia); b) está ligado a una institución política (Ayuntamiento, Consejería, etc.) o es percibido así por los miembros del colectivo valorado. Si no es así y el evaluador no controla el proceso posterior de intervención o ignora el alcance de la evaluación en él, deberá redefinir el rol asignado por esas expectativas desmarcándose de ellas: Dando información verídica o explicando su posición real —y alcance de lo que está haciendo— en el proceso, por ejemplo.

Eso es importante por razones éticas y por la virtualidad bivalente de las expectativas, que constituyen una potente arma de doble filo. Positivo, creando un clima motivacional y dinamización inicial favorables a la realización posterior de la intervención. Negativo, porque las expectativas frustradas (una vez tras otra, con frecuencia) alimentan los procesos de escepticismo, desengaño y apatía tan (justificadamente) arraigados en los colectivos marginados, que hacen muy difícil movilizarlos o ilusionarlos con cualquier programa posterior (sobre todo en la medida en que identifiquen a los interventores sucesivos con los responsables de la frustración inicial).

Las expectativas de un colectivo social son así un caudal (o recurso) que debe ser cuidadosamente administrado. Antes de iniciar una acción (evaluativa, informativa, interventiva, etc.) debemos preguntamos cómo va a influir sobre las expectativas de la gente afectada y si se

van a crear unas expectativas incontroladas o casi imposibles de satisfacer. Si es así más vale esperar y mantener razonablemente intacto ese potencial de dinamización para mejor ocasión o redefinir la situación apropiadamente.

7.4.6 Evaluación comunitaria y poder

También esta relación ha sido desvelada (punto 3) al comentar la multiplicidad de intereses sociales implicados en la EC y la forma en que esos intereses (y el poder o autoridad reflejado en ellos) van a teñir, desde su propia visión de los temas tratados, la información aportada. Muy sintéticamente resumiríamos el resto de implicaciones políticas (de poder) de la EC en estos puntos:

a) Como ya se ha indicado, la evaluación es una importante modalidad de participación de la comunidad. Siendo la participación una de las formas básicas de acceso al poder de una comunidad en los procesos de toma de decisiones y asignación de recursos sociales que la afectan, la evaluación representa, finalmente, una vía central de compartir el poder.

b) La información proviniente de una fuente autónoma respecto del propio evaluador representa —como feedback o retroalimentación independiente— un input autónomo que no sólo adquiere, como tal, su verdadero valor de información independiente y adicional a la que aquel puede aportar por sí mismo, sino, también, un sistema de control externo al propio evaluador, similar a los contrapoderes en un sistema democrático. Los aportes multiinformativos de los distintos grupos de interés de un sistema social o comunidad representan, desde este punto de vista, sistemas de control y referencia mutuos y, al mismo tiempo, de control de la propia visión del evaluador, contrastada así con inputs externos e independientes de su propio marco de referencia, que no puede ser así interpretativamente impuesto sobre ellos.

c) Si es cierto que la "información es poder" (al tomar decisiones sobre todo), un procedimiento obvio (pero poco usado) de compartir el poder pasaría por la devolución a la propia comunidad de la información (apropiadamente elaborada) obtenida a partir de ella (otra forma de participación, por cierto). En eso consiste precisamente la estrategia llamada "intervención en la investigación" usada por algunos psicólogos comunitarios como Serrano García (1989) en Puerto Rico.

7.4.7 Evaluación comunitaria y valores

Este punto resulta casi superfluo tras las ilustraciones de los elementos valorativos ya descritas en los previos (incluidas las valoraciones políticas). En todo caso, suplementaremos aquí lo anterior subrayando algunas ideas clave sobre el papel e importancia de los elementos valorativos —junto a los informativos— en la evaluación.

a) Los valores están indisolublemente ligados de una forma implícita e indirecta a las diversas operaciones y fases del proceso de evaluación (7.5), impregnando fuertemente los contenidos informativos resultantes en: 1) La selección del tema y dimensiones a evaluar (fijación de prioridades); 2) selección de medidas o indicadores; 3) selección de las unidades o fuentes de observación; etc. En esta línea habríamos de recordar que todo número o cifra, lejos de ser un mero indicador objetivo de algo, lleva adheridos (o es fruto parcial de) toda una serie de valores o significados como decantación del conjunto de condiciones y operaciones (experimentales, métricas, valorativas, sociales, etc.) bajo las que ha sido obtenido.

b) Hay dos fases de la evaluación durante las que los valores son explícita y directamente centrales. En la de valoración (interpretación) de resultados y —en menor medida— en la

integración de resultados. La primera sobre todo, consiste en aplicar ciertos juicios de valor a unas mediciones o información obtenidos para darles un significado específico o convencional en el contexto social y científico-técnico en que se conduce la evaluación. Aun cuando algunos de esos juicios de valor puedan ser reconocidos como parte de las convenciones científico-lógica dominantes de obtención de inferencias, otra parte es pura y simplemente valorativa o convencional. En la fase de integración de mediciones, los valores van ligados a las ponderaciones asignadas a los distintos componentes o resultados para obtener el "cuadro" final con significado.

Por todo lo dicho, la diferenciación propuesta por algunos entre "evaluación" y "valoración" (Fernández Ballesteros, 1985) nos parece claramente superflua y sin sentido más allá de las matizaciones semánticas que se puedan o quieran introducir entre ambos términos.
Entre el conjunto de valoraciones personales, sociales y culturales implícitas y explícitas, las políticas nos interesan particularmente, al referirse al poder (psicológico o personal y político o social), variable central de interés de la PC, y a sus transacciones multidireccionales (socio-personales e interpersonales) generalmente implícitas en esos valores.

II. Evaluación de necesidades y programas

7.5 Identificación y evaluación de necesidades y problemas: ámbito, definición y proceso

En Psicología Comunitaria, la evaluación se centra en 3 campos (4, considerando la propia comunidad):
1. Recursos sociales y asistenciales.
2. Necesidades y problemas.
3. Programas de intervención.
4. Como se verá más abajo, habría que añadir en realidad un cuarto elemento —que se analiza, no se "evalúa"—, la comunidad).

La evaluación de recursos sociales y asistenciales se concreta usualmente a la catalogación de esos recursos, y las redes en que se integran, en guías que recogen sus características básicas: Servicios prestados, localización y horarios, requisitos y condiciones de utilización, etc. Más que una forma de evaluación se trata de una descripción o "contabilidad" de recursos formales imprescindible, sin embargo, para hacer trabajo comunitario (prestación de servicios, sobre todo).

Existen, naturalmente, otro tipo de recursos personales y sociales no institucionalizados o profesionales ya dados (organizaciones de ayuda mutua, redes de apoyo social y asociacionismo local) o por desarrollar (voluntariado y paraprofesionales) que, aunque no están formalmente censados, son igualmente parte —real o potencial— de los recursos utilizables, aunque en este caso se precise un proceso de desarrollo o entrenamiento específico previo.

Ámbito. El rótulo formal "evaluación de necesidades" lo usamos y genéricamente para designar una serie de operaciones (detectar, analizar, describir y, si es factible, evaluar o valorar) realizadas sobre las carencias o necesidades, problemática o conflictos manifiestos o latentes de una comunidad, sistema social en general, no de un individuo. No nos referimos, por tanto, exclusivamente a la evaluación de necesidades —latentes o patentes— detectadas, sino al conjunto de elementos carenciales o problemáticos de un sistema social que —en base a unos criterios determinados— precisan algún tipo de intervención preventiva o correctiva.

Así como las necesidades (más definibles y unidimensionales) pueden ser —hasta cierto punto— cuantificadas y evaluadas, los problemas, conflictos o sistemas sociales (estructural y

relacionalmente más complejos), pueden ser analizados o descritos pero no cuantificados (como tales e independientemente de que algunas de sus dimensiones sí sean cuantificables). Los métodos o enfoques que se describen más adelante son lo suficientemente comprensivos y variados como para captar gran parte de la diversa temática carencial y problemática mentada, dentro de las limitaciones y consideraciones introducidas en la sección previa.

Un campo relacionado —pero netamente diferenciado— es el de la evaluación de contextos, ambientes o climas sociales, desarrollado en buena parte por R. Moos y que se ilustra en 7.7. En él —a diferencia de la evaluación psicológica clásica— no se evaluarían cualidades de personas —o agregados sociales— sino de entornos o ambientes.

Definición. Pese a su juventud, el campo de evaluación de necesidades ha tenido —como el de evaluación de programas— un desarrollo vigoroso, habiendo ya acumulado varias presentaciones sistemáticas como las de: Hargreaves, Attkisson y Sorensen (1977); Warheit, Bell y Scwab (1977); Bell y otros (1982); Bloom (1984); en nuestro país. Chacón, Barrón y Lozano (1988). Siguiendo la cita de Bloom podríamos definir la evaluación de necesidades (de salud mental, aquí) como:

> "Un intento de describir y comprender las necesidades de salud mental en un área geográfica o social. Esto involucra dos pasos diferenciados: La aplicación de un instrumento, o conjunto variado de instrumentos, de medida a un área social definida y la aplicación de un juicio para valorar la significación de la información recogida en orden a determinar las prioridades para la planificación de programas y el desarrollo de servicios... La evaluación es parte de la planificación de salud mental. Proporciona un importante input informativo de cara a un proceso de planificación más amplio que conduzca a: a) Un plan de salud mental; b) la selección y operacionalización de actividades específicas dentro del programa y c) la evaluación de las actividades del programa" (pag. 370-371; subrayado añadido).

Esta descripción perfectamente clara y comprensiva (en que puede substituirse el término "salud mental" por el tema o ámbito de interés: Salud, bienestar social, justicia, educación, trabajo-desempleo, tiempo libre y entorno ambiental), ratifica algunos de los principios y características de la Evaluación Comunitaria ya comentados (subrayados en la definición):

• Su condición instrumental y prerequisita de la planificación.

• La inclusión de una fase de valoración de significaciones como constituyente integral de cualquier evaluación (que descalifica —por innecesaria— la distinción evaluación-valoración propuesta por algunos autores).

• Su condición de primera fase —o "línea base"— de la evaluación de programas (con la que se contrastarán los resultados del programa).

• Su utilidad (menos clara y aparente, en nuestra opinión, de lo que transparenta la definición) para seleccionar y especificar operativamente los componentes o actividades del programa.

En relación a este último punto, y en general, nosotros entendemos que la planificación (o la intervención racional, en general) precisan de la evaluación de otros elementos además de las necesidades o problemática (1) presente en un sistema social (como fracaso escolar o trastorno mental). Esos elementos serían, jerarquizados por orden de relevancia:

2) Los factores estructurales y procesos del sistema social implicados en la generación y mantenimiento del problema o necesidad: Impotencia percibida, anomia, desintegración, falta de estructura organizativa, medios económicos o apoyo técnico, etc. Es decir el porqué del efecto a corregir.

3) Las estructuras y procesos (actuales o potenciales) de cambio y dinamización del sistema (tensiones, contradicciones, conflictos, fallos funcionales o normativos, expectativas o las propias

necesidades insatisfechas), que vienen a ser las "variables a manipular" para alterar el sistema. También, las estructuras y procesos básicos de mantenimiento y reproducción del sistema (su "naturleza estable") que, en general, no son alterables (substituibles, si acaso) sin el riesgo de provocar una reacción homeostática de signo contrario al cambio pretendido.
4) Los recursos (personales, relaciónales y sociales) actuales o potenciales (por desarrollar) del sistema. Ya comentados antes.

Los elementos 2 y 3 no son estrictamente evaluables sino, como se ha dicho, describibles o analizables al ser relaciones o globalidades estructurales o procesales. Siendo, por otro lado, esos elementos parte de la comunidad (sistema social, en general) en que vamos a intervenir (si nos centramos en problemas o necesidades), habrá que subrayar que el análisis de la comunidad (y familiarización con ella), sea desde la perspectiva propia (factores de mantenimiento y de cambio), sea desde la de los problemas a resolver (causas y correlatos comunitarios de esos problemas) es una parte previa (o simultánea) esencial de la EC, que puede ser diferenciada de la evaluación de necesidades propiamente dicha. En el capítulo 2 se han dado algunas pautas estructurales y metodológicas básicas para orientar ese análisis.

Proceso. Ampliando la definición reproducida más arriba, podemos distinguir 5 fases en la evaluación de necesidades —incluyendo el análisis de la comunidad—, similares a las de la evaluación social en general.
1. Identificación de un problema (problemas) o necesidad(es) relevante(s) que precisa(n) alguna forma de intervención y análisis de la comunidad en la forma ya descrita. Dos pasos diferentes pero relacionados, pudiendo iniciarse el proceso por cualquiera de ellos, según que la intervención esté centrada en la comunidad (o sistema social) o en un problema o dimensión específica (mendicidad o absentismo escolar) siendo el punto de partida respectivo, la comunidad y el problema o dimensión de interés.
2. Aplicación del instrumento (instrumentos, en general; recuérdese el principio de multidimensionalidad) de medida u observación a las dimensiones y personas objeto de la evaluación para recoger los datos u obtener la información deseada a partir de la fase inicial de análisis.
3. Resumen e integración (estadística, lógica, teórica, etc.) de la información multidimensional y/o multimetódica recogida.
4. Valoración y asignación de significado a la información o datos recogidos e integrados, a partir de criterios lógicos, teóricos, experienciales, o —en buena parte— de los valores personales, profesionales, organizacionales o sociales dominantes. Una parte de la valoración es realizada en la fase anterior, al integrar estructuralmente el material numérico o informativo "bruto" inicial. En esta fase se asigna un significado a la totalidad —integrada— de la información, tanto en función de su patrón estructural como del contenido de cada parte o segmento informativo.
5. Comunicación (generalmente escrita) de resultados y recomendaciones o planes de acción ulterior. Esta comunicación debería ir dirigida tanto al cliente (institución, centro, etc.) que hizo el encargo, como a la propia comunidad ("devolución") que es la titular primera de los datos y el conocimiento generados. A realizar en la forma (nivel de elaboración, de comprensión y recomendaciones) adecuada al destinatario o destinatarios respectivos (distinta, por ejemplo, para el gestor político que para la comunidad, asociación de vecinos o la prensa).

7.6 Métodos o enfoques

Comúnmente, y a partir de Warheit, Bell y Schawb (1977), se describen 5 enfoques o estrategias principales de evaluación de necesidades comunitarias; los siguientes (de más

personales y cualitativos a más globales y cuantitativos): 1) Informantes clave; 2) foros comunitarios y grupos estructurados; 3) tasas de tratamiento o asistencia; 4) encuesta comunitaria o poblacional y 5) indicadores sociales. Examinémoslos con sus respectivas ventajas e inconvenientes.

7.6.1 Informantes clave

Método de interacción personal en que personas, clave por su profesión, actividad o posición en la comunidad, aportan información pertinente sobre la problemática activa o carencial o sobre alguna otra actividad o dimensión de la comunidad, como los patrones habituales —o idiosincráticos de ciertos grupos— de afrontamiento de los problemas o de uso de los servicios y recursos existentes.

Los informantes clave utilizados habitualmente son profesionales relacionados con los servicios o necesidades a sondear, líderes comunitarios o locales y administradores o gestores públicos. Según lo que queremos averiguar, los informantes pueden pertenecer a otros grupos sociales. Un ejemplo serían los informantes que usa la policía para obtener información sobre ciertos aspectos del mundo de la delincuencia. Con este procedimiento (que podría usarse en estudios intensivos sobre drogadicción o delincuencia en una comunidad) el informante es un miembro del grupo "usuario" (socialmente sancionado a la vez), único que tiene acceso a información "interna" básica, no obtenible por otros procedimientos.

Las ventajas de este método son su accesibilidad, bajo coste y caudal de información cualitativa y causal (porqué y cómo se produce lo que queremos estudiar) aportado, no obtenible, además, por otros métodos cuantitativos. Las desventajas principales radican, en los posibles sesgos introducidos por los intereses sociales, profesionales y personales del informante en función de su posición (social, profesional o personal) respecto del tema a valorar.

Desde la perspectiva multidimensional, estos sesgos pueden ser corregidos (o, al menos, detectados) usando informantes clave situados en las distintas posiciones básicas respecto al problema o tema de interés. Habitualmente, y en temas solubles asistencialmente, usaríamos al menos un representante de cada uno de los grupos de interés referidos más arriba o en el modelo tripartito del Strupp y Hadley (cap. 3): Los sujetos afectados por el problema ("la comunidad" o un grupo de ella); los profesionales o expertos en el tema de interés o prestadores de los servicios correspondientes; y los gestores o administradores con responsabilidad sobre el tema.

Esto no sólo es útil informativamente, para obtener las distintas versiones sobre el problema de interés, sino también para capturar las opiniones y posturas ante él, así como la disponibilidad y motivación para resolverlo de cada una de las partes: Los que sufren el problema y buscan solucionarlo, los que van a aplicar las soluciones y los que van a aportar los planes y medios precisos. Es esencialmente un procedimiento exploratorio, que debería complementarse con alguno de los métodos más objetivos incluidos más adelante. En estudios analíticos cualitativos (de patrones de comportamiento o interacciones sociales, por ejemplo) este método puede ser complementado con procedimientos de observación más o menos participante al estilo antropológico.

Habitualmente se usará un formato de entrevista semiestructurada utilizándose las técnicas y recursos de la entrevista psicológica. Los temas básicos en torno a los que se organizará la entrevista son:

- Cuáles son los problemas más importantes de la comunidad (jerarquizados, si es posible).
- Cómo reacciona o se organiza la comunidad frente a esos problemas.
- Recursos o servicios (formales e informales) disponibles.

• Accesibilidad y calidad de los servicios.
• Qué más ayuda o servicios son precisos.

7.6.2 Grupos estructurados y foros comunitarios

Familia de métodos semi-estructurados de interacción grupal con grupos comunitarios que, en una serie de reuniones focalizadas en torno a las necesidades, problemas y servicios disponibles informan, opinan y hacen las valoraciones pertinentes sobre ellos.

Es un método interactivo más dinámico que el de los informantes clave y menos influenciable por los sesgos personales que se ven, no obstante, substituidos por las interferencias y dinámica grupal en los grupos más pequeños (de personas) o por los intereses grupales o sociales, en los foros y reuniones más amplias (de "roles", de líderes o representantes de las fuerzas sociales de la comunidad). Las interacciones son habitualmente guiadas —como en el método anterior—por un cuestionario semi-estructurado con preguntas similares a las ya descritas en el punto anterior.

Hay que subrayar que en estos enfoques, además de obtener información y valoraciones sobre el tema de interés, se inicia usualmente el proceso de búsqueda de soluciones y se sondea el nivel de motivación existente identificando personas y grupos interesadas en los procesos y trabajo interventivo posterior. En ellos no hay prácticamente separación entre captación de información y actuación, siendo a la vez métodos de evaluación y de intervención. De hecho, en su modalidad asamblearia y amplia —foros comunitarios— son parte de la metodología básica de la organización de la comunidad (Eckiein, 1984), la forma más clásica de acción social (cap. 8). También el desarrollo comunitario (Ander-Egg, 1980) usa, con frecuencia, los foros comunitarios.

Debemos notar que, en lo positivo, estos métodos son un excelente procedimiento de contacto y entrada en la comunidad y, en lo negativo, que tienden a crear expectativas de solución mágicas o irreales.

La formalización, estructuración, tamaño y composición del grupo variará según los fines perseguidos, tema, tamaño y disposición de la comunidad. La reunión de toda la comunidad (posible en comunidades pequeñas), constituye el/oro comunitario (con propósitos exploratorios u organizativos). Para examinar, en cambio, una cuestión (o el conjunto de necesidades) en una comunidad o barrio mediano puede contactarse con grupos ya estructurados en tomo al tema (la sexualidad, por ejemplo) o constituirlos a partir de los centros asociativos comunitarios (centro cívico, asociación de vecinos) existentes, según los criterios de homogeneidad o heterogeneidad prefijados en función de que se quiera maximizar respectivamente la información y motivación sobre el tema o la representación de "fuerzas vivas" de la comunidad. Los grupos nominales (de los que se describe una ilustración en 7.10.3) son variantes más estructuradas y operativas de este enfoque.

7.6.3 Tasas de personas tratadas o asistidas

A diferencia de los previos, este es un método objetivo y directo de estimación cuantitativa de necesidades y problemas basado en la utilización de los servicios de tratamiento y asistencia correspondientes (hospitales, centros de servicios sociales), cuyos usuarios se asumen representativos de aquellos miembros de la comunidad afectados por la necesidad o problema en cuestión.

Es uno de los métodos clásicos usados en epidemiología (cap. 9), basada en este caso en

el trastorno tratado (no el realmente existente en la comunidad). Los estudios de Faris y Dunham en Chicago y Hollingshead y Redlich en New Haven utilizaron este método. Sus ventajas radican en resultar relativamente barato, cómodo y rápido evitando a la vez el problema de especificar los criterios para definir un "caso" del problema o necesidad.

Plantea, a la vez, importantes dificultades:

1) Probable sesgo (sobreestimación o —más frecuente— infraestimación) del problema debido a los procesos sociales que median y distorsionan —en uno u otro sentido— el uso de ciertos servicios:

• Valoración social negativa o estigmatización del usuario (trastorno mental, SIDA, toxicomanía, madres solteras, enfermedades venéreas, etc.).
• Disponibilidad de información sobre los servicios y sus prestaciones.
• Inclusión en los requisitos o condiciones para recibir servicio.
• Reputación del servicio e institución de que depende.
• Efectos negativos o disfuncionales atribuidos (correctamente o no) a los servicios; por ejemplo, síndrome de hospitalismo o eventuales consecuencias penales (drogadicción, SIDA). O bien beneficios apreciables (comida o alojamiento gratuito) sin contrapartidas costosas por parte del cliente.

No se puede asumir, por todo ello, que las personas tratadas o asistidas representan —numérica y cualitativamente— a aquellos que tienen problemas en la comunidad, sino sólo los de aquel sector que, teniendo esos problemas, acude a buscar tratamiento. Existen numerosos indicios evidenciales (Bloom, 1984) de que la población tratada por trastorno mental es substancialmente distinta de la que, teniendo el mismo trastorno, no acude a tratamiento. Una solución intermedia para este serio problema sería la realización de estudios comparativos entre ambas poblaciones para averiguar diferencias y semejanzas y ver hasta qué punto se pueden generalizar al resto los datos obtenidos en la población asistida. Lo ideal —pero también más caro y complicado— sería, por supuesto, hacer una encuesta poblacional.

2) Falta de comparabilidad de los datos. Este es el precio a pagar por no necesitar explicitar criterios objetivos o convencionalmente aceptados para definir un caso. Distintos centros o servicios usan con frecuencia criterios diferentes —no comparables, muchas veces— de forma que las cifras y descripciones resultantes no son comparables, al reflejar tanto esas diferencias metodológicas como las derivadas de la distinta incidencia del problema o necesidad. Esos criterios pueden, además variar con el tiempo, como puede verse a través de la evolución de los "manuales diagnósticos" norteamericanos de la serie DSM (I, II y III). Ilustrativo de todo esto es la enorme dispersión de cifras sobre incidencia y prevalencia que reflejan los estudios epidemiológicos del trastorno mental revisadas por Dohrenwend y Dohrenwend (1969) —en parte reflejadas en el capítulo 9— o las diferencias reconocidas en el diagnóstico de los problemas esquizofrénicos y maníaco-depresivos en Londres y Nueva York.

7.6.4 Encuesta poblacional

El enfoque sociológico de las encuestas poblacionales (el campo del survey research; ver, por ejemplo, Babbie, 1973) evita los problemas del anterior al estudiar, no la población tratada, sino la población total (a través de una representación de ella). Sobre el papel es —junto a los indicadores sociales— el método más objetivo y global de evaluación de la problemática de una comunidad.

También resulta mucho más costoso, precisando una planificación y análisis cuidadosos (y con frecuencia complejos), un equipo de encuestadores debidamente preparados y

supervisados y —casi siempre— una prueba piloto. No es de extrañar que las encuestas poblacionales sean escasas en el campo comunitario. Los estudios epidemiológicos de Midtown Manhattan y condado de Stirling (capítulo 9) usaron este enfoque. A cambio, proporciona una información más amplia, general, representativa y cuantitativamente rigurosa que los enfoques previos, aunque su valor informativo es mínimo en los valiosos aspectos cualitativos citados para aquellos.

El proceso de encuesta consta de 5 fases generales:

1) Elaboración de la encuesta o entrevista estructurada. Es muy recomendable hacer una primera prueba exploratoria o piloto que es pasada a un grupo o población similar a la población de destino y corregida o ampliada en función de las deficiencias (ambigüedades, preguntas confusas o incomprensibles, alternativas de respuesta no claras o insuficientes, falta de preguntas sobre temas básicos, etc.). La entrevista piloto deberá contener suficientes preguntas abiertas (sin alternativas de respuesta predeterminadas) y espacios, para expresar opiniones, sugerencias y añadidos de forma que los sujetos encuestados puedan señalar las deficiencias, insuficiencias o información complementaria precisas.

Un problema de la utilización de las encuestas para valorar necesidades o problemas (y que se reflejará a la hora de redactar las indicaciones o preguntas correspondientes) es la especificación de los criterios para definir "un caso" (en epidemiología) o el problema de interés. Esta dificultad es particularmente aguda en el campo psicosocial, donde las delimitaciones precisas y convencionalmente aceptadas de las entidades problemáticas (maltrato infantil, adicción, mendicidad, etc.) no existen en la práctica.

La ventaja de este enfoque, si existieran unos criterios de aceptación general (como el DSM en los problemas de salud mental), es la "universalización" —comparabilidad al menos— de los datos obtenidos en diversos estudios y países. En caso contrario —nada infrecuente—, estamos en una situación bastante similar a la de las tasas de tratamiento, con la diferencia de que los criterios operativos sí habrán sido aquí especificados.

Subsiste, de todas formas, el doble riesgo inherente a todo enfoque criterial de definición de problemas o casos: Si los criterios establecidos son muy rigurosos o exigentes, se infraestimard el problema produciéndose muchos "falsos negativos"; si, por el contrario, los criterios son laxos o imprecisos, se sobreestimará, multiplicándose los "falsos positivos".

2) Muestreo o selección de las personas —o "unidades muéstrales"— que van a representar estadísticamente a la población diana. En función del conocimiento del tema de interés y de la relación de sus variables básicas consideradas en la encuesta con las características demográficas y sociales de la población, puede usarse un sistema de muestreo u otro. Habitualmente se usan 3 variantes básicas:

Muestreo al azar (asumimos desconocimiento de las características demográficas que influyen en los resultados de la encuesta); estratificado (usamos variables —como nivel social o edad— que suponemos relacionadas con los resultados y que reducen la variabilidad de los datos) y por conglomerados (clusters), cuando las unidades a encuestar están agrupadas en agregados (familias, escuelas, manzanas de viviendas) que no figuran en listas desde las que usar los métodos previos. Aquí se seleccionan probabilísticamente los conglomerados y después las unidades a encuestar dentro de los conglomerados seleccionados.

3) Pasación de la encuesta, o entrevista muy estructurada, en que se busca la máxima estandarización y comparabilidad entre las respuestas obtenidas. Esto implica un entrenamiento —y seguimiento y supervisión casi siempre— adecuado de los encuestadores para garantizar que su presentación, conducta o selección de personas (si es parte del procedimiento) no influyen o sesgan las respuestas en una u otra dirección.

Existe en este sentido evidencia y experiencia suficiente de que el sexo, indumentaria y presentación, tipo de interacción y prejuicios implícitos u otros elementos del entrevistador pueden influir significativamente en los resultados de la encuesta. Por ejemplo, los encuestadores localizaron sólo la mitad de los alcohólicos realmente existentes usando un cuestionario de validez y fiabilidad comprobados. No sólo eso, su eficacia fue doble para identificar alcohólicos de bajo nivel social que alcohólicos de nivel social y educativo alto (citado por Bloom, 1984- pag 374).

4) Codificación de respuestas y análisis de datos, tareas eminentemente mecánicas y estadísticas altamente facilitadas con el uso del ordenador.

5) Obtención de conclusiones; elaboración de recomendaciones y comunicación escrita de resultados, conclusiones y/o recomendaciones.

7.6.5 Indicadores sociales

Los indicadores sociales son estadísticos (y otros tipos de información) descriptivos o representativos de aspectos y procesos sociales básicos (como vivienda nivel de renta o educación) que permiten inferir el funcionamiento y evolución de una sociedad y a la vez que tomar decisiones políticas globales sobre ella y evaluar los programas sociales en marcha.

Este enfoque –reconocidamente iniciado por Bauer en los años 60- usa información más indirecta, globalizada (a un nivel social- más amplio que el comunitario) y relativamente objetiva que los métodos anteriores y que proviene generalmente de censos, registros públicos o de la acumulación de estudios realizados. Intenta conseguir un "análisis social descriptivo que de forma similar a los "indicadores económicos" en el campo económico- muestre el estado social de un país o región en un momento dado permitiendo operar informadamente en el ámbito político

Bloom (1984) señala 3 características reconocidas como básicas en los en EE UUes s por el Departamento de salud. Educación y Bienestar

a) Naturaleza cuantitativa.

b) Uso para evaluar fortalezas y deficiencias de un colectivo

c) Interpretabilidad clara, no ambigua.

El conjunto de indicadores sociales representaría un aspecto básico del nivel o calidad de vida de una sociedad o comunidad (pueden usarse también a nivel comunitario si los datos existen o son recogidos para este nivel de agregación). La calidad de vida' sin embargo, debe incluir también (7.7) otro tipo de medidas más subjetivas.

Los aspectos o dimensiones incluidos por los indicadores sociales varían –según el país o institución- en tomo a parámetros sociales básicos. El Instituto Urbano norteamericano, por ejemplo, incluye 14 dimensiones con sus correspondientes indicadores (entre paréntesis):

Pobreza (porcentaje de hogares por debajo de un nivel dado de renta); desempleo (tasa de desempleo); igualdad racial (relación entre desempleo de no blancos y blancos); salud mental (tasa de suicidio); salud (tasa de mortalidad infantil); seguridad vial (tasa de muertes por circulación); polución (índice de polución del aire); nivel de renta (renta per capita); vivienda (costo de la vivienda); desintegración social (tasa de adictos a narcóticos); interés comunitario (contribución per capita al "United Fund" —fondo de un importante grupo de organizaciones comunitarias—); orden público (tasa de robos declarados); educación (tasa de rechazo del reclutamiento); y participación ciudadana (porcentaje de voto electoral). Una lista muy amplia, como se ve, orientada hacia sociedades urbanas e industrializadas.

Un comité de expertos de la Organización de las Naciones Unidas, por su parte, ha

propuesto 7 dimensiones —a partir de 12 iniciales— como medida del "nivel de vida" de un país: Nutrición, albergue, salud, educación, ocio, seguridad y entorno. Como se ve, esta lista —más aplicable a todo tipo de países, incluidos los no industrializados y urbanizados— cubre las necesidades humanas básicas. Bloom (1984) encuentra 3 aspectos casi universalmente incluidos por los distintos inventarios de indicadores sociales: Salud general; educación; y bienestar social y seguridad pública.

En nuestro país, algunos psicólogos han avanzado propuestas de desarrollo y uso de indicadores sociales en el campo comunitario. Casas (1989), por ejemplo, ha estudiado los indicadores de riesgo social en la infancia; Medina (1984) ha propuesto un sistema de indicadores para diseñar y evaluar los programas de intervención en servicios sociales. En el capítulo 9 se describen indicadores sociales de riesgo ligados, según varios estudios, al trastorno mental.

Bloom ha ilustrado en su libro (1984) el uso de indicadores sociales para estudiar la comunidad norteamericana de Pueblo. El autor cita 4 problemas o dificultades en el uso de indicadores sociales para evaluar la comunidad. Esos problemas, derivados en gran parte para Bloom de la carencia de una teoría idónea de la comunidad que proporcione un contexto interpretativo adecuado, serían:

a) Interpretabilidad e implicaciones no claras de los cambios de los indicadores sociales. ¿Qué significa, por ejemplo, para la comunidad un aumento en el desempleo del 6 al 10 en diversas áreas o temas específicos?

b) Validez de los indicadores respecto de los aspectos medidos. Se puede cuestionar, por ejemplo, que los abundantes datos existentes sobre los resultados o outputs del sistema educativo comuniquen lo que realmente nos interesa: ¿Qué es lo que han aprendido los estudiantes? Lo cual lleva a Bloom un poco más lejos, a denunciar la incapacidad —ya comentada previamente aquí— de los indicadores objetivos de responder—por sí solos—a la cuestión fundamental de la evaluación comunitaria: ¿Obtiene la gente lo que necesita? Incapacidad debida a que los indicadores sociales (o cuantitativos en general) sólo nos dan una dimensión —la externa, objetiva, social— del problema; nos falta la dimensión subjetiva de percepción de las personas de esas aportaciones externas.

Ese es precisamente el abordaje de la temática de la calidad de vida que como señalan acertadamente Pol y Domínguez (1987) ha de centrarse en la comparación de "las características de la situación o realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe él mismo y el grupo social". Estamos reiterando, como se ve, la necesidad del enfoque multidimensionado y de los indicadores subjetivos ya reivindicada al comienzo de esta parte del capítulo.

c) Dudoso valor predictivo para pronosticar la evolución de las condiciones y cuestiones sociales, sobre todo en un mundo social tan cambiante como el actual.

d) Dudosa utilidad como criterio de toma de decisiones políticas y de evaluación de programas sociales, dada la relevancia que otros tipos de criterios e inputs "extraracionales" (objetivos y valores de los programas políticos, intereses de grupos de presión, compromisos, acciones y actitudes sociales, etc.) tienen a la hora de valorar y actuar políticamente (Cook y Shadish, 1986; Sheldon y Freeman, 1970; Syme y otros, 1989).

7.7 Algunas ilustraciones

Incluimos aquí breves ilustraciones de evaluación supra-individual centradas en 3 núcleos temáticos relevantes en Psicología Comunitaria: Calidad de vida, estrés y climas o entornos sociales. La primera evalúa una dimensión psicosocial (de personas, al fin); las dos últimas, en

cambio, valoran dimensiones del entorno, no de las personas (aunque sí a través de sus efectos sobre las personas).

7.7.1 Calidad de vida

Uno de los conceptos señalado como objetivo del quehacer comunitario, junto a otros como salud mental positiva o bienestar social. Frente a ellos, sin embargo, el constructo "calidad de vida" subraya implícitamente los elementos más subjetivos, cualitativos, vitales y cotidianos, así como los aspectos ecológico-ambientales y su percepción psicológica. Elemento distintivo del concepto es afirmar la primacía de la calidad de la vida humana (cómo vivimos) frente a la cantidad de sus constituyentes y de los aflujos físico-sociales aportados exteriormente (cuánto ganamos, cuánta educación tenemos, qué bienes materiales mobiliarios e inmobiliarios poseemos, etc.), todo ello desde el referente basal del significado personal que les es atribuido.

Frente a los modelos economicistas o tecnocráticos de progreso o desarrollo —que enfatizan las conquistas de eficiencia productiva, urbanística o sanitaria—, la idea de calidad de vida, subraya que todo eso será insuficiente—y, a veces, perjudicial— si se consigue a costa de la depredación del entorno físico o socio-cultural que forman el sustrato mismo de que se nutre el bienestar de las personas en sus relaciones consigo mismas, con otros y con sus entornos interpersonal, barrial, laboral y comunitario, sobre cuyo entramado se construye la calidad vital. No se trata de que la mejora de los indicadores sociales sea irrelevante, sino de que sólo será relevante en la medida en que se refleje en el bienestar y bienestar de la mayoría de la población afectada. De otro modo, es que algo va mal y debe ser cambiado. El concepto de calidad de vida funciona así como un regulador psicosocial que refleja la esencial vocación humanista del movimiento comunitario y la clara justificación de una Psicología Comunitaria (Sánchez Vidal, en prensa).

Por otro lado, y frente al concepto —y responsabilidad— públicos implicados en el términos bienestar social, la calidad de vida pasa por la titularidad y responsabilidad del bienestar al individuo (un claro reflejo de la evolución social y económica acompañante del "derribo" del "Estado del Bienestar"). Frente a otros conceptos —como "desarrollo humano"— adolece de ciertas cualidades dinámicas y tensivas, implícitas en los conceptos desarrollistas, al referirse más a una cualidad o estado genérico que a una meta utópica a perseguir. Enfatiza, en cambio, las dimensiones cotidianas de la vida de los individuos y sus relaciones consigo mismos, con otros y con su entorno que son, en el fondo, los constituyentes básales de la comunidad y cuya mejora debería ser, por tanto, meta última en una intervención verdaderamente comunitaria y no meramente social.

Sin entrar en un análisis de su significado, presupuestos psicosociales y ambientales (para lo que remitimos al lector en castellano a Blanco, 1985; o Pol y Domínguez, 1987), retomamos el tema de la calidad de vida donde lo dejamos más arriba: En la insuficiencia de los indicadores sociales para dar cuenta, por sí solos de la calidad o bienestar de la vida de los individuos Para definir (y alcanzar) la calidad de vida hará falta, como hemos señalado, un segundo juego de indicadores personales o subjetivos y ver la relación —satisfactoria, congruente, discrepante— entre ambos patrones que, definiría finalmente la calidad vital o bienestar de los ciudadanos.

Hay diversos sistemas y propuestas para evaluar la calidad de vida (ver, Blanco y Chacón, 1985; Bloom, 1984; o Campbell, 1981). Campbell, uno de los estudiosos más reconocidos del tema, sugiere —desde la perspectiva estadounidense— 4 dimensiones básicas a valorar: Felicidad, afectos y emociones positivos y negativos, satisfacción vital y estrés vital. Los dominios en que se obtendría información son: Matrimonio, vida familiar, amistades, estándares

de vida, trabajo, vecindario, lugar de residencia, la nación, vivienda, educación, salud y la propia persona. Como se ve, hay un solapamiento con las áreas básicas de los indicadores sociales ampliados notablemente con dimensiones de valoración personal y del entorno físico y social.

Otros han usado medidas y áreas de evaluación similares. El "Cuestionario de Calidad de la Vida de Oregón" (Bigelow y otros, 1982), por ejemplo, incluye las siguientes áreas: Malestar psicológico; bienestar; tolerancia al estrés; satisfacción de necesidades básicas; independencia; rol de amistad; rol de amistad íntima; rol de esposo/a; rol paternal o maternal; apoyo social; trabajo en casa; trabajo fuera de casa; escuela; uso del tiempo libre significativo; consecuencias negativas del alcohol; y consecuencias negativas de las drogas. Puede observarse aquí un mayor peso de los temas de salud mental y psicosociales.

Dos problemas —entre otros muchos que podrían plantearse— de este modelo y concepto de calidad de vida. Uno es, precisamente, la posibilidad de definirlo de distinta forma dependiendo de las significaciones sociales del grupo y país y los problemas de comparabilidad numérica transgrupal que esta —como cualquier medida subjetiva— plantea. Problema este derivado de la ambigüedad misma del concepto, construido como calidad de vida, sin precisar o indicar el eventual contenido de esa "calidad". En otras palabras: Falta la cualidad de la calidad.

Otro es el efecto de "laminación" o nivelación que suele darse cuando se agregan muchas medidas distintas de un colectivo humano: Los valores totales resultantes nivelan valores altos y bajos y es algo difícil evaluar y comparar el resultado global. La conclusión en ambos casos es que convendrá hacer comparaciones y valoraciones: a) De perfiles o patrones, más que de niveles; b) cualitativa, del contenido, a la vez que cuantitativa.

7.7.2 Estrés y ajuste social

El concepto teórico y operativo de estrés ha sido ya revisado en el capítulo 5, en referencia al desequilibrio generado en una persona cuando se enfrenta a una situación o problema para el que no encuentra respuesta apropiada. Holmes y Rahe (1967), han elaborado una serie de escalas (que otros autores han ampliado y modificado) para cuantificar el estrés personal correspondiente a situaciones vitales estresantes, aunque relativamente comunes, y que requieren un esfuerzo de readaptación personal más allá de lo habitual.

Las escalas resultantes —"Escalas de Reajuste Social" (Readjustment Rating Scales)— constan de una serie de Ítems o situaciones ordenados descendientemente según su valor estresante. Para desarrollarlas los autores estudiaron las situaciones estresoras padecidas por algo más de 5000 pacientes con problemas predominantemente físicos, elaborando a partir de él una lista con los 43 eventos más comunes y derivando después la escala a partir de las ponderaciones fijadas por una serie de expertos independientes. Obtuvieron así una escala, que permite asignar valores universales a los eventos o situaciones estresantes independientemente del contexto social y personal en que se dan (una decisión metodológica y operativamente muy criticada por otros autores), que se incluye a continuación:

Tabla 1

Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe

Orden	Acontecimiento vital	Valor medio
1	Muerte del esposo/a	100
2	Divorcio	73
3	Separación matrimonial	65

4	Sentencia de cárcel	63
5	Muerte de un familiar cercano	63
6	Enfermedad o herida personal	53
7	Matrimonio	50
8	Despido del trabajo	47
9	Reconciliación matrimonial	45
10	Jubilación	45
11	Cambio en la salud de un familiar	44
12	Embarazo	40
13	Dificultades sexuales	39
14	Llegada de un nuevo miembro a la familia	39
15	Reajuste en los negocios	39
16	Cambio de estatus financiero	38
17	Muerte de un amigo íntimo	37
18	Cambio de sección en el trabajo	36
19	Cambio en número de discusiones con esposo/a	35
20	Hipoteca de más de 1.2 millones	31
21	Cancelación de un préstamo o hipoteca	30
22	Cambio de responsabilidades en el trabajo	29
23	Hijo/a abandona el hogar	29
24	Problemas con la familia del cónyuge	29
25	Logro personal sobresaliente	28
26	La mujer comienza a —deja de— trabajar	26
27	Comienzo o final del período escolar	26
28	Cambio de condiciones de vida	25
29	Revisión de hábitos personales	24
30	Problemas con el jefe (en el trabajo)	23
31	Cambio de horario o condiciones de trabajo	20
32	Cambio de residencia	20
33	Cambio de centro escolar	20
34	Cambio en hábitos de tiempo libre	19
35	Cambio de actividades religiosas	19
36	Cambio de actividades sociales	18
37	Hipoteca o préstamo de menos de 1.2 millones	17
38	Cambio de horarios de dormir	16
39	Cambio en número de reuniones familiares	15
40	Cambio de hábitos alimenticios	15
41	Vacaciones	13
42	Navidades	12
43	Violación menor de la ley	

Fuente Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967): The Social Readjustment Scale. Journal ofPsychosomatic Research, 11, 213—218.

Observando la escala puede deducirse:

• La importancia de las relaciones personales duraderas (su alteración) como estresores

• La relevancia de las pérdidas, personales sobre todo; estos dos tipos de Ítems (pérdidas, en general, y pérdidas de personas) aparecen como los estresores más importantes.
• También los acontecimientos o cambios positivos son fuentes de estrés. La explicación puede residir (Caplan) en el aumento de responsabilidades y posibilidades personales que comportan
• Los cambios de hábitos, entornos y condiciones vitales cotidianas (de trabajo sobre todo) representan estreses frecuentes, aunque moderados.

Las escalas tienen utilidad —siquiera sea orientativa— para la investigación y prevención. En cuanto a la investigación, permiten correlacionar el estrés padecido con los problemas físicos, psicológicos o psicosociales desarrollados posteriormente en individuos o poblaciones (por ejemplo, los efectos del cierre de una fábrica en una comunidad pequeña).

La literatura en el campo del estrés ha tenido un desarrollo enorme (Bloom, 1984 o Kessier y otros, 1985) modificando notablemente las relativamente simples hipótesis iniciales. El campo parece ahora mucho más complejo de lo que se pensaba al principio. Se señala, por un lado, la influencia de factores situacionales y sociales (como el grado de apoyo social disponible) y personales (como el grado de control percibido y la resistencia personal del afectado) que median los efectos del estrés. Se apunta, por otra parte, el confundido de variables "de personalidad" (como determinadas tendencias patológicas) consideradas primero como estresores situacionales. Todo ello justifica un retomo del interés investigador hacia el estrés crónico o sostenido, frente al inmediato y puntual, que centró los esfuerzos iniciales.

En el aspecto preventivo, estas escalas (y los indicadores sociales de riesgo; ver cap. 9 o Casas, 1989), permiten localizar grupos y situaciones de riesgo que pueden ser usados para priorizar la actuación preventiva (como "dianas" primeras) y la asignación de recursos técnicos y económicos, orientando el contenido de los programas preventivos en función de los estresores. Por ejemplo, puede montarse un programa para prevenir los efectos del divorcio (segundo estresor de la escala, con una puntuación de 73 sobre 100) ayudando a reducir sus consecuencias psicológica y socialmente negativas, como hizo Bloom (ver cap. 9). Hay que recordar, no obstante, la necesidad de ser precavido al intervenir, dada la relativa incertidumbre sobre las conexiones causales entre el estrés situacional y sus efectos (en general, entre los indicadores de riesgo y los efectos atribuidos). Es por eso aconsejable realizar pruebas piloto previas del programa siempre que sea posible.

7.7.3 Escalas de clima social de Moos

Las escalas "ecológicas" de Rudolph Moos (1974, 1975 y 1987) representan un esfuerzo notable —y casi único— de conceptualizar y medir micro-contextos, o climas sociales, a partir de las funciones que esos contextos (familias, hospitales, escuelas, residencias de tercera edad, etc.) tienen para sus habitantes y de las interacciones allí desarrolladas. Es decir, se evalúan entornos pero enfundan de los individuos que los habitan y el uso funcional y relacional que esos individuos hacen de ellos.

En realidad, y como han señalado certeramente Trickett y Wiikinson (1979): "Si uno analiza datos de percepción del entorno usando individuos como unidades, encontrará, hablando estrictamente, diferencias individuales en como son percibidos los entornos, no diferencias en los entornos per se (pág. 498; subrayado añadido). Las escalas de Moos han sido adaptadas en nuestro país por Fernández Ballesteros que las ha utilizado en su investigación de ambientes y contextos (1983, 1985 y 1987).

Moos ha identificado 6 tipos de dimensiones relevantes en la evaluación de contextos humanos:

1) Dimensiones ecológicas (geografía, arquitectura o meteorología) y sus relaciones con la conducta humana; por ejemplo, relación entre clima y productividad o interacción social).
2) Escenarios conductuales (behavior settings), unidades estables de utilización y relación ambiental que tienen una poderosa influencia en la modulación de la conducta personal. Barker ha estudiado y categorizado esos escenarios moduladores en contextos escolares.
3) Características organizacionales del entorno —como tamaño, pautas organizativas del personal, sistemas de supervisión, densidad de población o tasa de cambio (altas y bajas)— que se ha comprobado están relacionadas con las actitudes y conducta de los miembros de la organización.
4) Características dominantes de los habitantes del entorno y relación con otros factores, como el comportamiento de los nuevos miembros reclutados.
5) Clima organizacional, en que intervienen elementos como apoyo y relación mutua o posibilidades de crecimiento personal en la organización o contexto social.
6) Patrones de refuerzo comportamental o sistemas de recompensas psicosociales: Tipos de comportamientos que son premiados o alentados y que son castigados o desalentados.
Las escalas de Moos constan de una serie de Ítems respondidos por las personas que habitan o usan el contexto de interés, puntuando en alguna de las dimensiones de la escala. La Escala del Clima de un Centro Psiquiátrico, por ejemplo consta de las siguientes 10 escalas: Involucramiento, apoyo, espontaneidad, autonomía, orientación práctica, orientación sobre problemas personales, agresión e ira, orden y organización, claridad de los programas y control personal.

El análisis factorial de las escalas ha descubierto 3 dimensiones o factores subyacentes: 1. Dimensión relacional; naturaleza e intensidad de las relaciones entre los habitantes del contexto como cohesión entre iguales, apoyo del estaf o afiliación. 2. Desarrollo personal: Oportunidades ofrecidas por el entorno para el crecimiento y desarrollo personal de sus pobladores. 3. Mantenimiento y cambio del sistema. Dimensión relacionada, por una parte, con el grado de regularidad, orden y control del setting y, por otra, con las posibilidades de iniciar en él cambios y transformaciones.

Aparte de sus potencialidades en investigación, este tipo de escalas pueden utilizarse interventivamente de la siguiente forma. Se obtienen primero las valoraciones de las subescalas o dimensiones correspondientes para cada uno de los grupos pobladores del setting (por ejemplo, pacientes, cuidadores, psicólogos y psiquiatras, enfermeras). A continuación —y a partir de los perfiles diferenciados de cada grupo— se puede comenzar a trabajar, en una discusión que incluya a los diversos grupos, sobre discrepancias (y concordancias) entre los perfiles grupales de cara a modificar determinadas prácticas, reglas, relaciones, disposiciones arquitectónicas o mobiliarias, etc. (Una forma, como se ve, de cambio organizacional a partir de la retroalimentación de datos). Por ejemplo, una discrepancia entre residentes y estaf en la percepción de la dimensión "autonomía", podría dar lugar a un discusión —y modificación eventual— de determinadas prácticas de control por parte del estaf y aumento de la actividad y responsabilización sobre ciertas tareas por parte de los internos.

7.8 Evaluación de programas

Casi todo lo escrito para la evaluación de necesidades (EN) es aplicable (en cuanto a principios generales y contenidos metodológicos) a la evaluación de programas (EP). Y esto por la sencilla razón de que aquélla (la EN) es el primer paso de ésta (la EP), siendo ambas, ramas surgidas del tronco común de la evaluación social (y comunitaria), diferente, a su vez, de la

evaluación psicológica. Si la EP a subsume a la EN como uno de sus momentos, lo que procede en lo que queda del capítulo, es añadir la parte del proceso evaluativo (monitorización de la marcha y efectos del programa interventivo) perteneciente a la EP —pero no a la EN—, dibujando también el nuevo marco conceptual y operativo resultante y las modificaciones —menores— a introducir en el conjunto.

Las diferencias entre ambos tipos de evaluación o, mejor, las dimensiones adicionales de la EP sobre la EN, se derivan de esa distinción de principio entre la evaluación de necesidades como medición (y valoración) inicial puntual y la evaluación de programas como monitorización de un proceso de intervención (programa) y de sus resultados:

• La EN sólo implica la constatación de una problemática social o comunitaria; la EP implica, además, una intervención, una acción intencional para modificar esa problemática.

• En EP se trata, por tanto, de reflejar analítica, cualitativa y cuantitativamente un proceso de actuación y su impacto sobre la situación inicial, no simplemente un punto de partida para la acción, como en la EN.

Con un cuarto de siglo de historia a sus espaldas, la vida de la EP es tan corta como la de la propia Psicología Comunitaria. Corta, pero también -como la PC- intensa: Espoleada por su clara relevancia aplicada desde el deseo -y necesidad- creciente en instituciones y agencias sociales de evaluar la eficacia de sus actuaciones y justificar las inversiones públicas, el campo ha experimentado un vigoroso desarrollo metodológico, conceptual y aplicado en estas décadas.

Su importancia e interés para en Psicología en general, y la Psicología Comunitaria en particular, se deriva de la experiencia y tradición del psicólogo en el desarrollo y uso evaluativo de tecnologías métricas y experimentales (aunque a un nivel más individual, menos complejo), así como de la relativa claridad de su metodología que, frente a otros métodos comunitarios más vagamente definidos, permiten utilizarla con unos resultados —y utilidad— discernibles.

Más aún —y más importante— la evaluación de programas comunitarios es —como ya se apuntó más arriba— exponente central para la legitimación teórica y social de la Psicología Comunitaria: De poco vale la retórica, teórica y praxis psicológico—comunitarias bien—intencionadas sin la ratificación empírica de la eficacia de los programas emprendidos. Esa perspectiva de justificación teórica, empírica y social de la acción comunitaria del psicólogo está presente en el las formulaciones sobre investigación/acción de K. Lewin, o las más recientes de Campbell (1969) o de Fairweather, Sanders y Tomatzky (1974) sobre el "cambio —o innovación— social experimental".

El origen de la EP como esfuerzo sistemático puede ligarse (Cook y Shadish, 1986; Fisher, 1982) a la evaluación de los programas sociales y comunitarios lanzados en Estados Unidos en la década de los 60: Programa de Centros de Salud Mental Comunitaria (que destinó por ley el 1 —el 2 después— de su presupuesto a evaluación). Guerra contra la Pobreza (Head Start y Programa de Acción Comunitaria), Ciudades Modelo, Desegregación Racial en las escuelas, etc. Un origen, como se ve, común (mismas fuentes) —y un desarrollo paralelo— al del movimiento comunitario, al que está muy ligada. La EP enlaza con tradiciones evaluativas como —entre otras— la "investigación evaluativa" de K. Lewin, evaluación de programas políticos y sociales, evaluación de los resultados de la psicoterapia y meta-análisis o evaluación de programas de salud bajo la advocación de la OMS.

En el tratamiento de la EP, partimos de la idea más amplia de investigación evaluativa (o investigación de programas), que, partiendo de la valoración de los efectos de la intervención (quehacer —básico, sin duda— que identifica habitualmente el concepto y praxis de EP), lo trasciende, ocupándose además de la investigación causal de esos efectos o resultados en relación con aspectos y componentes relevantes del proceso y diseño interventivo y del contexto en que

ese lleva a cabo. Esto es, un estudio que no sólo constate qué sucede cuando intervenimos, sino sobre todo porqué sucede. Lo cual incluiría, primordialmente, la investigación de los componentes o ingredientes activos específicamente responsables de los efectos de la intervención (de modo similar al campo de la psicoterapia), las condiciones de "evaluábilidad" de los programas y de generalizabilidad (y diseminación) transcontextual de programas y factores involucrados. Algunos de esos aspectos serán tratados más adelante o referidos en la exposición general que sigue.

En ella estructuramos el tema de la evaluación de programas 3 secciones que contienen los siguientes temas: Definición de la EP; realización a través de su proceso y contenidos; componentes básicos y evaluación comparativa; ilustraciones y aspectos prácticos asociados; y, finalmente, algunos aspectos causales y aplicados relacionados con la investigación evaluativa. Antes, y en esta sección, abordamos la cuestión de la "evaluábilidad".

Hemos utilizado aquí parcialmente las exposiciones sobre el tema de Cook y Shadish (1986), Fisher (1982), Jeger y Slotnick (1982) y OMS (1981). En nuestro país, Anguera (1989), Medina (1988), Rossi y Freeman (1989) o el número 6 de la revista Anales de Psicología (1989) han tratado extensamente el tema (o intensivamente, algunos de sus aspectos básicos); a ellos referimos al lector para una ampliación de nuestra descripción.

7.8.1 Evaluabilidad

La evaluación o valoración de la evaluabilidad (evaluability assessment) intenta determinar las precondiciones precisas para que la evaluación de un programa sea apropiada y fructífera, mejorando, si fuera posible, el propio desempeño del programa. En principio, todo programa puede ser evaluado de alguna manera. Lo importante es saber si la evaluación merece la pena y va a arrojar resultados significativos y útiles. Precisamente de definir las condiciones previas para que eso ocurra se ocuparía el análisis inicial de la evaluabilidad.

Wholey (1979) ha delineado en 8 pasos el proceso de valoración de la evaluabilidad:

1. Definir el programa, determinando las actividades involucradas.
2. Recoger información sobre las actividades que se intentan llevar a cabo, objetivos planteados y las asunciones causales que ligan actividades y objetivos a partir de la documentación que define el programa (becas o proyectos) o de entrevistas con los gestores o políticos que lo originan.
3. Elaborar un modelo lógico del programa que formalice la información recogida en 2 sobre objetivos, asunciones y sus relaciones. Se incluirán en él, los recursos precisos para llevar a cabo las actividades y los efectos secundarios no incluidos en los objetivos planteados.
4. Analizar hasta qué punto objetivos y actividades pueden ser medidos, desarrollando un modelo métrico sólo para aquellos objetivos y actividades que puedan ser apropiadamente medidos.
5. Recoger información sobre la marcha real del plan a partir de la documentación, memorias periódicas u observando las operaciones.
6. Analizar qué objetivos programáticos son medibles y plausibles (van a alcanzarse a partir de las actividades realizadas).
7. Elaborar un modelo evaluable que incluya sólo los objetivos medibles y plausibles y actividades que conducirán probablemente a esos objetivos. Esto es, qué parte del programa puede ser útilmente evaluada.
8. Presentación de resultados indicando cómo podrían modificarse objetivos, actividades y recolección de datos para mejorar el funcionamiento y evaluabilidad del programa.

Esta descripción —que necesita clarificación antes de ser usada o comentada adecuadamente— especifica una forma de examinar las conexiones lógicas que se han de dar

entre los elementos clave del programa —objetivos y actividades— para que —si son medibles— se pueda racionalizar el programa y su lógica interna inicial. En ese sentido pueden ser muy útiles. Igualmente, asume el trabajo a partir de objetivos; si trabajamos sobre problemas, queda aún la cuestión —que se planteará de todos modos— de "trasladar" el problema o necesidad bien a objetivos o bien directamente a actividades conducentes a su solución.

7.9 Evaluación de programas: concepto, proceso y contenido

7.9.1 Definición

El comité de expertos de la OMS (1981) ha definido la evaluación de programas (de salud) como:

> Una forma sistemática de aprender de la experiencia y de usar las lecciones aprendidas para mejorar las actividades actuales y promover la planificación mediante la cuidadosa selección de alternativas para la actuación futura... El propósito de la evaluación es mejorar los programas y la infraestructura de salud para implementar esos programas y guiar la distribución de recursos en los programas presentes y futuros... Debe ser, por tanto, un proceso continuo destinado a hacer más eficientes y efectivas las actividades relacionadas con la salud (pag. 5).

Para Perloff, Perloff y Sussna (1976) la EP persigue "determinar hasta que punto un programa logró uno o más de sus objetivos, las razones por las que no los habría alcanzado y las relaciones existentes entre los efectos del programa y una serie de variables y características del programa" (pag. 570).

Nada nuevo en estas definiciones sobre lo ya dicho, excepto, en la última, su encomiable simplicidad y claridad. Incluye además, como se ve, el concepto causal más general de investigación evaluativa ya mencionado. Sólo añadir, que junto a las razones por las que un programa no alcanzó sus objetivos, nos interesa también investigar las razones por las que sí las alcanzó, si ese fue el caso. Hay, no obstante, un aspecto esencial en el concepto (y proceso) de evaluación de programas que no es reflejado en esas definiciones y que estimamos preciso subrayar para centrar el tema. Se refiere a la naturaleza misma de la EP en relación con la evolución y dinámica del sistema evaluado.

La evaluación de programas no puede limitarse a constatar qué sucede cuando se realiza una intervención en una comunidad o sistema social (los efectos de la intervención), sino que debe comparar que sucede cuando hacemos la intervención frente a lo que sucedería en ese sistema o comunidad si no realizáramos intervención externa alguna. Y esto, porque la comunidad tiene una dinámica y mecanismos propios de autoregulación y resolución de problemas que no podemos ignorar. La evaluación deberá, pues, documentar que el programa logra efectos más allá —o diferentes— de los del propio sistema "abandonado" a su propia dinámica o evolución "natural" (Esa es, ni más ni menos, la esencia —y legitimidad— de la intervención racional e intencional).

Esta importante matización de concepto remite, por tanto, a la necesidad de contar con un diseño (correlacional o experimental) que permita sacar conclusiones válidas, y de cuyo tratamiento nos excluimos aquí refiriendo al lector interesado a Gómez y Hombrados (1988) o a la literatura cuasi-experimental. Esencialmente la documentación citada de los efectos reales del programa puede hacerse a través de dos estrategias: a) Comparando el sistema (o parámetro de interés) consigo mismo, tomando en cuenta la previsión de evolución que tendría a partir de una

tendencia medida de antemano; b) comparando el sistema (o uno de sus parámetros básicos) con otros sistemas equiparables en los que no se ha realizado intervención alguna.

7.9.2 Proceso y contenido

Puede proponerse el siguiente proceso general de evaluación de programas —similar al de otras formulaciones— en 6 etapas:

1. Definición del problema y/o los objetivos a perseguir. En ella podríamos distinguir 3 partes:

a) Definir lo más clara y adecuadamente posible el problema o cuestión relevante a solucionar o modificar. Si esta definición o análisis son ambiguos o poco claros —como sucede en muchos casos— los pasos siguientes serán difíciles de realizar o se harán inapropiadamente.

b) Definir los objetivos del programa. Si se parte de un problema habrá que especificar que tipo de modificaciones perseguimos respecto a él (solucionarlo, reducir su prevalencia, producir cambios en el proceso de búsqueda de soluciones o ayuda, etc.). Si partimos directamente de unos objetivos a alcanzar, se obvia la parte b, aunque habremos de tener, entonces, un sistema para derivar esos objetivos en relación con una situación social dada.

c) Ordenación jerárquica (según criterios convenidos de relevancia social, abordabilidad, etc.) de problemas u objetivos de cara a marcar prioridades, tanto técnicas (de actuación), como de gestión y asignación presupuestaria en el caso, más que frecuente, de escasez de recursos técnicos, materiales y financieros para abordar toda la totalidad de la problemática u objetivos inicialmente planteados.

2. Determinación de las dimensiones o componentes básicos del problema (o cambio a producir), lo que presupone un cierto grado de conocimiento y análisis del problema (que se asume ya realizado para elaborar las definiciones del punto 7). En el caso de las drogas, por ejemplo, la escala ASI citada en la primera parte del capítulo (McCIelland y otros, 1980),consideraba 6 dimensiones básicas a cambiar (en función de las cuales valoraremos la eficacia del programa): Uso de drogas, estado físico, situación laboral y económica, situación legal, relaciones personales y familiares y estado psicológico general.

3. Elección de indicadores o medidas en cada dimensión o componente, así como y del tipo de método de recogida de información y unidad de observación adecuados. Estos métodos e indicadores deberán ser, lógicamente, los mismos a lo largo del proceso, empezando por la evaluación de necesidades, su primer paso. Algunos enfoques básicos de EN fueron descritos más arriba (7.6). Pueden usarse, no obstante, indicadores o señalizadores adicionales (a los de partida) para seguir la evolución del programa.

Los indicadores o medidas variarán dependiendo de la dimensión evaluada u objetivo perseguido, desde criterios de disfunción y malestar (como la sintomatología psiquiátrica) a la satisfacción con el uso de servicios o programas, pasando por el funcionamiento global de las personas o grupos, mejora de las relaciones, aumento de la participación comunitaria, etc.

No es preciso, por otro lado, que la unidad de medida esté constituida por personas, puede ser también una dimensión social o del entorno (como en el caso del estrés, clima social o participación), aunque casi siempre se hagan las mediciones a través de los propios sujetos, lo que cuestiona su verdadero carácter de indicadores transpersonales.

En el caso de las dimensiones del ASI citadas en el paso previo por ejemplo, el uso de drogas podría medirse —o "indicarse"— por su presencia (o la de sus residuos metabólicos) en la sangre u orina; la situación legal puede estar indicada por el número de detenciones o condenas en el último año- las relaciones personales por el número de relaciones significativas mantenidas o por la estabilidad temporal o afectiva de las relaciones familiares o de pareja; y así

sucesivamente.

Cuando se valoran programas basados en servicios directos (psicoterapia educación, ayuda económica, etc.), la elección de indicadores es relativamente clara. La valoración de servicios indirectos (consulta, formación de paraprofesionales o ayudadores comunitarios) es, en cambio, más problemática en cuanto a unidad de evaluación e indicadores a usar. En la formación de ayudadores no profesionales, por ejemplo, ¿qué debemos evaluar? Los conocimientos y habilidades que han aprendido estos, sus cambios de actitud (pero no necesariamente de comportamiento), los cambios producidos en el problema y población diana de su intervención, ambas cosas; etc.

4. Medición o recogida de información. Como mínimo —y aparte de la medición inicial, la EN— necesitaremos una segunda medición tras la finalización del programa para conocer sus resultados. Habitualmente necesitaremos mediciones adicionales posteriores (varios meses, 1 año después, etc.) para confirmar que los resultados se mantienen. También, una serie de mediciones u observaciones durante la ejecución del programa para comprobar hasta que punto su evolución se ajusta a los objetivos o cambios perseguidos, introduciendo, en caso contrario, las modificaciones apropiadas.

Los instrumentos y técnicas de recogida de información variarán en función del tema o dimensión evaluados y de la metodología evaluativa a que van ligados. Básicamente son: Observación (estructurada o participante), tests psicológicos, entrevista e interacción grupal, encuesta, y análisis documental.

Cada uno de ellos tiene unas virtualidades informativas y extra—informativas (ya analizadas en este capítulo, sobre todo en relación con los métodos de EN a que van ligados esos instrumentos) que han de ser tenidas en cuenta La entrevista y los métodos de interacción grupal, por ejemplo, generan gran reactividad en las medidas pero facultan la relación; la encuesta o los indicadores sociales recogidos de un documento, por el contrario, son más objetivos, no generando reactividad, pero tampoco proporcionan información subjetiva o valorativa ni facilitan la relación social.

5. Integración y elaboración (estadística, lógica, teórica...) de los resultados obtenidos, tanto en las dimensiones consideradas como en otras (efectos inesperados o secundarios) y en el conjunto del sistema social, valorando la eficacia, eficiencia e impacto de la intervención. Han de tenerse en cuenta las observaciones ya hechas a este respecto en el proceso de la evaluación de necesidades. 6. Comunicación de los resultados y conclusiones al nivel informativo, numérico y semántico apropiado en relación a quién vaya a recibir esa comunicación (vecinos, administrador, político, profesional del mismo campo, otros profesionales, etc.) y elaboración de recomendaciones de actuación o cambios a introducir en futuras actuaciones en función de los resultados obtenidos.

Como ya se ha indicado, si se trabaja por objetivos, en lugar de por problemas, el proceso puede variar ligeramente —más que nada en el vocabulario y conceptualización usada en varios pasos del proceso—. En general, puede asumirse que los objetivos se deducen de —o relacionan con— algún problema o necesidad por lo que, si se "traduce" el problema a objetivos, podríamos pasar de una metodología a otra. Un sistema muy popular de evaluación por objetivos en el campo de la salud mental —el Goal Attainment Scale— es descrito más adelante.

Por su parte el grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (1981) ha distinguido 9 etapas en el proceso de evaluación de los programas de salud. Cada etapa centra su contenido en un ingrediente básico de la EP. Esas etapas o componentes son:

1. Especificar el tema concreto de la evaluación. Qué es lo que se va a evaluar: Un programa, un servicio que se ocupa de diversos tipos de programas o una institución. El tema a evaluar debería

ser relevante y justificable en cuanto a cobertura poblacional o importancia potencial. También habrá que especificar otros parámetros básicos de la evaluación como: Nivel organizacional en que se hace, finalidad de la evaluación, limitaciones, respuestas que pueden darse desde los resultados de la evaluación y destinatario de esa.

2. Asegurar el apoyo informativo preciso para llevar a cabo todo el proceso de evaluación revisando 3 puntos básicos: a) Requisitos de la información a obtener a partir de las necesidades de los diversos componentes de la evaluación: Tema o unidad evaluada, relevancia de éste, definición adecuada del problema, adecuación del programa, progreso, eficiencia, efectividad e impacto. O sea, qué cualidades y contenidos ha de tener la información a obtener para evaluar el tema, su relevancia, si el programa progresa, etc. b) Fuentes informativas disponibles: Documentos gubernamentales, informes periódicos de instituciones locales, nacionales o internacionales, información demográfica, epidemiológica, programas de actividades de instituciones o centros, etc. c) Valoración de la adecuación (usabilidad y suficiencia) de la información disponible y determinación de si es necesario obtener más información y por que medios (ya indicados en este capítulo, encuestas poblacionales, datos de asistencia, etc.).

3. Verificar la relevancia del programa en términos del grado en que (por "abajo") responde a necesidades humanas básicas (por "arriba") y a políticas y prioridades sociales y de salud (o del ámbito de interés) establecidas.

4. Adecuación del programa y de la política en la que se enmarca. Se trata de valorar hasta que punto los problemas han sido claramente identificados y definidos (escalón de formulación política) y el programa (o programas) adecuadamente formulados (Esto remitiría aproximadamente a las condiciones que garantizaban la evaluabilidad del programa ligando lógicamente objetivos, actividades y evaluación).

5. Revisar el progreso o desarrollo del programa verificando hasta que punto su desarrollo real se realiza según lo planificado, introduciendo las correcciones o cambios en las desviaciones observadas y resolviendo los problemas que se van presentando. Esto puede realizarse a través de indicadores incluidos inicialmente, feed—back de los usuarios u observación de la marcha de las actividades del programa; comprende la verificación de aspectos como:

—Efectividad de la tecnología y métodos de trabajo utilizados en relación con lo previsto.

— Si se están realizando las actividades previstas en el programa.

— Si se están realizando en el tiempo previsto.

— Si el personal tiene la preparación apropiada y está llevando a cabo las acciones del programa en la forma prevista.

— Si se están logrando los objetivos parciales (por áreas o por períodos de tiempo) previstos o se progresa al ritmo marcado hacia los objetivos generales o finales.

6. Valorar la eficiencia del programa analizando los resultados obtenidos en relación con los esfuerzos realizados y los recursos usados. Es decir, la eficiencia técnica y la eficiencia en relación a los costos. Esto abarcaría áreas como: Eficiencia de las actividades y métodos usados, mano de obra, finanzas, instalaciones y centros, colaboración social o económica con agencias o instituciones, control de la gestión o relación costo-efíciencia.

7. Valoración de la efectividad o eficacia del programa: Análisis de hasta qué punto se han logrado los objetivos expresados, si es posible, en términos de la reducción del problema o situación indeseable (o incremento del efecto positivo, si es el caso) que originó el programa. Como ya hemos indicado antes, la definición previa de blancos interventivos e indicadores de resultados facilita (posibilita, incluso) la evaluación de la efectividad.

8. Evaluación del impacto, es decir el efecto global del programa sobre las condiciones de vida y desarrollo de la comunidad o sistema social blanco de la intervención. Más allá de si se han

alcanzado los objetivos concretos previstos, este escalón de la evaluación incluiría efectos deseables e indeseables, previstos e imprevistos del programa (como aumento de la participación comunitaria, iniciación de nuevos procesos sociales o emergencia de grupos socialmente dependientes) en su influencia global sobre el funcionamiento y dinámica del sistema. Requiere un grado considerable de análisis totalizador siendo, como señala el comité de expertos de la OMS, el paso más difícil del proceso evaluativo.

9. Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de acción futura, resumiendo los objetivos, enfoques, métodos y resultados del programa y mostrando las relaciones entre enfoques y métodos usados, por un lado, y acciones del programa y resultados obtenidos, por otro. Esto puede realizarse a partir de un resumen de la información y resultados que apoyan las conclusiones obtenidas en que se tengan en cuenta las opiniones y comentarios relevantes de aquellas personas o grupos involucrados en el proceso de evaluación. Las conclusiones deben ser ampliamente discutidas con la persona o personas responsables del programa.

Las propuestas de acción futura incluirán —según los resultados— modificaciones del programa o sus objetivos, rediseño de este, iniciación de nuevos programas o acciones, redefinir funciones o estructuras administrativas de una institución o servicio, aumentar presupuestos, modificar acciones o componentes del programa, formación o incorporación de nuevo personal, etc.

Esta excelente descripción de la OMS (en que hemos introducido algunas modificaciones y adiciones) puede servir de guía para la evaluación de programas o intervenciones en diversos ámbitos introduciendo, en su caso, las modificaciones pertinentes a las condiciones del problema y ámbito concreto en función de sus diferencias con el de salud para el que están pensadas.

7.9.3 Componentes. Evaluación comparativa

Intentamos aquí sistematizar brevemente el contenido y componentes básicos de la evaluación de programas ya descritos ampliamente como parte del proceso de evaluación.

McLean (1974) ha identificado —desde el campo de salud mental— 5 componentes (o enfoques) en la EP en sentido amplio, según evaluemos: 1) la estructura administrativa; 2) el proceso del programa; 3) los resultados; 4) los resultados en relación a los costes (eficiencia) y 5) el conjunto del sistema o población afectados. Aquí se han reducido a 3 incluyendo los componentes 4 y 5 como parte de la evaluación de resultados en sentido amplio:

1) Evaluación de la estructura administrativa; incluye datos sobre los aspectos administrativos y de gestión del programa como financiación y recursos disponibles, tipo de clientela a atender, tasas clientes/estaf u otras, instalaciones necesarias y características funcionales, etc.

2) Evaluación procesal, ya descrita como revisión del progreso del programa; denominada por otros autores evaluación formativa, concebida como un proceso continuo de evaluación e investigación sobre la marcha del programa y la relación de diversos aspectos del proceso con los resultados.

3) Evaluación de resultados o efectos del programa; el componente o modalidad fundamental con que habitualmente se identifica la EP. Habitualmente se usan 3 tipos de indicadores de resultados (ya descritos en el proceso de la OMS):

• Eficacia —o efectividad—: Medida del efecto absoluto del programa en relación con los objetivos o problemas de partida.

• Eficiencia: Eficacia relativa al esfuerzo o coste invertidos.

• Impacto: Efecto global del programa sobre el sistema social.

Habitualmente esos componentes de la EP se reducen a 2: Evaluación de proceso y evaluación de

resultados.

Evaluación comparativa: Meta-análisis. Toda EP es, estrictamente hablando, comparativa, ya que, según se señaló al principio, se compara el efecto del programa frente a los efectos auto-inducidos por la propia marcha del sistema en ausencia de intervención exterior. La evaluación comparativa se refiere, sin embargo, a los distintos sistemas de comparar programas entre sí en relación al mismo problema o tema de intervención.

Dada la limitación de recursos y los distintos enfoques y métodos de abordar un problema, esta forma de evaluación permite comparar el desempeño de las distintas alternativas de intervención, facilitando la toma de decisiones respecto al programa más adecuado o rentable, según el criterio de rentabilidad elegido (económico, casi siempre). También permite —en el caso del meta-análisis— resumir resultados e información de varios programas o estudios de cara a la investigación evaluativa.

Análisis coste-eficacia. Este tipo de análisis (Levin, 1983) relaciona los efectos conseguidos (outputs) con su coste monetario (inputs) mostrando la eficiencia relativa de cada programa para conseguir unos resultados determinados. Más allá de la mera comparación global de programas o de la toma de decisiones sobre ellos, este tipo de análisis tiene un gran interés para el desarrollo de programas (Price y otros, 1988), por su utilidad a la hora de establecer qué componentes de los programas son más apropiados (y rentables) según el grupo o segmento de población (si se hace un análisis por grupos de edad, centros, etc.) en relación con la población total blanco de la intervención.

Naturalmente que no todos los costos son cuantificables. Costos sociales o humanos como la desintegración comunitaria, inseguridad ciudadana o la baja del autoconcepto grupal son difícilmente traducibles a términos monetarios, sin perder en el camino una gran parte de su significado.

En el análisis coste-beneficio, se traducen a dinero, no sólo los inputs (costos) del programa —como en el análisis costo-eficacia, sino también los outputs o efectos (beneficios), de forma todos los términos de comparación son monetarios. Ni que decir tiene que las reservas expresadas antes sobre la pérdida de significado —frente a la ganancia de comparabilidad— en estas estrategias evaluativas economicistas y tecnocratizadas se multiplican aquí, siendo su utilidad operativa y científica limitada y discutible según el tema a evaluar.

En todo caso, de adoptarse este tipo de análisis monetarios, siempre habrá que comparar los costes de un programa con lo que costaría resolver los problemas que se van a generar si el programa no se aplicara. Esto es fundamental en los programas preventivos y como argumento de peso para su implantación. Por ejemplo, un programa de prevención de la delincuencia (o la drogadicción) en la escuela o en la comunidad puede ser gravoso, pero, si funciona, lo será mucho menos que el coste de las instalaciones correccionales y carcelarias, tratamiento, pérdidas laborales, sufrimiento y violencia humana evitados. Visto de esta forma (y traducido a costes) es muy probable que el programa resulte comparativamente muy barato.

Meta-análisis. Glass y sus colaboradores (Glass y otros, 1981) han propuesto un método para sintetizar resultados en base a "traducir" todos los efectos obtenidos a una escala normalizada, lo que los hace —numéricamente, al menos— comparables. Eso se realiza restando la media del grupo tratado en la dimensión en cuestión de la media del grupo control y dividiendo esa diferencia por la desviación típica del grupo control, con lo que se obtiene un "tamaño del efecto" en escala normalizada que fluctúa entre +3 y -3. Esto permite dos cosas: a) Sintetizar resultados de diversos estudios o evaluaciones programáticas, facilitando considerablemente la evaluación del estado de un área de investigación o intervención a partir del conjunto los estudios realizados. b) Comparar la eficacia de los diversos métodos o enfoques de intervención —a través

de los tamaños de sus respectivos efectos— sobre una escala métrica común.

Glass y sus colegas (Smith, Glass y Miller. 1980) han aplicado esta metodología a la evaluación de los efectos de la psicoterapia con resultados interesantes —reveladores en muchos aspectos— pero polémicos, tanto en lo tocante al propio método como al contenido de las conclusiones alcanzadas. Se han planteado cuestiones sobre hasta que punto es apropiado aglomerar resultados de estudios tan diversos, con medidas tan distintas en muchos aspectos (reactividad, condiciones de diseño usadas, unidad y dimensión medida, etc.), y obtener conclusiones generales, sobre todo cuando hay una cierta especificidad en el emparejamiento método—problema, casi siempre ignorada. O sobre la comparabilidad de los resultados de estudios hechos en condiciones experimentales, métricas y de metodología y blanco interventivo tan diversos.

7.10 Aspectos prácticos e ilustraciones

7.10.1 Algunos aspectos prácticos

En sus comienzos, planificación y evaluación de programas fueron considerados como procesos racionales en que a través de unos métodos objetivos, se obtenían unos resultados que serían aplicados por los políticos a los problemas o necesidades sociales, resolviéndolos o mejorando la situación. Después (Cook y Shadish, 1986; Fisher, 1982; Syme, Seligman y Macpherson, 1989) se ha ido imponiendo una visión más realista que reconoce (además de limitaciones científicas y técnicas del proceso de evaluación (ya señaladas en parte en esta exposición) la influencia de los factores extraracionales, sobre todo, el contexto social y político en que tiene lugar la evaluación.

La planificación y toma de decisiones serían así fruto de inputs múltiples (como, prioridades políticas, asignaciones presupuestarias, presiones de grupos de interés), siendo el input racional de la EN o EP sólo uno de ellos. Remitimos al lector a las referencias citadas (Cook y Shadish; Syme y otros, sobre todo) para un examen minucioso de esos inputs y su sistematización desde el punto de vista de la evaluación y planificación social y comunitaria.

Varias de las cauciones y consecuencias operativas resultantes de esos procesos han sido ya señaladas en este capítulo (incorporadas en el proceso evaluador del comité de expertos de la OMS, por ejemplo). Ahora queremos simplemente resaltar sucintamente algunos de esos aspectos prácticos y añadir otros de interés para el evaluador y su comportamiento en el proceso de EP: Globalmente y desde el punto de vista comunitario Medina (1984) destaca la necesidad de:

1) Verificar que el programa tiene sus cimientos en la comunidad, de forma que: a) El programa es accesible a la comunidad, no ajeno o impuesto; b) busca dar pronta respuesta a una necesidad social real, no fruto exclusivo de la percepción del observador.

2) Asegurarse de que el programa cuenta con los recursos específicos necesarios para su puesta en práctica y mantenimiento.

3) Verificar que el programa establece vías de comunicación entre el usuario o consumidor y los responsables políticos y económicos del programa. Entre otras cosas, esto es preciso para evaluar el proceso del programa y corregir desviaciones o problemas.

Centrándonos más en el proceder del propio evaluador habríamos de añadir las siguientes sugerencias:

4) Antes de comenzar a actuar conviene examinar los "porqués" de la evaluación: Porqué la piden; porqué a nosotros; porqué en, este momento (como fruto de qué); quién nos hace el

encargo; a quién —a qué— representa; qué quiere obtener (de la evaluación y de nosotros).

Con ello tendremos un "plano de situación" que nos permitirá posicionarnos frente al sistema demandante y el proceso por venir (evaluación sólo, o evaluación e intervención).

5) Ver el proceso de EP en términos de sistemas (no de individuos): Grupos existentes; tipo de dinámica en la comunidad u organización; liderazgo activo (o inexistente); estructuración y fines de la organización o institución; procesos de interacción del sistema con la sociedad; estructura de poder y distribución entre los grupos o fuerzas presentes; relaciones entre los diversos grupos y entre estos y el poder formalmente establecido, etc.

6) Examinar, desde este análisis y el del punto 4, que tipo de posición va a tener el evaluador frente al sistema y que tipo de rol es apropiado. Habrá de pensar, en todo caso, en términos sistémicos: a) Su sola presencia como evaluador (externo, relacionado con el sistema o incorporado a él), ya modifica el anterior estado del sistema (creando, por ejemplo, expectativas); b) Su rol (y tipo de relación contractual) es definido no sólo por las demandas científico-técnicas del proceso, sino, también, por las demandas y condicionamientos socio-políticos del sistema —sobre todo de la parte que hace la demanda— así como de quién va a ejecutar el programa y de aquellos a quiénes va a beneficiar.

• Si el evaluador es parte del sistema (está contratado previamente al comienzo de la evaluación concreta), gran parte del rol viene ya predefinido y el margen de maniobra del evaluador es pequeño, pudiendo plantearle muchos problemas si las relaciones entre la parte contratante (administración, por ejemplo) y la afectada por el problema son conflictos. Con frecuencia el evaluador será visto como un representante de la administración y/o alguien a quién pedir todo lo que el sistema (o el grupo concreto) necesita (y más).

• La sola entrada del evaluador al sistema (o el establecimiento de una relación con él) modifica el equilibrio de poder del sistema (y de otras muchas cosas); habrá que examinar (según las impresiones captadas en distintos grupos) en que dirección y con qué consecuencias.

Con frecuencia se verá al evaluador como aliado con aquellos grupos más afines en cuanto a poder, educación o intereses (las élites de poder de la comunidad u organización) o —lógicamente— con quien lo contrate. Si el evaluador no está de acuerdo con esa identificación (o perjudica la estrategia evaluativo—interventiva establecida), deberá desmarcarse del rol adscrito, redefiniendo activamente su nuevo rol.

• En el fondo, en cuanto al rol, caben dos posiciones extremas: a) Tomar partido por un grupo del sistema (el más desfavorecido o necesitado) intentando actuar en su nombre o ser uno de ellos. Aquí el profesional pierde su autoridad científico-técnica, pasando a adquirir (si es aceptado como tal por el sistema o grupo concreto) la autoridad política o social del activista.

b) Actuar como profesional desde una posición de relativa independencia (autonomía, al menos) respecto de los distintos grupos del sistema. Aquí habremos de definir un contrato (explícito o implícito) mutuo, que reconoce a evaluador y sistema como partes diferenciadas pero relacionadas por el contenido del contrato. El evaluador sigue conservando su autoridad científico—técnica.

La primera posición es difícil, arriesgada y en general —en sistemas sociales avanzados— poco realista. Puede estar indicada en situaciones extremas (miseria o explotación pronunciadas, falta de organización y liderazgo del grupo, etc.). La segunda es la habitual, más realista, menos arriesgada; sigue manteniendo la relativa asimetría de la relación psicólogo-cliente, atenuada por el tipo de contrato. Caben, naturalmente, varios tipos de situaciones intermedias.

7) Examinar antes de actuar las consecuencias previsibles de nuestras acciones (sean parte formal de la evaluación o de la intervención) en términos de: A quién beneficiarán y a quién perjudicarán esas acciones; cómo van a ser percibidas por los distintos grupos; qué efectos

objetivos tendrán para el problema en cuestión y sobre la disposición de los diversos grupos sobre su solución; etc. Por si no está ya suficientemente claro, en todos estos aspectos de consecuencias y proceso, no hay separación real ente evaluación e intervención, aunque el concepto y objetivos de una y otra sí que deben mantenerse diferenciados.
8) Si se quiere que la evaluación conduzca a la acción, deberá incluirse una sección de conclusiones y recomendaciones de actuación pensada en función de quién la va a leer (sin desvirtuar las conclusiones y datos del estudio, a que pueden ser referidas las recomendaciones, por si el lector desea ampliar información), de forma que facilite la actuación del gestor, político o patrocinador, presentando conclusiones y recomendaciones claras, concretas y realizables, dejando para otras partes del informe las dudas, inconsistencias de los datos, o las grandes elaboraciones numéricas o conceptuales, "lecciones" morales y vaguedades (que sólo conducen a la inacción). La presentación personal del informe y conclusiones son muy útiles como apoyo relacional de lo formalizado por escrito.

7.10.2 Ilustraciones: Goal Attainment Scale (GAS)

La Escala de Consecución de Objetivos (como podemos traducir aproximadamente el GAS) es una de las técnicas de evaluación más usada en el campo de la salud mental —y otros— por la relativa claridad y simplicidad de su metodología y la versatilidad y especificidad de su aplicación. El método, desarrollado por T. Kiresuk y sus colegas (Kiresuk y Sherman, 1968; ver también Fisher, 1982), permite evaluar hasta que punto se han alcanzado los objetivos específicos inicialmente planteados en cada caso particular del tratamiento o intervención de forma sistemática. Para ello se sigue este proceso:
1) Establecimiento de objetivos, tras la sesión inicial e, idealmente, de forma conjunta entre cliente y profesional. Por ejemplo (en un adolescente con problemas escolares y predelincuente), mejorar el funcionamiento social o la toma de decisiones del adolescente.
2) Desarrollo, para cada objetivo, de una escala de resultados posibles del tratamiento variando entre el estimado como más desfavorable (-2) y el estimado como más favorable (+2). Los puntos de la escala deben ser definidos con precisión y objetividad, de forma que un estimador independiente pueda valorar —durante el tratamiento, a su final o en el seguimiento— si el cliente se encuentra por debajo o por encima de ese punto.

En el ejemplo previo y para el objetivo de mejorar el funcionamiento social, los puntos de la escala podrían ser (Kiresuk y Sherman, 1968; punto +2, añadido por nosotros):
• (-2) Resultado del tratamiento más desfavorable: Ingreso en una prisión u hospital psiquiátrico.
• (-1) Resultado del tratamiento menor que lo esperado: Libertad a prueba (probation); más arrestos.
• (0) Nivel esperado de éxito del tratamiento: Libertad provisional sin arrestos adicionales.
• (+1) Resultado de tratamiento por encima de lo esperado: Sin arrestos o contacto alguno con la policía.
• (+2) Resultado de tratamiento más favorable anticipado: Trabajo regular; abjura de tendencias delictivas; participa en un programa de prevención de la delincuencia.
3) Puesta en marcha del tratamiento o intervención. A partir de ahí, un evaluador independiente del que colaboró inicialmente los objetivos, revisa cada cierto período de tiempo preestablecido la marcha del cliente respecto a esos objetivos, situándola en cada escala de objetivos y elaborando una puntuación compuesta con las diferencias entre el nivel alcanzado en ese momento y el nivel O (cero) de expectativa de resultados. La puntuación estandarizada así obtenida puede servir para comparar personas o grupos de tratamiento y placebos.

Este sistema de evaluación se ha extendido enormemente dada su visible simplicidad y flexibilidad utilitaria, que permite a la vez la evaluación individualizada y la comparación entre casos. Ha sido, no obstante criticado, en base a problemas metodológicos (sobre todo cuando se comparan grupos controles y experimentales inicialmente no equiparables), que cuestionan su fiabilidad y validez. Se ha visto también que, con frecuencia, no se cumplían las condiciones de aplicación especificadas por sus autores. Al mismo tiempo se ha detectado la eficacia terapéutica del propio proceso de establecimiento y revisión de metas. Todo ello llevaría a recomendar el uso del GAS, pero no por sí solo, sino junto a algún otro método más objetivo que funcione como anclaje empírico y contraste adicional.

Evaluación y planificación programática a través de la técnica del grupo nominal

Delbecq y Van de Ven (1971; ver también Fisher, 1982) han desarrollado, a partir de su experiencia con varios programas comunitarios, un interesante y útil modelo secuencial e integrado de identificación de problemas y planificación de programas en contextos comunitarios y organizacionales. El modelo involucra sucesivamente a las distintas partes y grupos de interés apropiados en cada etapa del proceso, lo cual permite implícitamente recibir su input y resolver integradamente las diversas objeciones presentadas a lo largo del proceso. Este consta de 5 fases: Exploración de problemas, exploración de conocimientos, desarrollo de prioridades, desarrollo del programa y evaluación del programa.

1. Exploración de problemas. Se reúne una representación de los usuarios o clientes potenciales con el personal de la institución o agencia programadora. Aquellos son divididos en grupos de 6 a 9 personas.

— A través de la Técnica del Grupo Nominal (TGN), cada persona del grupo hace su propia lista de problemas por separado.

— Se recogen (en una pizarra o cartel) por turno los ítems de la lista de los miembros. Cada miembro aporta un ítem cada vez. No hay discusión o intercambio entre miembros para facilitar la participación de todos y la generación de Ítems sin interferencias.

— Se explica cada ítem al grupo sin posibilidad de crítica por parte de sus miembros.

— El grupo vota los ítems o ideas más importantes o prioritarios de la lista total.

— Se eligen representantes para la fase 3.

2. Exploración de conocimientos. Si la fase 1 estaba centrada en problemas, ésta lo está en soluciones posibles; si aquélla la protagonizaban los afectados, esta corre a cargo de expertos de instituciones externas especializadas (universidad, técnicos,...) o patrocinadores del programa. Se usa la misma secuencia del TGN para:

— Identificar componentes críticos a incluir en cualquier programa para solucionar los problemas obtenidos en 1.

— Listar los recursos existentes y nuevos recursos necesarios para desarrollar el programa adecuado.

— Se eligen, finalmente, representantes para la fase 3.

La TGN facilita, de nuevo, la intervención de todos los expertos eliminando los sesgos debidos a la jerarquía y tradición (el médico habla, la enfermera escucha). Al mismo tiempo, los expertos legitiman (o aceptan, modificando lo preciso) la definición de problemas de los grupos comunitarios.

3. Desarrollo de prioridades. La etapa crucial: Se reúnen los representantes de usuarios y expertos elegidos en las etapas 7 y 2 con representantes de las instituciones encargadas de la gestión político-administrativa y de la aportación de recursos que pueden tomar las decisiones clave y

hacer propuestas programáticas. Se busca la reacción de estas personas a las propuestas realizadas en las fases 1 y 2 y flexibilidad por las dos partes para modificar esas propuestas de forma que sean aceptables para administradores y patrocinadores, negociando trilateralmente en pequeños grupos las eventuales discrepancias o problemas.

El resultado de esta fase debe ser la luz verde de los tres grupos (usuarios, especialistas y administradores) para iniciar la fase siguiente, el desarrollo del programa.

4. Desarrollo del programa específico y apropiado, con la adecuada asistencia técnica y tomando en cuenta el input de las etapas anteriores, de forma que responda a las necesidades de los clientes, considere realistamente las soluciones y recursos precisos descritas por los expertos así como las limitaciones impuestas por administradores y controladores de recursos.

5. Evaluación del programa. Los promotores del proyecto presentan aquí una propuesta detallada de actuación —y de evaluación del programa_ a partir del input de las fases anteriores para su valoración por los representantes de las fases 1, 2 y 3. Se discuten posibles aspectos básicos de los problemas prioritarios, componentes de soluciones, recursos y preocupaciones de administradores y especialistas no recogidos en el plan acordándose las modificaciones pertinentes.

Este modelo proporciona un esquema sistemático y ordenado, a la vez que práctico y útil, para diseñar programas que —en función de los grupos involucrados— garantiza un compromiso razonable y viable entre necesidades comunitarias (u organizacionales), rigor técnico y limitaciones político-administrativas.

7.11 Investigación evaluativa

Como ya se ha indicado anteriormente (7.8) la investigación evaluativa se centra —más allá de la simple medición de efectos programáticos_ en la investigación causal de estos efectos en relación con ingredientes relevantes del programa y su proceso de realización, así como del contexto físico-social en que se lleva a cabo. Cuestiones básicas planteadas en la investigación evaluativa —algunas ya tratadas a lo largo del capítulo— son: 1) Por qué se producen los resultados (positivos, negativos, mixtos; previstos o imprevistos) constatados. En la práctica investigadora, esto remite a la localización de los componentes o acciones del programa específicamente responsables (y en qué grado) de los resultados obtenidos. O sea, sus ingredientes activos. Esta cuestión —ya planteada en la investigación de los efectos de la psicoterapia— es básica en el doble frente teórico y aplicado:

• En lo teórico, para descartar que los resultados puedan ser atribuidos al efecto placebo (efectos inespecíficos comunes a cualquier forma de intervención) que —como se ha visto en psicoterapia— pudieran ser la explicación más convincente en muchas actuaciones. La generación de expectativas (7.4) y otros elementos genéricos presentes en todo proceso de intervención social, hacen este tipo de actuaciones particularmente vulnerables a la explicación placebogénica.

• En lo aplicado, para elaborar programas en base a los componentes activos descartando los inertes, lo que aumentaría la eficiencia y racionalidad del diseño programático (La cuestión es, en realidad, más complicada, en cuanto a cómo usar, desde este punto de vista, los elementos inespecíficos, pero intervinientes, como las expectativas).

El avance en la investigación causal de resultados pasará probablemente por potenciar la monitorización del proceso del programa, observando cuidadosamente cómo suceden los cambios y a que tipo de dinámicas parecen estar ligados.

2) Evaluabilidad o condiciones lógicas —ya examinadas en 7.8— para evaluar una intervención.

Particularmente importante es, en este apartado, la investigación de la conexión entre actividades realizadas en la intervención y fines planteados y el doble nexo entre actividades realizadas y resultados obtenidos, por un lado, y forma de plantear los objetivos (especificidad, conexión con problemas básicos, etc.) y resultados alcanzados, por otro.

3) Relación entre resultados del programa y elementos significativos del entorno (relacional, social y comunitario, organizacional, construido, político, etc.). Por ejemplo, relación entre resultados de un programa en una comunidad organizada y positiva, frente a otra más apática o activa pero muy crítica.

• La importancia teórica de estas relaciones va más allá de la mera constatación de la "validez externa" de las intervenciones: Si los factores contextúales son —per se y relacionalmente— básicos en la determinación y resolución de los problemas planteados, su consideración causal es tan relevante como la de los constituyentes "internos" del propio programa de los que, por otra parte, pueden ser casi inseparables.

• En lo aplicado, esta relación es vital de cara a la diseminación de programas, como han señalado recientemente los compiladores del volumen de programas elegidos de prevención (Price y otros, 1988) o como convincentemente han ilustrado Fairwheather y otros (1974) en su conocido estudio experimental de diseminación de su "Posada". Se trata, en este caso, de saber qué elementos del entorno u organización destinataria del programa ya probado son importantes, en qué sentido y qué tipo de modificaciones habrán de introducirse en los contenidos del programa o en el proceso de intervención (y en la forma de diseminación) para mantener la eficiencia inicial del programa.

Referencias bibliográficas

ANDER-EGG. E. (1980): Metodología y práctica del Desarrollo de Comunidad. Buenos Aires, Humanitas.

ANGUERA, T. (1989): Innovaciones en la metodología de Evaluación de programas, Anales de Psicología, 6.

BABBIE, E.R. (1973): Survey Research Methods. Belmont, Wadsworth.

BAUER, R. (Ed.) (1966); Social Indicators. Cambridge, Mass MIT

BELL, R.. SUNDEL, M., APONTE, J.F., MURRELL, S.A. y LIN, E. (eds.): Assessmg health and human service needs: Concepts, methods and applications. Nueva Yorik, Human Sciences Press.

BIGELOW, D.A., BRODSKY, L. y OLSON, M. (1982): The concept and measurement of quality of life. En G.J. STAHLER y W.R. TASH (eds.) Innovative approaches to Mental Health evaluation. Nueva York, Academia Press.

BLANCO, A. (1985): La calidad de vida: Supuestos psicosociales. En J F MORALES. A. BLANCO, C. HUId y J.M. FERNÁNDEZ (comps.), Psicología Social Aplicada. Bilbao, Desclée de Brouwer.

BLANCO, A. y CHACÓN, F. (1985): La evaluación de la calidad de vida En J F MORALES y otros.

BRYK, A.S. (1983): Stakeholder-based evaluarian. San Francisco, Jossey-Bass.

CAMPBELL, D.T. (1969): Reforms as experiments. American Psycholoeist 24, 409-429.

CASAS, F. (1989): Técnicas de Investigación Social: Los indicadores sociales y psicosociales. Barcelona, PPU.

COOK, T.D. y SHADISH, W.R. (1986): Program Evaluation: The wordly science Annual Review of Psychology, 37,193-232.

CHACÓN, F., BARRÓN, A. y LOZANO, M.P. (1988): Evaluación de necesidades En A. MARTÍN, F. CHACÓN y M. MARTÍNEZ (comps.) Psicología Comunitaria. Madrid, Visor.

CHELIMSLY, E. (ed.) (1978): Self-disclosure: Origins, patterns, and implications of openness in interpersonal relations. San Francisco, Jossey-Bass.

DELBECQ, A.L. y VAN DE VEN, A.H. (1971): A group process model for program planning. Journal of Applied Behavioral Science, 7,466-492.

DOHRENWEND, B.P. y DOHRENWEND, B.S. (1969): Social status and psychological disorder: A causal inquiry. Nueva York, Wiley.

ECKLEIN, J. (ed.) (1984): Community organizers (2a. ed.). Nueva York, Wiley.

FAIRWHEATHER, G.W., SANDERS, D.H. y TORNATZKY, L.G. (1974): Creating change in Mental Health organizations. Nueva York, Pergamon Press.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1985): Evaluación psicológica y evaluación valorativa. Evaluación Psicológica, 7,7-31. —— (comp.) (1983): Evaluación de contextos. Murcia, Univ. de Murcia. ——(comp.) (1987): El ambiente .-Análisis psicológico. Madrid, Pirámide.

FISHER, R. (1982): Social Psychology: An applied approach. Nueva York, St. Martin's Press.

GLASS, G.V., MACGAW, B. y SMITH, M.L. (1981): Meta-analysis in Social Research. Beverly Hills, Sage.

GÓMEZ, L. y HOMBARADOS, I. (1988): Diseños de intervención comunitaria. En A. MARTÍN y otros.

HEARGREAVES, W.A., ATTKINSON, C.C. y SORENSEN, J.E. (1977); Resource materials

for Community Mental Health program evaluation. DHEW Pub. no. (ADM) 79-328. Washington, U.S. Govemment Printing Office.

HOLMES, T.H. y RAHE, R.H. (1967): The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11,213-218.

JEGER, A.M. y SLOTNICK, R.S. (eds.): Community Mental Health and behavioral ecology. Nueva York, Plenum.

KESSLER, R.C., PRICE, R.H. y WORTMANN, C.B. (1985): Social factors in psychopatology. Annual Review of Psychology, 36,531-572.

KIRESUK, T.J. y SHERMAN, R.E. (1968); Goal attainment scaling: A general method of evaluting comprehensive community mental health programs. Community Mental Health Journal, 4,443-453.

LEVIN, H.M. (1983): Cost-effectiveness: A primer. Beverly Hills, Sage.

MACLELLAN, A.T., LUBORSKY, L., O'BRIEN, C.P. y otros (1980): An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Diseases, 168,26-33.

MCLEAN, P.D. (1974): Evaluating community-based psychiatric services. En P.D. DAVIDSON, F.W. CLARK y L.A. HAMERLYNCK (eds.) Evaluation of behavioral programs in community, residential, and school settings. Champaign, Research Press.

MEDINA, M.E. (1984): Establecimiento de indicadores para el diseño de programas de intervención comunitaria a través de los servicios sociales y su evaluación. En Psicología, sociedad y calidad de vida. Comunicaciones del "I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos". Madrid, COP; págs. 97-100.

—— (1988): Evaluación de Programas. En A. MARTÍN y otros.

MOOS, R.H (1974): Evaluating treatment environments: A social-ecological approach. Nueva York, Wiley.

——(1975) Evaluating correccional and community settings. Nueva York, Wiley.

—— (1987): Growth promoting aspects and interconnections of schools, work and family settings. Evaluación Psicológica 3 3-26

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1981): Evaluación de programas de salud. Ginebra, Autor.

PERLOFF, R PERLOFF, E. y SUSSNA, E. (1976): Program Evaluation. Annual Review of Psychology, 27,569-594.

POL, E. y DOMÍNGUEZ, M. (1987): Calidad de vida en la ciudad. Claves para su comprensión contextual. Documentación Social 67 231 -241.

PRICE. R.H COWEN, E.L., LORION, R.P. y RAMOS-MCKAY, J. (1988)- 14 Ounces of Prevention. Washington-American Psychological Association.

ROSSI. P.H. y FREEMAN, H.E. (1989): Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales. México, Trillas

RUEDA C. y UBIETO, J.R. (1990): Sistemes d'avaluadió als centres d infancia. Barcelona, Associació Promotora del Treball Social

SANCHEZ, VIDAL. A. <en Prensa)^ Intervención psicosocial en la Comunidad En F. MUNNÉ (comp.) Enciclopedia de la Psicología; tomo de Psicología Social. Barcelona, Plaza y Janes.

SERRANO GARCÍA, L. (1989): Intervención en la investigación. Su desarrollo En Autor (comp.) Contribuciones puertorriqueñas a la Psicología socialcomunitaria

SHELDON, E.B. y FREEMAN, H.E. (1970): Notes on social indicatons: Promises and potential. Policy Sdences, 1, 97-111 SMITH M.L., GLASS, G.V. y MILLER, I. (1980): The

benefits of psychotherapy Baltimore. John Hopkins Univ. Press

STRUENING, E. L. y BREWER- M.B. (1983): Handbook of Evaluation Research. Ann Arbor, Mich, Society for the Psychological Study of Social Issues.

SYME. G.J., SELIGMAN, C. y MACPHERSON. D.K. (1989): Environmental planning and management: An introduction. Journal of Social Issues, 45,1-16.

TRICKETT, E.J. y WILKINSON, L. (1979): Using individual or group scores on perceived environment scale: Classroom Environment Scale as example American Journal of Community Psychology 7 497-502

WARHEIT, G.J., BELL, R.A. y SCHWAB; J.J. (1977): Needs assesment approaches: Concepts and methods. DHEW Pub. no. (ADM) 79-492. WHOLEY, J.S. (1979): Evaluation: Promise and performance. Washington The Urban Institute.

ZAUTRA A BACHARCH, K. y HESS. R.E. (1983). Strategies for Needs Assessmentin Prevención. Nueva York, Haworth Press.

Capítulo 8
Intervención comunitaria: Concepto, proceso y panorámica

La intervención es —frente a la construcción teórica o la investigación— la actividad básica de la PC. Recordemos que, históricamente, la disciplina ha querido distinguirse, precisamente, por su voluntad de actuar sobre la situación y los problemas sociales, en lugar de limitarse a estudiarlos. La intervención —su concepto, formas y roles implicados— es, pues, como ya se ha reiterado a lo largo de este volumen, el tema más definitorio y distintivo de la PC. Eso en la actualidad; es de esperar que el protagonismo de la intervención disminuya en el futuro debido al mayor desarrollo teórico e investigador.

En este capítulo se aborda sistemáticamente la intervención comunitaria a partir tanto de los cimientos conceptuales sentados en la primera parte del libro, como de la definición y caracterización de la PC realizada a lo largo del capítulo 4. Se elabora, en primer lugar, el concepto de intervención comunitaria frente al de intervención social por un lado y a la acción o cambio psicológico por otro. Sigue la descripción del desarrollo o proceso básico de intervención —una de cuyas fases, la evaluación, ha sido ya tratada previamente— y sus puntos clave, para centrarse entonces en la descripción panorámica de estrategias interventivas realizada a través de su agrupamiento y clasificación, integrada desde dos perspectivas: Por niveles y por funciones u objetivos.

Aunque el tema de la evaluación ya fue ampliamente tratado en el capítulo precedente —y, por tanto, aparece aquí sólo mencionado de pasada como parte del proceso interventivo— algunos de los puntos allí tocados (como la participación comunitaria) son retomados en éste en función de su significación común o específicamente interventiva. Otros temas relevantes aquí fueron, en cambio, cubiertos indirectamente en el tema de la evaluación.

8.1 Intervención social

Revisemos como aproximación a la intervención social (IS) e intervención comunitaria (IC) algunas definiciones de esos términos contenidos en la literatura psicosocial y comunitaria, antes de entrar a examinar con mayor rigor y profundidad el significado y alcance de esos conceptos. Buena parte de las definiciones están extraídas de la serie que desde 1973 dedica el Annual Review of Psychology a "Intervenciones Sociales y Comunitarias" (Cowen, 1973; Kelly, Snowden y Muñoz.1977; Bloom, 1980; Iscoe y Harris, 1984; Gesten y Jason, 1987; Heller, 1990), cuyo contenido es realmente comunitario, pero cuyo rótulo denota la cercanía —aunque no equivalencia, pues entonces sobraría uno de los dos calificativos— de IS e IC. Más adelante examinamos las diferencias entre ambos tipos de intervención.

Intervención social. Kelly y otros (1977) definen la IS como, "influencias, planificadas o no, en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad (para)... prevenir o reducir la desorganización social y personal y promover el bienestar de la comunidad" (pp. 323 y 324). Bloom (1980), como "cualquier intervención (preventiva o restauradora) que intente tener un impacto en el bienestar psicológico de un grupo de población definido" (p. 113). Ambos autores aportan una visión comunitaria de la IS.

Para Caplan (1980) la acción social (equivalente, grosso modo, a la IS) está constituida (frente a la acción interpersonal) por los "esfuerzos realizados para modificar los sistemas operativos sociales y políticos y la actividad legislativa y reglamentadora relativa a la salud, educación y bienestar y a los campos religioso y correccional, con el fin de mejorar a escala comunitaria la provisión de suministros físicos, psicosociales y socioculturales básicos, y la

organización de los servicios para ayudar a los individuos a confrontar sus crisis" (p. 72). Ya se han definido (capítulo 5) los suministros físicos, psicosociales y socioculturales.

Seidman (1983), por su parte, entiende la IS como "la alteración de las relaciones intrasociales —entre individuos, grupos, asociaciones e instituciones—... planificadas y no planificadas (o "naturales"), intencionales y no intencionales... (que) también tienen un impacto en la calidad de vida de la sociedad o en las circunstancias de grandes números de individuos o grupos (y que) ocurren como resultado de la operación de varios procesos clave y de sus interrelaciones. Esos procesos son: 1) Distribución de derechos, recursos y servicios; 2) desarrollo de bienes, recursos y servicios —materiales y simbólicos— que mantienen e intensifican la vida y 3) la asignación de estatus dentro de la totalidad de las tareas y funciones sociales que involucran roles y prerrogativas".

Finalmente, para Iscoe y Harris (1984) la IS tiene como propósito "la mejoría de la condición humana a través de esfuerzos dirigidos principalmente hacia la asistencia de los pobres, menos privilegiados y dependientes para enfrentarse con los problemas y mejorar o mantener una calidad de vida" (n 334).

Hay, como se ve, una cierta diversidad en las distintas formas de entender la intervención social, aunque también se da un tono general de coincidencia en varios temas básicos, destacando cada definición unos elementos sobre otros según el campo e intereses teóricos desde los que están formuladas. La de Seidman, es la más amplia y teórica; el resto (provinientes del campo comunitario y de salud mental en su mayoría) son más limitadas en lo conceptual y más precisas en lo aplicado.

Pero, analicemos y profundicemos un poco más. ¿Qué es intervenir? ¿Qué es la intervención? Según los diccionarios, la intervención consiste en "interposición o intermediación de una autoridad", "entrada, ocurrencia o aportación de un elemento extraño entre dos eventos o momentos" o "ser un tercero entre dos partes en conflicto o discusión", Barriga (1987) recoge las referencias de la literatura a una autoridad y una intencionalidad como características centrales de la IS. Dependiendo del tipo autoridad e intencionalidad implicadas en una intervención, tendremos las distintas variantes de esa. Más adelante (8.2) las examinamos para la intervención comunitaria.

Intervenir se refiere, pues, a la introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad, de un elemento externo con la intención de modificar, o interferir con, el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada (cambio direccional, cesación, desarrollo, etc.). La intervención comporta, pues, un proceso intencional de interferencia o influencia y persigue un cambio.

Podríamos clasificar las intervenciones psicológicas o sociales según: 1) El tipo de cambio (objetivo o meta); 2) la unidad (nivel o destinatario) social a afectar y 3) el método usado (así como el proceso o marco relacional implicado en la intervención). Si la unidad a afectar es social (una comunidad, el racismo) y el cambio perseguido también (cambio de estructura de la comunidad) tendríamos una IS; si intervenimos sobre personas para producir cambios psicológicos (conductuales, emocionales, educativos, etc.), una intervención psicológica (IP). Pueden darse, obviamente, otro tipo de combinaciones más difíciles de caracterizar, entre las que podría incluirse la posibilidad de una intervención psicosocial, más o menos intermedia entre la propiamente psicológica y la genuinamente social.

La Psicología Clínica y otras formas establecidas de Psicología Aplicada, se ocupan de la intervención psicológica o individual; la Psicología Comunitaria, de la intervención social o, mejor dicho, de los efectos —y componentes— psicológicos de esa intervención (o sea, en rigor, de la intervención psicosocial: Social en su input, psicológica en su output).

Intentemos ahora ampliar y sistematizar el concepto de intervención social describiendo sus aspectos diferenciales respecto de la intervención psicológica. Aunque, en realidad, tiene poco sentido usar el término "intervención psicológica", dado que intervención suele denotar un objeto o proceso complejo o proceso complejo y supraindividualizado. Sería, por tanto, más propio referirse a "estrategias de resolución de problemas y de desarrollo humano centradas en el individuo" (psicoterapia, educación y actividad productiva principalmente), denominación tediosa y larga que sustituiremos por acción psicológica, o (aunque tampoco sea equivalente) por psicoterapia, la forma más influyente y conocida de IP.

8.1.1 Intervención social frente a acción psicológica

Las diferencias entre intervención social y acción psicológica (psicoterapia) se dan fundamentalmente a nuestro juicio en 7 aspectos (Sánchez Vidal, 1986): 1) Objeto o destinatario de la intervención; 2) estado inicial asumido; 3) tipo de cambio perseguido; 4) objetivos o metas; 5) ámbitos de aplicación; 6) técnicas usadas; y 7) duración temporal. Estos aspectos son casi siempre una generalización de los principios de intervención comunitaria descritos en el capítulo 4 (Más adelante —8.2.2— se distinguen, no obstante, intervención social e intervención comunitaria).

1. Objeto, destinatario o unidad con que se interviene. En la IS son los procesos y sistemas sociales (comunidades, organizaciones e instituciones) estructuralmente complejos, en interacción ecológica con el entorno y en evolución dinámica. (En realidad la intervención suele centrarse en problemas, necesidades o cuestiones sociales detectados en el sistema social; el sistema —o proceso— constituyen como tales el background o contexto interventivo inmediato, sobre todo en sus aspectos relacionados con los problemas y recursos apropiados para resolver esos problemas.)

En la IP se interviene sobre elementos más simples: los individuos; si los sistemas sociales son considerados (familias, grupos) suele ser más como contexto social del individuo que como blanco directo de la intervención.

2. Estado inicial. En la IS hay un "estado inicial" propio del sistema social del que partimos; en la IP se asume a grosso modo que partimos de cero (o de un estado inicial "negativo", pero conocido y clasificado: Patología, estado carencial predeterminado como "síntomas", retraso del aprendizaje, etc.).

La evaluación del estado inicial del sistema social a modificar (sobre todo en cuanto a dinámica evolutiva, estructura sistémico-social interna y relación ecológica con el entorno —su historia y cultura—) es, precisamente, el primer paso de toda IS: Partimos de ese estado inicial y procesal, con el que hay que contar, para influir en su evolución, ritmo o dirección de desarrollo de una manera dada. La intervención externa es sólo un input en esa evolución, no el único, ni necesariamente el más importante.

3. Tipo de cambio. El objetivo inmediato (y genérico) de toda intervención es producir un cambio o transformación. En la IS se busca el cambio social; en la IP el individual.

Entendámonos: El objetivo final de la IS es igualmente cambiar las vidas de los individuos, pero eso se hace a través del cambio de las estructuras y procesos sociales, y no directamente como con la IP. El cambio social es considerablemente más complejo, multidimensionado, imprevisible y desconocido que el cambio individual (psicoterapia), más unidimensional, familiar y previsible para el psicólogo que ha centrado tradicionalmente en él su quehacer práctico e investigador.

4. Objetivos o metas (específicos). El cambio social e individual constituyen las metas genéricas de IS e IP respectivamente. Los objetivos específicos se fijarán según la dirección que deseemos

dar a ese cambio o los efectos a lograr.

También difieren IS e IP respecto de esos objetivos. En la intervención clínica están predeterminados: "Curar" al "paciente" (o sea, revertir o disminuir la intensidad de sus síntomas y disfunciones comportamentales y paliar su sufrimiento subjetivo). En IS los objetivos están indeterminados; su determinación es el paso inicial —tras la evaluación— de la intervención.

5. Ámbito de aplicación. La IP se suele centrar en la salud mental; la IS cubre un espectro mucho más amplio (salud mental, educación, drogas y alcohol; ocio y recreo; sistema penal, judicial y policial; sistema religioso-parroquial; adolescencia, menores y predelincuencia; etc.) ya que la vida social tiene inputs y determinantes complejos y multidimensionales sobre el desarrollo humano (o su coartación) y la intervención social (la comunitaria, más bien) se pretende integral, no pudiendo, por tanto, centrarse en un solo aspecto con desconsideración del resto.

6. Técnicas (y estrategias) usadas. En IP las técnicas usadas son de carácter exclusivamente psicológico (eso es precisamente lo que significa "psicoterapia": Tratamiento por medios psicológicos). En IS, en cambio, y en respuesta a la complejidad y multifacetismo de problemas y sistemas sociales, las técnicas concretas —y estrategias globales— son mucho más variadas (en el apartado 5 se ofrece una panorámica de ellas) y no necesariamente de carácter psicológico, sino también psicosociales, de trabajo social, políticas, administrativo-organizativas, de salud pública, ecológico-ambientales, etc.

7. Duración. La IP es de duración relativamente corta (2 a 6 meses habitualmente y según los paquetes terapéuticos más modernos y realistas en términos temporales —cognitivos, interpersonales, etc.—), comparada con la IS que suele comportar largos períodos (años), sobre todo si implica una planificación moderada y se han de efectuar cambios estructurales, reorganizaciones o dinamización y movilización de comunidades apáticas y faltas de estructura asociativo-organizativa o con conflictos grupales complejos. Claro que la extensión poblacional y la profundidad de los efectos (personales e institucionales) son, concomitantemente, mucho mayores en la intervención comunitaria que en la individual.

Resumiendo. La intervención social se centra en problemas o cuestiones sociales que se dan en el seno de sistemas o procesos sociales complejos, multifacéticos y dinámicos partiendo de un estado inicial dado e intentando alcanzar un estado o estructura final definido por unos objetivos que incluyen la resolución de los problemas y/o el desarrollo del sistema social (y, a través de él, de los individuos que lo forman) aplicando estrategias y técnicas interventivas múltiples a varios niveles. El resultado inmediato de la IS es el cambio social; el mediato o último el cambio personal (masivo, o sea cambio colectivo).

La psicoterapia o, en general, la acción psicológica, se centra en individuos con problemas psicológicos de salud mental para conseguir su "curación" (remisión sintomática y mejora del malestar subjetivo) a través de técnicas psicológicas que persiguen el cambio psicológico o individual (diferenciado, no masivo).

8.2 Intervención comunitaria

Hemos examinado ya la intervención social en sí misma y en sus diferencias básicas respecto a la acción psicológica. A la luz de ese examen debemos explorar ahora la intervención comunitaria, tema central de este capítulo —y de la PC—, las cuestiones y contradicciones que plantea y también sus diferencias básicas con la intervención social, con la que hasta aquí la hemos emparentado en el capítulo, reflejando la ambivalente cercanía —frente a otras modalidades de trabajo o actuación— de ambas ramas del tronco interventivo supraindividualizado mostrada en la literatura referida.

8.2.1 Cuestiones: contradicciones, legitimidad, intencionalidad y racionalidad, autoridad

Planteamos aquí concisamente algunas de las cuestiones y parámetros característicos de la idea de intervención (social, en general) examinándolos desde el punto de vista específico de la "intervención comunitaria". Concretamente 4: Legitimidad, intencionalidad, autoridad y otra cuestión —la contradicción implícita en la propia denominación "intervención comunitaria"— que nos servirá de punto lógico de partida.

1. Contradicciones. La expresión "intervención comunitaria" es una contradicción en sus términos: Intervención connota una acción o interferencia impositiva, desde arriba y desde fuera; comunitaria se refiere, en cambio, a algo más "natural" o espontáneo, generado desde dentro y desde abajo, desde lo común o compartido por un colectivo. ¿Cómo puede resolverse tamaña contraposición (que no se plantea, en cambio, en la intervención social)? ¿Pueden compaginarse o compatibilizarse ambos términos —y sus implicaciones operativas— racional y coherentemente? Examinemos esas dos cuestiones tras las que se agazapa, como veremos más abajo, el tema de la legitimidad.

En principio, parece que la intervención —desde arriba— excluye la acción comunitaria, desde abajo. Sin llegar tan lejos, es un hecho que en el campo comunitario se han distinguido tradicionalmente (ver capítulo 14; Eckiein, 1984; Rothman y Tropman, 1987) dos tendencias o enfoques polarmente extremos de trabajo: 1) Aquellos —planificados y organizados— iniciados desde arriba (top—down, en terminología inglesa) ejemplificados globalmente por la planificación y desarrollo global de la comunidad y por la prestación de servicios, como actividad típica (enfoque que nosotros denominamos —4.7— marginalista). 2) Aquellos que potencian o apoyan lo existente o iniciado más o menos "espontáneamente" desde abajo (bottom-up, en la literatura anglosajona) centrados en la acción social (en sentido restringido) y el desarrollo de recursos comunitarios, y cuyos prototipos de actuación serían la organización comunitaria y la autoayuda.

La contradicción entre intervención externa y acción comunitaria se da sólo, sin embargo, si la cuestión se plantea en términos absolutos. En términos de "a" o "b". En la realidad, en cualquier sociedad o grupo humano suficientemente extenso y complejo, ambos enfoques son probablemente necesarios y complementarios, pues siempre habrá grupos o personas que no cumplan las asunciones implícitas en cada uno de ellos.

El enfoque intervencionista se justificará, porque no todas las personas o grupos (por ejemplo, los niños o algunos ancianos) tendrán suficientes recursos que desarrollar o la capacidad de actuar organizada y eficientemente para acceder a los recursos —o conseguir objetivos— sociales y porque hay múltiples procesos y actividades complejas que necesitan coordinación y planificación global. El enfoque de desarrollo de recursos comunitarios será preciso para potenciar la acción generada desde la propia comunidad en todo aquello que ésta pueda conseguir por sí misma (con mayor o menor apoyo externo) como proceso de desarrollo autodirigido, evitando al mismo tiempo, el fomento del intervencionismo o la dependencia exterior excesivos. (Se asume, en este caso, que existen suficientes recursos potenciales para generar una dinámica de desarrollo).

La primacía global de uno u otro enfoque dependerá de hasta qué punto la situación, problema y comunidad concreta se adecúan mejor a las asunciones implícitas de uno u otro. La cuestión general no es, por tanto, intervención o desarrollo de recursos, sino de intervención (cómo, dónde, cuándo) v desarrollo de recursos (cómo, dónde, cuándo).

¿Cómo se pueden compatibilizar esas dos perspectivas en el diseño de la acción comunitaria? Simplificando, sugerimos dos direcciones de actuación posibles —y obvias—: a)

Potenciando y fomentando los recursos existentes en la propia comunidad (grupos de auto—ayuda; organizaciones y asociaciones intermedias —vecinales, recreativas, parroquiales, consumidores, etc.—; liderazgo comunitario; formación de paraprofesionales y voluntarios; actividades formativas y recreativas del barrio; etc.). b) Fomentando la participación —y abriendo vías apropiadas para ello— de la comunidad y de sus grupos en aquellos procesos y actividades que precisen planificación e intervención (urbanismo, servicios, acción política institucional, etc.). Evidentemente, ambas alternativas son compatibles y perfectamente realizables siempre, claro es, que no se pretenda monopolizar —por parte de las instituciones o los profesionales— el control del poder o de los recursos sociales.

2. Legitimidad. Todo esto nos lleva a confrontar el tema de la legitimidad de la intervención comunitaria y su justificación frente a las críticas a la filosofía y praxis del intervencionismo social Justificación parcialmente implícita en las proposiciones previas. Pero, explicitemos primero los términos de las críticas en forma de alternativa dual a la que puede enfrentarse la intervención:

— Intervención frente a no intervención (de ningún tipo); el laissez faire del liberalismo extremo. Si se da un problema o necesidad social (o psicosocial) el agente político-técnico mantendría una postura de pasividad y no afectación. Esta postura niega implícitamente los principios de solidaridad y responsabilidad social, pilar fundante —y conquista básica— de la política social (y la acción comunitaria) en el mundo moderno. Es una alternativa indeseable.

• Intervención externa frente a otras alternativas de actuación menos intervencionistas, como el desarrollo de recursos. Esta sí es una alternativa relevante, puesto que, sin negar los principios de responsabilidad y solidaridad social, plantea la cuestión de cuál es la posibilidad de acción más deseable. Concebida como acción unilateral y externa, la intervención no sólo puede no ser positiva y deseable, sino negativa y perjudicial, al interferir con la acción y desarrollo de mecanismos de resolución de problemas del propio grupo social, contribuyendo así a crear dependencias coartadoras que dificultan a largo plazo la autoregulación y desarrollo del grupo. Planteada de esta forma la cuestión, ¿cuándo podremos considerar legítima una acción interventiva externa? Según señalamos en 4.7, lo será cuando:

a) Esté motivada o justificada. Es decir, añada algo (conocimientos teóricos, previsibilidad, técnicas de evaluación o de actuación, sistemas de motivación, relación o dinamización, etc.) a lo ya aportado por la propia comunidad o grupo. Algo significativamente útil —y necesario— para alcanzar un efecto perseguido por el grupo social o comunidad (resolver un problema, satisfacer una necesidad, evitar un conflicto o alcanzar un objetivo deseable), de tal forma que, de no darse la intervención, esos efectos no se producirían. Y esto, sea porque a través de la intervención se inducen procesos (concienciación, dinamización, reivindicación, solidaridad...) imprescindibles —e inexistentes—, sea porque se vehiculan y potencian técnicamente (mediante estrategias de evaluación o intervención, organizativas, dinámicas grupales, etc.) procesos ya existentes pero inoperantes.

Esto nos da una visión de la intervención comunitaria más catalizadora, aditiva y complementadora que absoluta e impositiva.

b) La intervención sea compatible con los deseos y necesidades de la propia comunidad y con su participación activa en los cambios, así como con sus valores y capacidades potenciales.

De no cumplirse estas condiciones, la intervención no debería probablemente llamarse comunitaria, pudiendo cuestionarse su legitimidad real al no pasar de ser una imposición tecnocrática externa con poco potencial motivador para la comunidad al no partir de los deseos o necesidades de ésta. Estas cuestiones deberían plantearse antes de tomar decisiones sobre una intervención. Naturalmente, el problema puede ser mucho más complejo, cuando tengamos una

comunidad heterogénea en términos de grupos e intereses y los problemas o deseos de unos grupos no coinciden con —o se oponen a— los de otros.

3. Intencionalidad y racionalidad. Cuando afirmamos que una intervención es intencional, queremos decir que es deliberada, racional o planeada, buscándose unos efectos esperables a partir de la experiencia acumulada o de una teoría sobre el tema y la acción a conducir, de forma que los resultados producidos no sean independientes del conocimiento o acción del interventor, fruto del azar o resultado de la actuación de fuerzas o factores desconocidos y con los que no se contaba. Sin intencionalidad, tiene poco sentido hablar de intervención, planes o programas. Sin embargo, y como ya se dijo en 5.7, el tema de la intencionalidad de la intervención es discutible y relativo, dependiendo de factores como:

a) Casi todas las intervenciones tienen efectos secundarios, inesperados. ¿Las descalifica esto como intencionales? O bien, ¿existe un grado o proporción de efectos inesperados respecto a los esperados para descalificar una acción como intencional y planeada? En principio, mantendríamos la calificación de intencional, cuando la mayoría de los efectos —o los efectos más importantes— estén en línea con los esperados y previstos y no, a la inversa, cuando la mayoría de los efectos —o los más relevantes— sean imprevistos e inexplicables.

b) La posición relativa del observador y su postura respecto a la intervención y el sistema a afectar. Para el psicólogo (el técnico, en general) los cambios o ajustes sociales producidos en ese sistema sin su intervención pueden ser "naturales"; para aquellas personas que los han impulsado o apoyado desde la propia comunidad, en cambio, sí que serán intencionales (aunque no "interventivos" al darse dentro del propio sistema).

Otra cosa es que los efectos de la intervención sean previsibles y se conformen a una racionalidad—científico-técnica— definida por el profesional a partir de un modelo teórico o empírico-experimental dado. Lo cual nos remite a la cuestión —que dejamos simplemente apuntada— de si en la IC hay un sólo tipo de racionalidad válida (la científico-técnica) o debemos admitir otras (como la empírica de un grupo social o la socio-política de un gestor político) como apropiadas (aunque quizá con distintos grados de validez que la científico-técnica).

4. Autoridad. Aparte de la legitimidad general de la intervención, toda acción interventiva debe estar respaldada o justificada por algún tipo de autoridad que, como ya se ha filtrado en los dos puntos previos, avale el acto mismo de intervenir y, sobre todo, los resultados que con él se quieren obtener. Esencialmente en la intervención comunitaria hay (debe haber, mejor) dos tipos de autoridad: Político-social y científico-técnica.

• La autoridad socio-política (o política, a secas) autoriza a actuar políticamente sobre un colectivo social a partir de un mandato genérico conferido voluntariamente (las elecciones, en un sistema democrático) por ese colectivo. El político o gestor administrativo tienen pues la legitimidad o autoridad de iniciar la acción social y de autorizar y dotar de medios a las acciones de otros agentes sociales o socio-técnicos desde esa delegación de la legitimidad colectiva —que puede cuestionarse en casos de disfunción, ineficacia o autocratismo—.

• La autoridad científico-técnica es, en general, la que deriva el profesional de la experiencia o conocimientos teóricos u operativos válidos (científicos) y de los conocimientos y destrezas sobre como conducir apropiada y eficientemente una acción interventiva para producir unos efectos previsibles y deseados (técnicas). Su autoridad no emana, pues, de la comunidad sino de: a) Los conocimientos (modelos teóricos válidos y evidencia empírica) y b) experiencia válida sobre los temas y grupos humanos —en general— y sobre el que se está trabajando —en particular— que le permitan diseñar y evaluar apropiadamente la intervención; y c) las habilidades metodológicas y técnicas para llevar a término esa intervención adecuada y eficientemente.

En la intervención comunitaria el rol del psicólogo tiene, sin embargo, un componente político añadido (aunque el básico siga siendo el científico-técnico). ¿Qué autoridad respalda ese componente y el compromiso político consubstancial al trabajo comunitario según muchos? Como tal técnico, y en principio, ninguna.

Si el psicólogo quiere tener una autoridad social o política, deberá obtener algún tipo de legitimidad delegada de la comunidad (titular final de esa legitimidad) actuando en su nombre o como representante de ella. Para esto deberá asumir su nuevo rol actuando como organizador social, portavoz o líder de grupos marginados, denunciando las injusticias o desigualdades del sistema, la incompetencia o autocracia de políticos o agentes socializadores, etc.

Este tipo de actividad y rol —básicos en estrategias como la organización comunitaria— pueden plantearse sobre todo en situaciones sociales de extrema injusticia, impotencia o necesidad, en que no existen otras personas (líderes, portavoces, etc.) que puedan asumir ese rol en un momento dado. Son, en todo caso, polémicos y discutibles (como ya se discutió en el capítulo 7), planteando cuestiones como: ¿Son compatibles la autoridad política y técnica a largo plazo? ¿No pierde el profesional su autoridad técnica si asume substancialmente la política? ¿Se puede actuar políticamente con una autoridad sólo técnica cuando hay unos agentes políticos específicos? ¿Se debe? Etc.

Evidentemente que toda actividad profesional tiene, en la actuación comunitaria, un componente político más o menos implícito, pero este debe ser, en principio, sólo secundario o complementario respecto al científico-técnico. Si el componente básico de la actividad fuera político-gestivo, es dudoso que el profesional esté actuando como tal profesional sino, más bien, como gestor o político, aunque con una formación profesional añadida. Las aventuras del técnico en el terreno puramente político en su acción comunitaria, pueden resultar en todo caso de difícil (sino imposible) retomo a su rol y autoridad profesional habitual.

Por otro lado, en una situación social extrema, las demandas funcionales y de rol básicas pueden ir en una dirección más política (liderazgo, concienciación, organización, etc.) que técnica, lo que llevaría —si se quiere ayudar realmente al grupo— a cuestionar el papel básica o únicamente técnico y a asumir temporalmente otros roles y funciones más apropiados a esas necesidades y demandas reales, no a nuestra oferta profesional. En una sociedad generalmente funcional y "normalizada" —en cuanto a roles sociales— el planteamiento sería diferente. Queda simplemente apuntado el tema, que no —ni mucho menos— agotado.

El tema de la fundamentación de la intervención comunitaria, se ha planteado recientemente en el ámbito norteamericano (en el American Journal of Community Psychology concretamente: Davidson, 1989; Heller, 1989; 0'Neill, 1989; Reinharz, 1989; Riger, 1989) un interesante debate sobre las implicaciones éticas de la IC centrando dos puntos concretos. Primero, el destinatario de la responsabilidad del psicólogo comunitario; esto es, ante quién es (o debe ser) responsable el psicólogo o, en otras palabras, quién es el "cliente" de la acción comunitaria. Segundo, cuál es el alcance de esa responsabilidad: De qué se ha de responsabilizar el psicólogo comunitario al actuar en un campo complejo y diverso de actores e intereses sociales en que se producen acciones e iniciativas varias, entre las que la de el psicólogo es sólo una de ellas, mediatizada, con frecuencia, por las relaciones y dependencias —contractuales o de otro tipo— varias que mantiene con esos actores y grupos sociales.

El particular interés y utilidad del examen requerido reside en que parte de 2 situaciones reales y concretas (0'Neill, 1989); Una sobre una casa transicional de mujeres maltratadas cuya viabilidad económica ha de evaluar el psicólogo de cara a su financiación. Otra, en que la psicóloga es requerida por un centro de día para niños con problemas escolares y comportamentales para ayudar —en calidad de consultora— a obtener la ayuda precisa para

ampliar la plantila de profesores especializados del centro. A partir de ahí, varios autores examinan desde distintos puntos de vista (clínico-dinámico, ecológico-contextual, comunitario, político y ético) la situación y dilemas planteados y las soluciones posibles, así como el alcance profesional, ético y político de cada curso de acción y la "verdadera" naturaleza comunitaria cada uno, poniendo todo ello en relación con su propia experiencia profesional.

No vamos a intentar resumir aquí la amplitud de cuestiones y sugerencias que emergen de ese rico debate; recomendamos, eso sí, la lectura atenta de las referencias citadas, particularmente del atinado análisis de K. Heller. Nos limitaremos a citar algunos puntos clave que emergen de la discusión y merecen mayor debate a nivel de actuación concreta (no sólo de consideraciones generales en abstracto, como es frecuente) en la preparación de los futuros psicólogos comunitarios:

1) El reconocimiento (o denegación) de la dimensión explícita —o implícitamente— política del rol psicológico-comunitario (tanto a nivel de evaluación como de diseño y ejecución de acciones). 2) La naturaleza misma —y limitaciones— del trabajo comunitario en contextos sociales y políticos siempre complejos y alejados de la pureza virgiliana de la comunidad ideal (homogénea, interrealacionada, única y libre de tensiones y conflictos internos). 3) La insuficiencia e inadecuación de los modelos profesionales de actuación y códigos deontológicos al uso —pensados, casi siempre, para situaciones y modos de trabajar individualizados y clínicos— al estilo y condiciones reales de trabajo del psicólogo comunitario.

8.2.2 Intervención comunitaria e intervención social

Ya hemos mencionado la vacilante y ambivalente relación de similitud global y diferenciación detectada en la literatura psicológica y social entre intervención social (IS) e intervención comunitaria (IC), reflejada en la denominación del Annual Review of Psychology "Intervenciones sociales v comunitarias", que implica un cierto parentesco a la vez que una diferenciación y adición mutua. Pero, pasando a un nivel de análisis más fino, ¿son realmente asimilables IS e IC? ¿Sería la IC una variante de IS o hay diferencias substantivas entre ambas formas de intervención supra-individualizada?

Como ya puede deducirse de lo previamente escrito (especialmente en 4.7), nuestro planteamiento es que —a pesar de su cercanía y comunalidades— hay importantes diferencias y particularidades de la intervención comunitaria —tal y como aquí ha sido concebida— respecto de la intervención social. Apuntemos brevemente comunalidades y, sobre todo, diferencias y particularidades, en una exploración inicial del tema.

Comunalidades. En principio, IS e IC son dos ramas del tronco interventivo suprainicial, aunque autores (y praxis) incluyen con cierta frecuencia la atención individualizada como parte de la IC. En general, el objeto de la intervención es común (grupos humanos con una estructura social dada) así como la asunción de causas sociales relevantes de la problemática humana (con causas, en la IC).

Diferencias y particularidades. Hay, sin embargo, diferencias y especificidades de la intervención comunitaria —relativas o de énfasis en ocasiones, pero relevantes— que marcan líneas de actuación diferenciadas de ésta respecto de la intervención social genérica, sobre todo en la parte del sujeto y nivel de intervención, así como en los objetivos y filosofía interventiva y relacional implícita. Veamos esas diferencias y particularidades:

1) Probablemente la diferencia básica entre IC e IS es el papel de sujeto —activo y participante— y protagonista que tienen las personas en la intervención comunitaria además de papel —común con la IS— de objetos de esa intervención.

2) Interactividad. El planteamiento radical de la IC incluye (4.7) una verdadera interacción (informativa, valorativa e interventiva) entre interventor y miembros del grupo cliente —inexistente en la IS—, de forma que cada uno de ellos puede cambiar su punto de partida (y praxis comportamental) inicial. Esto implica la influenciabilidad del propio interventor; su apertura a ser influido por —además de influir a— el grupo social blanco de la intervención, cosa tanto más necesaria cuanto mayor sea la discrepancia cultural y valorativa inicial entre interventor y grupo social.

También implica, más genéricamente, la existencia de un verdadero marco relacional personalizado (o grupal, cara a cara) en la IC ausente en la IS. Esta —como en casi toda intervención tecnocrática— establece un marco de acción o influencia masiva, impersonal o transpersonal (social) desde una postura distante, externa y supraordinada y a través de instrumentos (leyes, normas, disposiciones, etc.) despersonalizados y —frecuentemente— ordenancistas, no relaciónales.

3) El nivel de intervención comunitario es mesosocial, más reducido (capítulo 2) que el de la IS, que es global, macrosocial.

Otras diferencias —especificidades más bien— de la IC respecto a la IS se centrarían en:

4) Autodirección del grupo social o comunidad, que marca, en la IC, una línea específica y particular de intervención y de valoración implícita del grupo como sujeto y origen de aquélla, frente a una intervención más tecnocrática, guiada por formulaciones o motivaciones sociales o económicas más globales, externas y planificadoras, en la IS.

5) La intervención comunitaria está más cerca (tanto por ser el nivel de actuación más reducido, como por ser el más próximo) de lo humano, involucrando más elementos (interactivos, comunales, relaciones primarias, etc.) de identidad y significación personal y (en relación con el punto 3) más elementos culturales —no sólo sociales—, es decir generados "espontáneamente" desde abajo e indisolublemente implícitos en el concepto de comunidad.

6) El énfasis positivo, de recursos y desarrollo, es también relativamente distintivo de la IC frente a la IS que parece más centrada —en principio, al menos— en los aspectos problemáticos y disfuncionales de los sistemas sociales y en el cambio —más que en el desarrollo— social. Más específicamente —y a partir de las consideraciones más humanas y autodirectivas mencionadas en los puntos 1, 4 y 5— la IC persigue el desarrollo humano integral, equilibrado, multioriginado e integrado (cada una de esos calificativos remite a una cualidad distintiva del estilo interventivo o forma de trabajo comunitario).

Reiteramos que lo anterior es un esquema general de partida en que faltaría, en todo caso, el input informativo y valorativo de la otra parte, los analistas y practicantes del cambio social no comunitario.

8.2.3 Participación

La participación es, a la vez, un valor, un proceso, una técnica y una actividad. Como valor, es parte esencial del discurso —y la retórica— comunitaria y política: Algo tan enfatizado y zarandeado verbalmente, como poco practicado en la realidad, salvo honrosas excepciones. Su significado y papel central en Psicología Comunitaria ha quedado ya fijado en los párrafos precedentes, como el proceso que permite compatibilizar "intervención" y "comunitaria", tendiendo un puente entre ambos conceptos contrapuestos que legitima y da sentido —junto a otros elementos— a la expresión "intervención comunitaria".

Esbozamos aquí unos apuntes iniciales sobre el tema, apenas tratado en la literatura comunitaria, organizados en tomo a los siguientes puntos: 1) Premisas; 2) significado; 3)

contenido y relevancia; 4) tipos; 5) niveles; 6) partes implicadas; 7) aspectos técnicos y 8) efectos y limitaciones. Los siguientes autores —y publicaciones— han tratado el tema de la participación, en su globalidad o en alguno de sus aspectos relevantes: Ander-Egg (1980); Marchioni (Bejarano, 1987); CDFA (1987 y 1989); Dowart y Meyers (1981); Erber (1976); Fernández y Peiró (1989); Halprin y otros (1974); Giner del Grado (1979); Heller, Price y otros (1984; capítulo 10); Langton (1978); Periman (1976); Sánchez Alonso (1986); y Wandersman (1981). En ellos pueden encontrarse igualmente fuentes de información y referencias adicionales.

1 Premisas generales. Antes de entrar en otros aspectos del tema de la participación y dado el halo cuasi-místico y la retórica reverencial con que es revestido con frecuencia en la literatura y praxis comunitaria, conviene hacer unas consideraciones generales y previas sobre el tema para centrarlo y situarlo más realistamente en el contexto de la intervención comunitaria.

a) La participación social de las personas ya se da a distintos niveles a través de actividades e instituciones sociales y comunitarias como el trabajo (o la escuela), la familia, las actividades relaciónales y sociales habituales de la vida comunitaria (la misa del domingo, el partido de fútbol o el concierto de rock el paseo por el barrio, la "partida" o la charla del bar, etc.) o las actividades asociativas más o menos formalizadas (la peña, el club recreativo, excursionista o deportivo, la asociación vecinal, la sección barrial del partido político correspondiente, etc.).

Sólo las personas que —por la razón que sea— estén excluidas —o se autoexcluyen— de estas actividades (parados; marginaciones étnica, escolar, económica, etc.; emigrados; trastornados mentales; inadaptados; etc.) tendrán un cierto "déficit" o necesidad "estructural" de participar a través de otros canales "especializados" en la actividad comunitaria o social habitual.

Cuando los profesionales planteamos el tema de la participación suele ser sin embargo, en relación a un proyecto o actividad que iniciamos porque nos parece interesante, útil o necesario y en el que queremos interesar a la comunidad, haciéndola parte activa de él y de su realización. Es decir, en la participación comunitaria estamos, en el fondo, recabando de esas personas un extra o "plus" de participación sobre la que ya realizan a través de los canales mentados.

En general habrá que plantearse, por tanto, hasta que punto lo que nos interesa a nosotros —como interventores técnicos- le interesa realmente a aquella gente (o le debe interesar, aunque este planteamiento puede resultar polémico e inoperante) o, por el contrario, nosotros necesitamos que ellos participen, siendo en este caso ambos -comunidad e interventor- víctimas" propiciatorias de la mística de la participación. En este sentido, la falta de participación puede significar, no un fracaso o deficiencia técnica o comunitaria, sino, simplemente, que estamos planteando un tema o una tarea irrelevante o sin valor para el grupo correspondiente. Hay que plantearse que ni todo el mundo quiere —ni tiene por qué- participar, ni participar en todo.

b) En efecto, en un mundo tan complejo, supertecnologizado y diverso como el actual, hay muchas actividades y procesos que requieren un alto grado de coordinación y planificación no siempre compatibles con —o que pueden resultar muy dificultadas por— la participación social activa. Debemos, por tanto, plantearnos que no todas las actividades y procesos han de hacerse participativamente, teniendo en cuenta lo ya dicho en a sobre la posibilidad de que las necesidades participativas de un grupo estén ya cubiertas en otras áreas o por otras vías.

En ciertas actividades o procesos debería proponerse (Moynihan, 1969) la idea de la "máxima participación factible", es decir, compatible con la eficiencia técnica de esas actividades, por un lado, y en función de la situación de participación general de la gente, por otro. Tampoco debemos, en este punto, caer en el otro extremo, el misticismo tecnocrático —mucho más extendido y peligroso en la actualidad— de negar las posibilidades de participación social significativa y relevante (puntos 2 y 3) en nombre de la todopoderosa eficacia técnica (proposición con una carga política subyacente considerable).

c) En una sociedad crecientemente organizada y diferenciada desde el punto de vista social (sobre todo a partir de los aspectos económicos y productivos) como la presente, se da una tendencia a la especialización —y fragmentación— de roles y funciones de las personas (relativamente "natural" o justificada desde el punto de vista psicosocial, por la complejidad de las demandas sociales, por un lado, y por las limitaciones de las capacidades adaptativas personales, por otro). Pues bien, hay que tener en cuenta que las demandas de participación militan precisamente contra esa tendencia, al pedirle a la gente que no delegue responsabilidades o "partes" de su identidad social en otros agentes especializados (políticos, técnicos, administradores) sino que las asuman y recuperen como parte integral de sí mismos.

La participación (y otras actividades comunitarias) deben ser así analizadas desde la perspectiva de demandas adaptativas adicionales a unas personas ya "cargadas" de funciones (roles) sociales varias; demandas contrarias, por otro lado, a importantes tendencias sociales (socialmente "regresivas", por tanto, aunque también humanizadoras). En este sentido parece importante —tanto para el psicólogo como para el grupo social— intentar analizar y especificar las ventajas o ganancias —globales y en la situación concreta— de la postura participativa (argumentadas implícitamente a lo largo de esta sección) para ese grupo, que justifiquen su motivación e implicación participativa dado que —en general y a diferencia del profesional— el grupo no participa de las creencias en la importancia de participar y toda la mística asociada a la participación. Puede ilustrarse, por ejemplo, la "humanización" y "ganancia" de poder y control sobre la propia vida que se derivan —a largo plazo y en general— de la participación significativa y eficaz.

2. Significado. En principio y como acción, participar significa tomar parte en alguna actividad o proceso. El significado y alcance último de la participación dependerá por tanto de la relevancia de la actividad o proceso en el sistema social y la vida comunitaria. El objetivo —e indicador— último de la participación debería ser el grado en que —a través de ella— se tiene acceso al poder, se comparte ese poder en un grupo social. Lo cual tiene implicaciones políticas y técnicas relevantes —que se examinan después— y centra perfectamente el tema dentro de la Psicología Comunitaria que —como se indicó en 4.7— está centralmente concernida con el poder psicológico y político-social como vía —una de las vías— posibilitadora del desarrollo de las personas. En última instancia, la participación relevante remite pues al empowerment, potenciación y desarrollo de las personas.

En esta misma línea conceptual, Marco Marchioni (Bejarano, 1987), ha señalado la dimensión política que toda participación auténtica comporta, al implicar un cambio en la comunidad que participa: Esta debe involucrarse —activamente y desde el principio— en el desarrollo de la intervención. Con ello, la participación se convierte en un proceso dinámico y dual de: a) Toma de conciencia de la situación o problemática existente y sus causas (fracaso escolar, enfermedades físicas, etc.) así como de las condiciones y acciones que pueden conducir a su superación positiva; b) implicación activa en los cambios consiguientes, a partir de esa toma de conciencia (Lo cual supone un cambio de rol de la comunidad en la dirección —más activa y protagonista— indicada en 4.7.3).

Desde esta perspectiva —puntualizaríamos—, no tendría demasiado sentido la participación pasiva de la población en actividades planificadas tecnocráticamente desde afuera y sin contar con esa población. Tampoco lo tendría la postura opuesta, que el profesional trabaje "para la comunidad". Ese debe más bien pasar a trabajar "con la comunidad", significando con ello —entendemos nosotros— que el técnico habrá de contribuir activamente —desde una postura coordinada y de mutua exigencia respecto de la comunidad— a la dinamización de ésta y al cambio de la situación y no limitarse, simplemente, a servir pasiva y directamente los deseos

que emanan del grupo y la situación social en cuestión.

Marchioni concibe la participación comunitaria como un proceso dinámico, complejo (en función del contexto social y situación de partida) y bastante lento, en que no existen modelos rígidos y preestablecidos. Subraya también la importancia departir de la situación, condiciones y posibilidades reales de la población, de cara a evitar que la pronta frustración de las expectativas —más o menos irreales— del trabajador comunitario, le lleven a concluir erróneamente que "la gente no quiere participar" (Más adelante retomamos nosotros este punto en relación a la necesidad de preparación bilateral —de técnicos y población— para la participación).

3. Contenido y relevancia. Se puede participar en distintos tipos de actividades y procesos. Unos, más o menos triviales y lúdicos —desde el punto de vista socio-político— como fiestas, encuentros, competiciones, actos deportivos o recreativos, conmemoraciones o actos vecinales o barriales. La participación tiende a ser ahí más espontánea, a título individual y más informal que organizada. Puede también estar fomentada a través de la animación socio-cultural con diversas finalidades de cohesionamiento social o dinamización comunitaria o barrial.

Generalmente, sin embargo, la participación ciudadana se cita para referirse a aspectos socialmente más relevantes y "serios" como participación en: Procesos productivos y trabajo (como los Comités de Empresa); política (a través del voto o de consejos o juntas asesoras); programación de salud o servicios sociales; diseño de entornos arquitectónicos y comunitarios; organizaciones y servicios comunitarios; educación (a través de las Asociaciones de Padres de Alumnos —APA— o de los "Consejos Sociales" de las universidades); administración de la justicia (jurados); etc.

La participación suele ser ahí organizada en alguno de estos tres sentidos (en los 3 habitualmente, pues están relacionados): a) Se realiza a través de organizaciones sociales (partidos políticos, comités, juntas, consejos, etc.) y no individualmente; b) existen canales establecidos (institucionalizados o no) y diferenciados; c) existen unas finalidades u objetivos que estructuran u organizan la participación.

Naturalmente que en un "mundo social" tan estructurado y organizado en torno a cuestiones e intereses sociales como el actual, la organización de la participación es, a ciertos niveles, imprescindible para poder "competir" (en realidad, para tener una mínima eficacia) con las potentes organizaciones y corporaciones (productivas, económico-financieras, políticas, etc.) dominantes. En todo caso, ni esa participación estructurada substituye a la personal y más espontánea (la complementa, si acaso), ni siempre representa los verdaderos intereses del conjunto social o comunitario sino, con frecuencia, los de aquellos grupos o sectores social o políticamente más beligerantes o concienciados, con más medios o mejor dotados organizativamente. De lo que se deduce, que la organización es imprescindible —y deseable— para la acción social eficaz, pero no para la participación (para cualquier tipo de participación, al menos).

Entendemos que, para que la participación en una comunidad o contexto social u organizacional dado sea verdaderamente relevante y tenga un impacto real en el enriquecimiento de la vida personal y comunitaria (más allá de la satisfacción que da participar en cualquier cosa), debe incluir como contenidos dos procesos clave en cualquier sistema social (4.7):

a) Fijación de objetivos, actividad con frecuencia ligada en la intervención comunitaria a la evaluación de necesidades, que funciona como una de las vías y metodologías principales de participación social (asumiéndola como primer paso de la fijación de objetivos, toma de decisiones y ejecución programática subsiguientes, basadas en esa evaluación).

b) Toma de decisiones. Más relevante aún que el proceso anterior, pues los objetivos pueden ser ignorados a la hora de las decisiones y actuaciones reales. Particularmente importantes son las

decisiones relacionadas con el reparto de poder y recursos en un sistema social y con los procedimientos de control del poder y del funcionamiento del sistema social.

4. Tipos. A partir de lo escrito antes sobre participación "espontánea" y organizada, podemos distinguir dos tipos de participación complementarios (y más clarificadores quizá que aquellos), según que el origen de la participación sea desde arriba —institucional— o desde abajo. Esta comprendería la de contenido más lúdico e informal descrita pero, también, la participación de contenido político y social (o terapéutico y de crecimiento personal) ilustrada por las asociaciones de vecinos y barriales, asociaciones de consumidores, sindicales, feministas; grupos de autoayuda y otros frecuentemente definidos (capítulos 13 y 14) como "movimientos sociales" o grass-root en la literatura estadounidense (Periman, 1976).

La participación desde arriba va ligada a estructuras o canales institucionalmente establecidos o "mandados" para posibilitar la participación en los procesos políticos o sociales o controlar algún tipo de administración u organización. Ejemplos serían las APA en las escuelas, los Consejos Sociales en las universidades, los Comités de Empresa en el mundo laboral o los (casi inexistentes en nuestro país) representantes de los ciudadanos o consumidores en las Juntas o consejos gestores de centros o empresas prestadores de servicios. Evidentemente, el contexto institucional facilita o inhibe la participación, pero, por sí solo, no es suficiente sino conecta con un deseo o necesidad desde abajo de participar.

Participación desde arriba y desde abajo son pues complementarias y se necesitan mutuamente. La participación desde abajo se ve altamente facilitada (posibilitada, con frecuencia) por los canales institucionales corriendo el riesgo, si estos no existen, de terminar cuando cesa (por cansancio, desánimo, etc.) la necesidad o empuje temporal o el liderazgo que la originó, dejando muchas veces un vacío de frustración.

La participación desde abajo debería tender (siempre que responda a un impulso mantenible y a una necesidad o deseo social duradero, no a una cuestión puntual o perecedera) a establecer canales institucionales permanentes e incorporados a la vida habitual de la comunidad y el sistema social.

La participación desde arriba será, por otro lado, un mero artefacto legislativo o normativo si no conecta con una población (o un grupo gestor inicial) concienciada y deseosa de participar y/o con una cuestión social relevante que pueda ser resuelta o canalizada por medio de esa participación. (No todas las cuestiones sociales pueden ser resueltas a través de la participación o, al menos, sólo a través de ella.)

5. Niveles. Más que tipos diferentes de participación, podríamos pues distinguir niveles en que se da (o que la enmarcan). Serían, de más globales a más microscópicos: Socio-político, institucional, organizacional e individual. Examinémoslos a la luz de lo ya dicho y del análisis de Heller, Price y otros (1984). a) El nivel socio-político funciona como marco global —más que como constituyente directo— de la participación. Listamos simplemente 3 propuestas marco relevantes para facilitar la participación desde este contexto global:

• Potenciación de las estructuras sociales intermedias (familia, vecindario, iglesia, asociaciones voluntarias) y utilización para realizar la actividad política a través de ellas, siempre que sea factible. La proposición de Berger y Neuhaus (1977; capítulo 5).

• Descentralización política y administrativa para acercar los procesos y decisiones políticas a la comunidad local y el ciudadano. Por ejemplo, la gestión local desde los distritos (barrios) ensayada en algunas ciudades españolas como Barcelona.

• Ampliación de la actividad política de los ciudadanos más allá del acto y momento puntual de votar. Se propone aquí restringir el mandato global y cuasi total otorgado por los ciudadanos al gestor político a través del voto electoral, reteniendo aquellos parte de su actividad de acción

política para actuar por sí mismos manteniendo un "mareaje" permanente y activo sobre los procesos y vida política posterior a las elecciones en aquellas cuestiones relevantes que les afecten en sus respectivos ámbitos socio-comunitarios (barrio, escuela, trabajo, ciudad, sistema político específico, etc.). Esto posibilitaría una democracia participativa y no una cómoda cesión de responsabilidades y mandato cuasi-incondicional de actuación al "especialista" político. La propuesta se inscribe, como se ve, dentro de los cambios (ampliaciones y restricciones, según la parte) de rol asociados en 4.7 a la PC y no parece nada fácil de aceptar por ninguna de las dos partes afectadas.

Lo que subyace en el fondo de estas propuestas, es el tipo de asunciones —y teorías— que hacemos sobre el poder (recursos, en general) existente en un sistema social y su distribución, tema este, por otro lado, con implicaciones básicas para la estrategia de acción a seguir de cara a la potenciación o capacitación de personas y grupos sociales.

Si asumimos que el poder (y otros recursos: Económicos, estatus social, información y asignación de valores, autoestima, liderazgo, etc.) es limitado, la potenciación del conjunto de las personas exige su cesión por parte de las élites controladoras, ya que no habrá poder y recursos para todos. Si lo tienen unos, no lo tendrán otros, que resultarán marginados. Esto conduciría a una estrategia de acción social (8.6 y 8.7), para redistribuir recursos sociales escasos a través de la confrontación de las élites opresoras. La participación real de las mayorías sería aquí elemento fundamental con un contenido político central.

Si, en cambio, asumimos la existencia de recursos (y poder) ilimitados, la clave del trabajo comunitario estaría en la localización de esos recursos en un grupo social y en su desarrollo. En lugar de la confrontación y lucha por los recursos escasos, se impondría una estrategia de desarrollo comunitario que permita desenvolver y actualizar esos recursos (y el poder psicosocial de las personas) sin violentar la estructura social, sistemas de roles, asignación de recursos, etc. La participación tendría aquí un contenido más psicosocial y técnico que político, tendente a facilitar la coordinación interpersonas e intergrupos, ayudar a definir metas comunes y facilitar la readaptación y cambio de pautas adaptativas en función del desarrollo a producir.

b) Nivel institucional. Ya descrito en el punto 4 como sistema facilitador o inhibidor de la participación de los individuos o grupos.

c) Nivel organizacional. De los tres aspectos organizativos de la participación (fines, canalización institucional y grupos vehiculadores), nos referimos aquí más directamente al tercero y primero, ya que el segundo ha sido ya abordado. (Más que un nivel distinto, lo organizacional se refiere a un aspecto distinto del institucional, estando ambos, con frecuencia, en niveles sociales similares). Heller, Price y otros (1984) mencionan el liderazgo, la orientación hacia la tarea (frente a la vaguedad de fines) y la capacidad de llevar a cabo las tareas y de conseguir los fines perseguidos, como características asociadas con la eficacia y el mantenimiento de estructuras organizativas participativas en diversos campos.

d) Nivel individual. Sabido es que no todas las personas son igualmente proclives a participar o a persistir en la participación. Hay algunas indicaciones a partir de la literatura existente (Heller y otros) de que factores como el interés por el tema (por ejemplo, las personas más arraigadas en su barrio), el nivel de educación o el deseo de ayudar a otros o de mejorar el contexto, influyen positivamente en la participación. Pero también variables psicosociales como expectativas, valoración de la situación, capacidades individuales y las características y tendencias de los grupos circundantes influyen significativamente sobre la participación.

6. Partes implicadas en la participación comunitaria. Simplificando podríamos reducirlas a 3: Político o gestor público, técnico o profesional y grupo social (que llamaremos simplemente, la

comunidad). Cada parte tendría un papel propio y complementario en el proceso de participación y unas demandas y problemática derivadas del paso de su forma de funcionamiento habitual a una más participativa. Veámoslas en relación sobre todo al técnico (el psicólogo, en nuestro caso):

a) El político debe renunciar a controlar los distintos sectores y núcleos organizados de actividad y poder en la sociedad y a cualquier concepción patrimonialista en la detentación de sus funciones públicas. Deberá pasar de concebir esos núcleos como posibles competidores o peligrosos rivales a legítimos "parteners" sociales autónomos con los que se ha de contar tanto a la hora de obtener feedback informativo social (de lo contrario nunca sabrá lo que pasa en el exterior) como al distribuir recursos y llevar a cabo los programas sociales. Debe, en una palabra, compartir el poder (que no es suyo, sino delegado de la comunidad).

b) La comunidad, la gente, debe ser capaz de trascender la relativamente cómoda posición de apatía, pasividad y transferencia de responsabilidades a otros agentes hacia una postura más activa, de asunción de responsabilidades y de reivindicación de su verdadero rol y capacidades de protagonismo en la vida comunitaria y social. Esto es tanto más difícil cuanto que no exista una cuestión social relevante y sentida como propia que dinámico a la comunidad no haya nada patente e inmediato que "ganar" y en la medida en que los intentos de dinamización o participación previos hayan resultado frustrantes o —incluso— penalizadores por sus resultados.

Tampoco ayudan las actitudes negativas de técnicos o políticos, o el maximalismo destructivo de algunos líderes o grupos en la propia comunidad. Ni un entorno social en que prima lo individual y el esfuerzo productivo, desanimándose, en cambio, lo solidario, colectivo y la participación de contenido más social o político, que no se limite a la mera emisión periódica de votos o a los aspectos más mecánicos e intrascendentes de la participación a través de la familia, el trabajo o la asistencia a actos periódicos y cuasirituales (religiosos, barriales, "política doméstica", etc.) como los ya indicados más arriba.

Es clave recordar en este sentido, que, además de una mística, la participación es un proceso y una actividad que, como todo, necesita aprendizaje y adaptación. No se puede pasar sin más de una situación pasiva y apática a una de participación activa sin la adecuada preparación (de la comunidad y del técnico). Los factores técnicos son, pues, fundamentales; revisémoslos aparte.

7. Aspectos técnicos. La tercera parte implicada en la participación _el profesional— es, en principio, el encargado de diseñar, ejecutar y evaluar los programas. El también deberá cambiar su actitud, perspectiva y metodología de trabajo. En cuanto a actitud, el técnico deberá estar abierto y dispuesto no sólo a permitir, sino a. facilitar que la comunidad sea una parte activa y útil a lo largo del proceso programático (especialmente en los puntos ya señalados de fijación de objetivos y toma de decisiones), renunciando al protagonismo único o central y adoptando un rol y postura acorde, más abierta, dialogante e igualitaria. No debe, sin embargo, renunciar a sus conocimientos o aportaciones técnicas y coordinadoras que deberán, en principio, ser compatibles con la participación ciudadana).

Esta "reconversión" del rol y actitud del técnico pueden resultar al comienzo bastante difíciles —y poco recompensadoras— si no se poseen los instrumentos técnicos —y las expectativas realistas— apropiadas para el manejo de la nueva situación. No basta pues con buenas intenciones. Pensamos que es necesaria una preparación (actitudinal y técnica) del profesional que le capacite —con antelación— para afrontar la situación real y evitar que las dificultades iniciales le retrotraigan a una postura más negativa respecto a la participación que la de partida, desvaneciendo en el desengaño el falso halo místico que rodea habitualmente al fenómeno participativo.

La preparación técnica aparece así como fundamental (tanto respecto de la comunidad como, sobre todo, del técnico) pues su carencia puede malograr fácilmente la experiencia participativa y resultar frustrante y regresiva para las partes implicadas (comunidad, técnicos, políticos). Aunque los contenidos y aspectos de la preparación dependerán en parte del tema, situación social y disposición y tipo de grupo implicados, algunos temas e indicaciones técnicas generalmente relevantes serían:

a) El paso de una situación de no participación a una situación (o programa) de participación no es (salvo en circunstancias extremas o excepcionales) un acto puntual sino un proceso transicional. Hay que pensar y actuar más en términos de adaptación o adecuación gradual a la nueva situación que de reconversión "automática" del técnico o la comunidad. La explicación racional de los nuevos sistemas y conceptos clave y de sus ventajas previsibles deben ser parte de este esfuerzo de transición. El formato grupal y las técnicas informativas, persuasivas o de cambio grupal pueden ser muy útiles vehiculando el aprendizaje progresivo —y experiencial, no puramente conceptual, siempre que sea posible— de las nuevas metodologías.

b) Además de las ideas y proceso general será necesario el aprendizaje y uso de técnicas específicas y formatos relaciónales o grupales para vehicular la participación según el ámbito, grupo y objetivos concretos. El riesgo es que — como ya se ha señalado— el proceso fracase (y la situación empeore) por desconocimiento técnico, por no saber como hacerlo. La técnica no será tan relevante si existe una fuerte motivación y disposición de base (se plantea una cuestión relevante o necesidad apremiante).

En el caso contrario —más habitual— la técnica es fundamental para no encallarse en la pasividad o en discusiones estériles o periféricas. Algunos enfoques metodológicos para vehicular la participación han sido descritos en capítulo 7 (grupos estructurados y nominales) o en Sánchez Alonso (1986) así como en la literatura citada al principio, en la de organización comunitaria (8.7) o, incluso, en la de análisis y dinámica grupal.

c) Además de los factores motivacionales ya mentados —y teniendo en cuenta que la gran variedad de situaciones y temas demandarán respuestas diversificadas—, algunas reglas o principios generales que pueden resultar útiles para facilitar la participación desde el punto de vista de técnica psicosocial serían:

• Partir de los intereses de la comunidad, sea en cuanto a los contenidos (aquellos temas que al grupo le interesen positiva o negativamente) de lo que se propone, sea en cuanto al formato de la participación (sí al grupo le gusta la competición o el deporte, acercarla al formato competitivo o deportivo; si la relación interpersonal, al formato relacional). Naturalmente, no se trata de quedarse ahí: Asumimos esos intereses como punto de partida para intentar llegar —o acercarse— a otras tareas o cometidos que consideremos más relevantes o deseables.

• Plantear tareas o actividades en lugar de discusiones o charlas que tienen, en general, menos capacidad de dinamización y "enganche" haciendo más difícil la participación. El problema se da así en aquellos temas centrados en la transmisión de información, que requieren un planteamiento diferente —y mucho más lento en general o simplificado— que la mera disertación o conferencia directa.

• Proponer objetivos concretos y precisos, no abstractos y genéricos, también parece facilitar la participación y dinamización a través de la acción.

• Intentar que las propuestas participativas tengan algún beneficio o recompensa temprana y tangible (en forma de satisfacciones, relaciones, resultados concretos, etc.), sobre todo si el proceso es largo y difícil; de lo contrario mucha gente puede desanimarse y abandonar la empresa antes de que los resultados a largo plazo empiecen a ser visibles.

• Romper la estructura, formalidad o distancia inicial entre el interventor — o persona que hace

la propuesta— y el grupo; cosa tanto más necesario cuanto mayor sea esa distancia y más grandes las formalidades sociales y la distancia entre interventor y grupo. Este "romper el hielo" puede lograrse mediante tareas, actividades informales o "juegos" (que redefinen el marco social y relacional pasando a otro nivel más lúdico o espontáneo, menos formal) o partiendo las asambleas o grupos grandes en grupos pequeños —5 a 10 ó 12 personas— que rompen la dinámica masiva y presión de las asambleas multitudinarias (y la polarización entre interventor y "masas"), permitiendo una interacción cara a cara entre los individuos y una participación más personalizada y con menos presión social externa.

Naturalmente, una vez rota la estructura inicial puede ser muy difícil —o imposible— recuperarla en el caso de que deseemos volver a ella, una vez cumplido un objetivo o "ilustrado" un punto concreto sobre el que planteamos la experiencia participativa. No pocas veces sucede que se genera una nueva dinámica que supera las expectativas y planes iniciales del propio interventor y que exige un reajuste de éste, so pena de verse desbordado por las nuevas iniciativas y actividades emanadas del grupo (Una de las virtualidades más interesantes y vistosas de la participación es, precisamente, su capacidad —cuando funciona bien— para dinamizar y generar actividad e iniciativa).

• Establecer la seguridad propia —del interventor—por otros medios o en otras situaciones. Ya que, si no es así, el interventor tenderá a —necesitará, con frecuencia— definir el marco relacional de forma tal que asegure su propia superioridad, dominio o autoridad (personal, de conocimientos, de poder, etc.) sobre la situación, lo cual dificulta —si no imposibilita— la participación inicial o a largo plazo del grupo que asume —con mayor o menor resistencia— un cómodo papel de docilidad, subordinación o dependencia muy difícil de cambiar después. Esto hace que, no pocas veces, la participación sólo sea posible cuando el líder o interventor domine apropiadamente el tema de trabajo y/o la situación relacional implicada (esto, si desde la propia comunidad no se rompe unilateralmente esa dinámica marcada por la otra parte).

La recomendación para disminuir en lo posible los efectos de ese período de autoafirmación del interventor, pasarían por que éste intente establecer esa seguridad —psicológicamente imprescindible— fuera de la situación y tarea en que actúa profesionalmente y que requieren la capacidad de ceder espacio al protagonismo y afirmación de la otra parte (la comunidad).

d) El psicólogo (técnico, en general) no puede permitirse el lujo de caer en un papel pasivo de escucha y observación del proceso participativo esperando que funcione o se resuelva por su propia dinámica (una tentación polarmente opuesta a la "antigua" de dirigirlo y controlarlo todo). Generalmente la participación necesita impulso y dirección constantes para no caer en alguno de los vicios que dificultan o paralizan el proceso. Eso implica habitualmente seguir los principios ya indicados en c) y, además: Sugerir (o introducir) formatos asamblearias, grupales o relaciónales que estructuren la situación e interacciones, proponer temas y ejes de discusión o calendarios, proyectos y acciones concretas que guíen el proceso general y las actuaciones sucesivas. Todo lo cual necesita, casi siempre, preparación previa de las reuniones y tareas a realizar o proponer que no deberían fiarse a la improvisación momentánea e in situ.

e) Deben vigilarse y evitarse al máximo algunos vicios ligados a la nueva situación y procedimientos participativos —muchas veces transferidos de la antigua situación y hábitos— que pueden interferir seriamente con el proceso participativo, paralizarlo o desviarlo de sus verdaderos objetivos. Por ejemplo, las actitudes victimistas, el "quejismo universal" ("todo va mal", "no han hecho nada por nosotros", "no aprendemos nada", etc.) que puede sólo tolerarse como una manifestación reactiva parcial y de partida.

Si, por el contrario, la participación adquiere ese tono general (normalmente transferidos de otras

situaciones o momentos en que —paradójicamente— no se permitía participar), el moderador debe advertir sobre el verdadero propósito de la reunión y su propia función en ella, intentado reconducir el proceso hacia la dinamización del grupo que le lleve a asumir su propia responsabilidad y actuar evitando que el grupo se limite simplemente a la expresión catártica o victimista de sus problemas.

Otros tipos de vicios tienen que ver con: La transferencia global —y frecuentemente injusta e inapropiada— de responsabilidades al técnico por todo lo que ha pasado en la institución o comunidad de la que aquél es percibido como parte responsable o rectora; la trivialización de las discusiones o derivación hacia temas, situaciones y consideraciones confusas, anodinas o irrelevantes, desviándose de los temas básicas; los enfrentamientos constantes de distintas posturas o grupos de interés más centrados en sus diferencias y rencores acumulados (intentando implicar al técnico en su bando) que en sus coincidencias o en hallar salidas constructivas o consensuadas —algo que el moderador deberá enfatizar en ese caso—; etc.

f) Otro aspecto de la participación reseñable aquí es su valor como técnica instrumental para mejorar el diseño de entornos (arquitectónicos o sociales) y programas sociales. En este sentido, la participación es una parte importante del desarrollo global de distintas estrategias comunitarias como, por ejemplo, la organización comunitaria (8.7) o el desarrollo comunitario (cap. 14); en la primera como objetivo y valor básico —además de técnica—; en el segundo como técnica instrumental apropiada.

g) Función técnica de la participación es, también, su uso como indicador en la evaluación —procesal o de resultados— del éxito de un programa (cap. 7). Si la participación en actividades del programa es —comparativamente— baja, podremos deducir que algo no va bien, aunque —por ese solo dato— no sabremos qué es lo que no marcha o por qué (el clima social y motivacional previo también influyen). Si la participación en actividades específicas del programa aumenta a lo largo del proceso o al final en relación al principio, eso indicará su éxito como elemento dinamizador o movilizador (no necesariamente en otros aspectos).

Con frecuencia, el aumento inespecífico en actividades barriales y vida comunitaria es una medida de impacto de un programa, independientemente de sus objetivos específicos. De hecho, el aumento de la participación es, casi siempre, un objetivo perseguido, explícita o implícitamente (como efecto "secundario" deseable), por los programas comunitarios; con frecuencia constituye una meta deseable a medio o largo plazo.

8. Efectos y limitaciones. Ya se han citado algunos de los efectos positivos así como los potencialmente negativos de la participación. En lo positivo, la participación genera una notable sensación de bienestar y sentido de la propia potencia y utilidad de los participantes, claramente diferenciado de la apatía e indiferencia derivadas de ser mero espectador o auditor pasivo y marginado. En ese sentido, la participación —además de sus efectos sobre el proceso concreto— es un factor muy positivo y dinamizador (sobre todo si funciona bien, pero, incluso por el sólo hecho de participar y autoexpresarse) para personas y grupos (y para los correspondientes programas).

No es, sin embargo, ninguna panacea; tiene no pocas limitaciones e inconvenientes: Es costosa en términos de tiempo y energía, pudiendo llegar a suponer un engorro y una pérdida de eficiencia en determinados procesos de planificación; requiere un cambio de actitudes y procedimientos —que pueden generar resistencias— así como preparación previa especial.

Es de esperar que, con un mejor conocimiento de la teoría y práctica de la participación, se mejore su metodología y resultados positivos para que pase de ser un valor aceptado, pero apenas ejercitado, a consolidarse como una práctica realista y normalizada de la actividad social y comunitaria, que, sin detraer de la eficiencia técnica de los programas sociales y comunitarios,

facilite el desarrollo y potenciación de las personas a través de su protagonismo social en aquellos asuntos de su competencia. Y ¿qué asuntos no son de la competencia —directa o indirecta— de los ciudadanos...?

8.3 Realización de la intervención comunitaria: premisas y asunciones

Antes de abordar el desarrollo procesal de la intervención comunitaria, debemos explicitar algunas asunciones e ideas previas que la enmarcan a partir —en buena parte— de lo ya indicado en las secciones anteriores.

1. Intervención frente a "laissez faire" y planificación total. Seguimos en este punto la sugerencia de Fisher (1982) que sitúa la intervención psicosocial entre los dos extremos opuestos de la pasividad o no intervencionismo ("laissez faire"), propio del liberalismo puro y la planificación social y económica total propia de algunos regímenes políticos autocráticos o de socialismo centralizado, admitiendo implícitamente (y combinando) la necesidad de planificación e intervención —limitadas— desde arriba con la propia dinámica individual y social, desde abajo. Ya se ha discutido antes la posibilidad de compatibilizar ambas tendencias contrapuestas.

2. Nivel mesosocial. Como se señaló en el capítulo 2, lo comunitario se sitúa en un nivel social intermedio entre lo grupal y lo social. Igual sucede a nivel interventivo, donde la IC se sitúa como escalón intermedio entre el político (prioridades de actuación y políticas sectoriales), como escalón superior, y las acciones o componentes concretos como escalón ejecutivo —y analítico— inferior.

Esto implica que —como ya hace notar la OMS (1981; ver 7.9)— hay que tener en cuenta las prioridades y el marco político general en que se enmarca una intervención y que facilitan o dificultan (según la concordancia o discrepancia de la filosofía y objetivos del programa con los de las políticas públicas del sector en que se enmarca) la puesta en marcha y realización de esa intervención, sobre todo a la hora de obtener recursos, pero, también, a la hora de conseguir efectos sociales globales y coordinados. Las acciones o componentes concretos del programa interventivo formarán el nivel analítico y operativo más reducido a tener en cuenta en el diseño, valoración, explicación y posible diseminación —o modificación— ulterior del programa, según se explica más adelante (8.4).

3. Participación de la comunidad y legitimidad de la intervención, según lo ya explicitado en 8.2.

4. Compatibilidad básica de valores entre interventor (persona o equipo) y la comunidad o grupo social con que se va a intervenir. Si la asunción implicaba —más como conveniencia que como necesidad— la congruencia valorativa y de objetivos con el escalón político supraordinado, aquí se indica la necesidad de una mínima compatibilidad o no discrepancia entre los valores y cultura del interventor y la comunidad, sin la cual es más que dudoso de que pueda llevarse a buen puerto la intervención.

Caso de que exista una discrepancia significativa entre las dos partes, lo apropiado parece manifestar explícitamente el punto de vista del interventor y discutir racionalmente con el grupo —o sus representantes— para tratar de llegar a un acuerdo mutuo o al convencimiento de una de las partes por la otra. Si las diferencias de base persisten, lo mejor es renunciar en ese estadio a la intervención, a la espera de otro interventor más congruente con la comunidad o una comunidad más congruente con el interventor. De lo contrario la intervención se convertiría probablemente en un proceso improductivo marcado por los malentendidos y enfrentamientos constantes.

5. Intervención desde arriba y desde abajo. Como se ha señalado en secciones previas hay 2 enfoques generales de intervención comunitaria —entendida en sentido amplio—: Desde abajo (bottom-up), centrada en el desarrollo de recursos del sistema social —ilustrada por la acción

social y la autoayuda— y desde arriba (top-down), centrada en la prestación o transferencia técnicamente organizada de servicios y recursos externos, ilustrada por el desarrollo de comunidad.

Cada modalidad global tiene sus posibilidades y limitaciones ya explicitadas en buena parte anteriormente y retomadas más adelante (8.6) al describir la acción social y el desarrollo de comunidad. Evidentemente la idea de intervención está mucho más cerca —sensu estrictu— de la actuación desde arriba, con la que se la suele identificar. Aquí, sin embargo, la usamos en un sentido más amplio e integrador para permitir —en línea con lo ya indicado en 8.2— incluir la actuación desde abajo a la vez que compatibilizar legítimamente ambos enfoques (desde abajo y desde arriba).

Por otro lado, la intervención social o comunitaria planificada se acerca más —tal y como se plantea y practica en los países industrializados occidentales— a la reforma o cambio social gradual (5.7) que al cambio social profundo o revolucionario, que puede darse, en todo caso, más en sociedades en condiciones extremas de injusticia, explotación o atraso. De hecho podríamos —y deberíamos— plantearnos hasta qué punto el cambio social planificado, tal y como es concebido aquí y en los textos comunitarios, excluye —e incluso impide— el cambio social radical, al dirigirse más a optimizar recursos y mejorar algunos mecanismos y procesos secundarios (que no los básales ni las profundas raíces de los problemas) del funcionamiento y problemática social, funcionando así, en gran parte, como válvula de escape de tensiones sociales, evitadora de explosiones sociales mayores.

(Debería también plantearse a este respecto, si otro tipo de cambios son realistamente posibles —o van a crear más problemas de los que en principio resolverían—; si su titularidad —y mandato ejecutivo— corresponde a determinados profesionales o a la sociedad total y sus agentes políticos delegados y si no debe ser ese papel —reductor de tensiones— el que corresponde, en buena parte, a los programas sociales y comunitarios o si, por el contrario, asumimos una postura testimonial o estética radical que necesite cataclismos y rupturas sociales, más en función de las propias necesidades ideológicas, éticas y estéticas que de las verdaderas demandas y deseos sociales.)

En cuanto al origen de la intervención, podemos señalar 3 vías posibles: Encargo externo, demanda comunitaria e iniciación autónoma por el propio interventor. En el contexto institucional y organizativo de nuestro país, en que los psicólogos suelen trabajar encuadrados (como funcionarios o contratados) en las administraciones públicas, las dos primeras modalidades —sobre todo el encargo— son las más habituales. Cada modalidad tiene sus ventajas e inconvenientes, marcando una forma de trabajo, un rol y un marco contractual interventor-comunidad diferenciados.

La intervención generada por una demanda de la comunidad o grupo social de interés, asegura la motivación y participación de la comunidad, así como el acceso directo del interventor al grupo. El problema puede venir al conseguir el "placel" político-gestivo y los medios precisos para llevarla a cabo. Habitualmente necesita, además una redefinición y replanteamiento de la demanda inicial. La intervención generada desde el encargo asegura, en cambio, la iniciativa política y los medios precisos, estando —en general— más claramente definida y perfilada. Restringe mucho más, en lo problemático, el papel e iniciativa del interventor y, sobre todo, no garantiza la motivación e interés de la comunidad, a menos que contacte con un deseo o necesidad sentida de ésta.

La intervención generada desde la iniciativa del propio profesional o técnico (a través de una beca universitaria, desde una cooperativa autónoma o un proyecto dado, etc.), se sitúa en un terreno intermedio que —en principio y si se cuenta con medios no dependientes de la agencia

política ejecutiva— da más autonomía al técnico para realizar cambios o acciones considerados conflictivos, problemáticos o políticamente poco rentables por la parte política.

Habrá que "legitimar" la intervención, no obstante, verificando que se refiere a un tema sentido como relevante o necesario por la propia comunidad. En realidad, el tema es mucho más complejo, cabiendo, entre otras cosas, posturas intermedias. Lo dejamos simplemente apuntado. En el capítulo 7 (7.10) se describió una metodología de planificación y evaluación de programas, basada en los grupos nominales, que permite conocer e integrar operativa y realistamente el input de las 3 partes (gestión política y patrocinadores; técnicos y expertos; y comunidad o clientela) implicadas aquí como originadores posibles de la intervención comunitaria.

Finalmente, y como también se señaló en el capítulo 7, todo programa de intervención comunitaria debe tener en cuenta para su realización —al menos— 3 elementos clave:

a) Tener sus raíces en la comunidad, siendo accesible a ésta. En otras palabras, toda intervención debe contar desde su iniciación con aquellos a los que se va a aplicar. Es este un principio básico para asegurar, no ya la participación, sino la aplicación misma del programa: Una intervención vista por los usuarios o clientes potenciales como impuesta, está destinada al fracaso. En este sentido ya se señaló que la evaluación inicial de necesidades además de proporcionar información (contenido) sirve para relacionarse con la comunidad transmitiéndole explícita y/o implícitamente (proceso) que se cuenta con ella.

b) Se cuenta con los medios (financieros, materiales, de personal) necesarios para llevarla a cabo y no va a quedar en una movilización frustrante, una escaramuza verbal o un dossier de folios con membrete.

c) Se establece una vía o sistema de comunicación apropiado con la comunidad o sistema cliente para obtener feed-back adecuado de estos que permita seguir el progreso de la intervención y hacer las correcciones precisas sobre la marcha, antes de que los problemas o deficiencias sean irreversibles.

8.4 Proceso o desarrollo

No hay un proceso único y prescriptivo para cualquier tipo de intervención comunitaria, dado que el curso y formato de ésa depende considerablemente del ámbito y nivel de la intervención (educación, salud mental, urbanismo, etc.; barrio, región, centro u organización, etc.) así como de las estrategias usadas y objetivos perseguidos. Se puede proponer, sin embargo, un proceso genérico de 6 fases, más o menos secuenciales, apropiado —como resumen y guía— para la mayoría de las intervenciones habituales y que puede resumir varios de los propuestos en la literatura (por ejemplo, y por citar sólo 3: Caplan, 1979; Periman y Gurin, 1972; Warren, 1977; ver 8.4.7). Las siguientes, expuestas linealmente (aun cuando, en realidad, no sean estrictamente secuenciales, sino con un cierto grado retroalimentación mutua): 1) Definición (y análisis) del tema, comunidad o problema; 2) evaluación inicial (de necesidades); 3) diseño/planificación y organización del programa; 4) ejecución o implementación; 5) finalización y evaluación de resultados; 6) diseminación.

8.4.1 Definición (y análisis) del tema, comunidad o problema

El punto de partida de la intervención puede ser una comunidad, una población o un tema —problemático o carencial— a resolver, o positivo —de interés— a potenciar. En realidad, ese punto de partida incluye casi siempre 2 partes: 1) Un tema —problemático o positivo—; 2) una operación referida a qué es lo que queremos hacer (globalmente, en este momento inicial) con ese

tema (prevenir, desescalar la tensión, promocionar o ayudar, etc.); es decir, cuál es nuestro objetivo general de partida. En esta fase nos ocupamos de la primera parte, el tema; en la fase 3 (diseño de la intervención) retomamos la operación al hablar de los objetivos.

• Si partimos de una comunidad, tendremos una delimitación social y geográfica del tema relativamente clara que nos facilitara el acceso —evaluativo e interventivo— al objeto de la intervención y —además— podremos contar con los lazos, interacciones sociales y psicosociales y núcleos organizativos comunitarios (centros cívicos, asociaciones, parroquias, centros asistenciales, de reunión o actividades, etc.) como trama que facilite o intermedie la intervención. Como desventajas, estaremos frente a una unidad interventiva muy compleja en términos de problemática, grupos e intereses sociales, que requerirá una intervención paralelamente multifacética (idealmente, un plan integral), con una evaluación y diseño complejos y nada fáciles.

Grosso modo, podríamos ampliar lo indicado a organizaciones de base territorial (una escuela, un centro productivo, un centro de prestación de servicios, etc.), cambiando el énfasis territorial (central en la comunidad) por el derivado de una mayor estructuración u organización en torno a intereses —sociales, profesionales o funcionales— predefinidos.

• Si partimos de un problema —o necesidad— tenemos, por el contrario, un tema (relativamente) monográfico de intervención (droga o marginación) lo que simplifica y centra el proceso. Carecemos, en cambio, de los elementos organizativos, asociativos y relaciónales a nivel social y psicosocial que faciliten la acción (excepto si los afectados por el problema han formado algún tipo de asociación, lo cual sería un buen punto de partida).

Tampoco podemos contar con la vecindad geográfica, lo que dificulta —y encarece— notablemente el acceso a los afectados, la evaluación (sobre todo si hemos de hacer un sondeo muestral) y la intervención, tanto en términos asociativos como de prestación de servicios. La intervención puede organizarse aquí a partir de los centros de asistencia o tratamiento (el elemento "homogeneizador" o compartido por esa población) o territorialmente, a partir de la división más adecuada de la administración local (distrito, municipio, comarca, provincia).

Algo similar podría decirse si partimos de un tema positivo a potenciar: Participación, uso del tiempo libre, fomento de las relaciones interpersonales o sociales, desarrollo personal o grupal, dinamización de un colectivo, concienciación respecto a un tema, etc.

• Una población —como unidad de intervención— está definida por parámetros demográficos —o sociales— como la edad, el sexo, nivel de renta, situación escolar o laboral, etc. Por ejemplo, los adolescentes, la tercera edad o las mujeres. Esto facilita la localización y —hasta cierto punto— el acceso al grupo blanco de la intervención aunque, en general, esa población puede ser bastante diversa respecto a factores importantes (zona de residencia, clase social, educación, asociaciones, etc.) y padecer problemáticas múltiples, careciendo, como en el criterio anterior, de los lígamenos sociales y psicosociales generados por el vecindario comunitario.

En la parte positiva, los individuos suelen presentar elementos comunes (intereses, problemática básica, cultura generacional, etc.) sobre todo si se trabaja por criterios evolutivos o de edad. Con frecuencia una población viene definida por un problema compartido: Los drogadictos, los parados o las mujeres maltratadas. En este caso este criterio se combina con el anterior y tenemos una problemática más definida y concreta.

Como ya se indicó en el capítulo 7, esta fase inicial comprende básicamente, según el tema y nivel de la intervención:

1) La delimitación y definición lo más clara y precisa y operativamente posible del tema, grupo o problema blanco de la intervención previamente identificado.

2) Análisis inicial de conjunto, para ver los elementos problemáticos —y carenciales—, los

recursos y las dimensiones y relaciones básicas entre esos elementos y el sistema social global.

Esta delimitación, definición y análisis se pueden realizar a partir del conocimiento experiencial del tema por el interventor, o bien a través de documentación indirecta. Hemos de asegurar la relevancia del tema, no sólo para el propio interventor, sino para la comunidad o afectados, ya que sin una percepción compartida de esa relevancia o urgencia no existirá motivación para actuar o colaborar, al no existir conciencia de problema o interés por el tema. Para esto es conveniente incluir en el proyecto de intervención una sección expositiva describiendo la justificación o necesidad—el "porqué"— de la actuación que proponemos en el momento y contexto dados.

Sólo cuando hayamos delimitado y definido un tema relevante y analizado sus dimensiones y relaciones básicas, podremos pasar a la segunda fase, de evaluación formal, puesto que ya sabremos qué evaluar y —a partir de ahí— cómo hacerlo. La fase de evaluación retroalimentará, a su vez, a la anterior, contribuyendo a una mejor definición de la cuestión problemática o positiva y de sus dimensiones, una vez hayamos tomado contacto con él y recogido información desde los distintos grupos y temas afectados.

8.4.2 Evaluación inicial

Esta fase fue descrita ampliamente en el capítulo 7, bajo el rótulo general de "evaluación de necesidades", como constatación y evaluación inicial de la problemática o necesidades existentes, imprescindible para la planificación de la intervención posterior.

En esencia, se trata de un análisis y valoración del sistema social o comunidad desde el punto de vista del tema o problemática de interés —y de su resolución—, con aplicación de las metodologías métricas y de diseño experimental apropiadas, teniendo en cuenta que debemos constatar posteriormente los efectos (eficacia, eficiencia, impacto) del programa interventivo frente a como habría evolucionado el tema o sistema social si no se hubiera producido la intervención. También deben tenerse en cuenta —junto a los informativos— los efectos e implicaciones relaciónales y valorativos del proceso evaluativo y de los diversos enfoques utilizados, revisados en el capítulo 7.

Esos enfoques o métodos habituales fueron agrupados en 5 apartados: Informantes clave, grupos estructurados y foros comunitarios, tasas de personas tratadas, encuestas poblacionales e indicadores sociales.También se ilustraron áreas, metodologías o técnicas concretas de evaluación de necesidades o programas como la calidad de vida, estrés, climas sociales, consecución de objetivos (GAS) y planificación y evaluación a través de los grupos nominales.

8.4.3 Diseño/planificación y organización de la intervención

Concebimos un programa como un conjunto coherente de acciones destinadas a alcanzar unos objetivos o resolver un problema. Pues bien, en esta fase se crean y desarrollan sistemática y ordenadamente —sobre el papel— esas acciones o componentes que, en su conjunto, nos permitirán, a partir de una teoría o modelo válido (o de la experiencia previa) del cambio psicosocial, por un lado, y del problema concreto, por otro, alcanzar los objetivos prefijados. Se trata pues de: 1) Establecer un plan racional de actuación para alcanzar unos objetivos y 2) obtener y organizar los medios que lo hagan realidad en un contexto social concreto a través de una estrategia eficaz (que se desarrolla en la fase siguiente).

Esta etapa sirve, por tanto, de puente entre teoría y acción desde la idea directriz de que lo que en ella se cree o diseñe va a ser llevado a la realidad. No se trata pues de un divertimento

teórico o de diseño creativo, sino de una preparación para la acción, de forma que lo que aquí se conciba a partir de unos conocimientos teóricos, empíricos o experienciales (parte 7, intervención racional o deseable) debe ser, por un lado, traducible a acciones y procesos psicosociales concretos y, por otro, viable en una realidad _y con unos medios— determinados (parte 2, intervención real o posible). Naturalmente, estamos hablando aquí de programas de intervención, no de programas expositivos o "de escaparate" —tan abundantes últimamente en la vida política y social de este país—, en cuyo caso los planteamientos y diseño variarán de lo aquí expuesto, pudiendo incluir, al no estar destinados a ser hechos realidad, la fantasía conceptual y el brillo imaginativo.

Es esta, pues, una fase "de laboratorio" o despacho, sólo posible —precisamente por haber estado precedida por otras fases (de análisis y evaluación) en las que se ha estado en contacto —directo e indirecto— con la realidad social y psicosocial que queremos transformar. Elementos o partes básicas de esta etapa (no necesariamente en orden temporal, ni acotados secuencialmente) son: a) Determinación de objetivos; b) establecimiento del contenido del programa, (acciones o componentes); c) análisis de la conexión entre objetivos y componentes; d) organización del programa y obtención de recursos.

a) Determinación de los objetivos (jerarquizados) de la intervención. Paso a caballo entre esta fase y la de evaluación, que concluye precisamente en la fijación de los objetivos. Estos se determinan tanto (1) racionalmente, desde la integración de los datos —sobre la problemática y recursos humanos disponibles— de la evaluación inicial, como (2) a partir de otros inputs extraracionales (Cook y Shadish, 1986; Syme, Seligman y Macpherson, 1989), como los principios políticos y valorativos que, según se ha indicado ya, priorizan, desde el escalón político y los intereses sociales, unos campos y temas sobre otros (por ejemplo, seguridad ciudadana sobre salud mental o prevención de problemática adolescente).

En realidad esta tarea comienza en el inicio de la intervención (fase 7) que, como ya indicamos, incluye un objetivo u operación general perseguido respecto al tema planteado. Lo que se hace ahora es concretar y explicitar —y modificar, si es preciso— ese objetivo genérico inicial en forma de objetivos específicos a partir de los datos retroalimentados desde el análisis y evaluación realizados en las fases previas. Cuanto más específica y operativamente definamos los objetivos más fácil será, después, establecer los componentes del programa, intentar hacerlos realidad y evaluar hasta que punto han sido alcanzados. No siempre se trabaja, de todos modos, sobre objetivos explícitos o es posible una concreción operativa de todos los objetivos. (Asumimos, naturalmente, que los objetivos son significativos y relevantes respecto a las cuestiones o problemática básica de la comunidad. De lo contrario, su consecución no implicará una mejora substancial en las condiciones de vida de aquélla).

La jerarquización de objetivos se justifica por 2 razones: 1) Porque los medios (económicos, humanos, etc.) son siempre limitados en relación a la problemática o deseos de cambio en una comunidad; 2) los objetivos pueden ser mutuamente contradictorios (o incongruentes, al menos) de forma que, al perseguir uno de ellos, estamos minando la consecución de otro. Por ejemplo, fortalecer la capacidad organizativa y reivindicativa de un grupo puede muy bien reducir la cohesión del conjunto del sistema social o las relaciones de ese grupo con el resto.

La jerarquización o aclaración de prioridades permite en ambos casos optar por unos objetivos sobre otros. Esto puede hacerse numerándolos jerárquicamente, distinguiendo objetivos principales y subobjetivos parciales en cada uno de los principales, o estableciendo grupos separados de objetivos a distinto plazo de tiempo (corto, medio y largo plazo, por ejemplo), sobre todo si el programa tiene varias fases o etapas sucesivas. En todo caso, las listas interminables de

objetivos deseables no es, en general, realista ni seria. En un problema o contexto minimamente complejo, es dudoso que se puedan alcanzar realmente más de 3 ó 4 objetivos medianamente ambiciosos (y razonablemente coherentes entre sí) sin caer —este es otro problema— en una dispersión o contradicción de las acciones o componentes a realizar para alcanzarlos.

b) Establecimiento del contenido del programa (o sea, los componentes, proyectos o acciones a llevar a cabo por medio de métodos adecuados) para alcanzar los objetivos marcados, junto con los destinatarios —territoriales, administrativos o sociales— de cada uno. Por ejemplo, "siembra" de folletos en un barrio, sensibilización informativa a toda la población, cambio de actitudes en un vecindario respecto al asentamiento de un nuevo grupo, reclutamiento de voluntarios en una ciudad o región, creación de una residencia o servicio de atención, contacto con líderes políticos o comunitarios de una comarca o región, consulta o coordinación de asociaciones vecinales, etc.

Estos componentes o acciones (que pueden estar centrados en torno a uno o 2 básicos y emblemáticamente identificadores del programa según la estrategia de acción elegida) deben estar integrados, formando un conjunto coherente que podamos llamar programa. Los componentes deberán ser lo más adecuados que sea factible para conseguir los objetivos planteados con el menor coste técnico —tiempo y esfuerzo— posible. Esto es una parte muy importante —como se explicó en el capítulo 7— de la eficiencia del programa. Significaría que si, en lugar de usar en un problema prevenible, por ejemplo, una estrategia preventiva más apropiada a medio plazo, proponemos únicamente acciones terapéuticas o paliativas —que demandan más esfuerzo profesional sin incidir globalmente sobre el problema— estaremos haciendo un diseño poco eficiente desde el punto de vista técnico.

Un vicio habitual de diseño es definir los problemas en términos exclusivamente profesionales, de forma que requieran soluciones primordialmente profesionales (personal, agencias de servicio, etc.) o, más aún, de forma que se solucionen en función de lo que el profesional sabe hacer, supeditando el problema a sus habilidades profesionales, en lugar de, al contrario, supeditar estas habilidades a las demandas específicas de solución del problema. En general, es importante concebir las soluciones en términos de inducción de ciertos procesos sociales y psicosociales que vayan en la dirección de solucionar las cuestiones planteadas, estando los medios —profesionales, infraestructura, etc.— instrumentalmente incardinados en (o subordinados a) esos procesos, y no al contrario.

Para ello habremos de tener en cuenta los recursos y grupos activos de la comunidad partiendo en la intervención —siempre que sea factible— de ellos, en lugar de ignorarlos y empezar a crear, sin más, infraestructuras administrativas y profesionales. La meta del diseño no es, en otras palabras, crear puestos de trabajo técnico sino resolver problemas o alcanzar objetivos. Esos puestos de trabajo y la actividad profesional deben estar al servicio de los objetivos y resolución de los problemas, y no al contrario.

c) Análisis de la conexión entre objetivos y componentes. Este análisis —muy raramente incluido en el diseño de programas— es el "corazón" de esta etapa. Se trata de justificar que los componentes conducen lógicamente a los objetivos fijados, de forma que, realizando esas acciones o proyectos, se van a alcanzar aquellos objetivos. Otra cosa es que luego, en la realidad, se alcancen o no; esa es la cuestión empírica que debe ser respondida por la evaluación de resultados. Lo que podemos —y debemos— mostrar en esta fase de diseño es que existe una conexión que liga lógicamente acciones y objetivos. Es decir, hacer explícitas —y analizar rigurosamente— nuestras asunciones implícitas de porqué el programa va a funcionar (un proceso muy relacionado con la cuestión de la "evaluabilidad" de programas examinada en el capítulo 7).

Esto debería ser realizado para cada componente respecto a cada objetivo planteado bien sea, (1) aportando datos teóricos o lógicos (las hipótesis que tenemos sobre el tema y sistema y lo que va a suceder si hacemos esto o aquello), o (2) datos empírico-experienciales (estudios o experiencias previas sobre el tema en contextos semejantes) sobre los efectos de las acciones a realizar o —si partimos de los objetivos— sobre los mejores procedimientos de alcanzar ese objetivo, junto a sus ventajas e inconvenientes. Al hacer este examen, debe también tenerse en cuenta la repercusión de cada acción o componente sobre los distintos objetivos (que pueden ser discordantes). Puede ser, por ejemplo, que la concienciación sobre un tema "incómodo" (uno de los objetivos propuestos) empeore las relaciones con la comunidad o la administración, dificultando la consecución de otro objetivo de mediación o "buenas relaciones" con esas partes.

Este análisis constituye un excelente sistema de detección de fallos y cribado lógico del programa (sobre factibilidad, contradicciones, coordinación de objetivos o acciones, coordinación de acciones y objetivos, etc.) a la vez que una excelente herramienta estratégica para justificar la intervención —y los medios necesarios— ante la parte política o administrativa que debe decidir sobre ella y aportar los recursos para hacerlo realidad.

d) Organización del programa y obtención de recursos. Esta parte persigue obtener los medios y recursos externos necesarios para trasladar operativamente lo diseñado sobre el papel a una realidad social y administrativa concreta en un plazo de tiempo definido. Incluye, la obtención de financiación, personal técnico o semitécnico y la infraestructura (locales, administración, etc.) precisa. También comprende otros elementos de organización como: Coordinación de las acciones a realizar; coordinación del personal del programa —entre sí y con las instituciones o asociaciones apropiadas—; programación de contactos; logística e infraestructura de apoyo para sostener el programa, sus acciones y los grupos sociales participantes; reclutamiento y formación de personal; integración vertical de las acciones y sistemas de seguimiento y registro de casos; etc., etc.

También la "calendarización" (o timing) de las actividades, teniendo en cuenta el ritmo y demandas temporales de cada una —y de su coordinación—, así como (importante) el ritmo de la administración o agencia patrocinadora del programa (en cuanto a presupuestación, tramitación, etc.), que casi nunca coincide con el ritmo racional de la programación técnica y que —peor— puede cesar en un momento dado (por recortes presupuestarios cambio de responsable político, etc.) sin que la intervención diseñada haya concluido (por lo que es importante prever la parte de mantenimiento del programa descrita en la fase siguiente).

En realidad, la parte organizativa está a caballo entre esta fase de diseño y la de implementación, que requiere también organización sobre el terreno en función de la estrategia elegida. La incluimos aquí fundamentalmente porque tiene un importante componente de previsión inicial globalizada; podría ir de todas formas, en la etapa siguiente en cuanto a la parte estratégica que también comporta. Algo similar sucede con la opción de estrategia que hemos incluido en cambio, en la fase de implementación, pero que podría figurar también en esta por requerir un diseño previo (del que depende en buena parte, por cierto la organización concreta de la intervención, muy interconectada con la estrategia elegida).

8.4.4 Ejecución o implementación

En esta etapa se hace realidad lo planificado a través de la organización y medios disponibles, modificándolo "sobre el terreno" según el progreso real del programa. Procesos básicos —no necesariamente lineales y sucesivos— son: a) La estrategia interventiva; b) la

entrada en —o contacto con— la comunidad; c) las correcciones o ajustes precisos y d) el mantenimiento del programa.

a) Estrategia interventiva; el cómo. Se trata de idear o elegir una vía o procedimiento general para hacer realidad lo planificado, que no sólo asegure su viabilidad en unas condiciones técnicas, sociales y político-administrativas dadas, sino que señale -además- el camino óptimo de realización de la intervención, en términos de facilitar su aceptación por las distintas partes e intereses implicados y minimizar las eventuales resistencias.

Para determinar la estrategia, tendremos que tener en cuenta —además del diseño del programa y los objetivos perseguidos- los siguientes factores: 1) La disposición motivacional y recursos de la comunidad blanco de la intervención y los apoyos sociales y comunitarios disponibles; 2) la disposición del personal que la va a ejecutar (técnicos y no técnicos); 3) el equilibrio de poder existente, así como la oposición y resistencias previsibles en función de los cambios sociales y personales (de rol) a efectuar. Todo esto deberá ser contextualizado en relación al factor tiempo, importante también en cuanto al ritmo de los cambios, que no debería exceder lo que el grupo central (o el más "lento" o resistente) puede absorber sin provocar reacciones homeostáticas negativas (recordar los principios de cambio; 5.7) o desajustes regresivos, pero tampoco ser menor ese ritmo que el posible, para maximizar la eficiencia —temporal en este caso— de la intervención.

Así como la fase de diseño tenía un contenido más social y —relativamente— tecnocrático, la estrategia subraya fundamentalmente los factores relaciónales y psicosociales del grupo social, ya que estamos actuando con personas y grupos humanos que —como ya se ha recalcado— van a ser los sujetos, además de objetos, de la intervención. Los intereses, sentido de poder psicológico y social, las interacciones, historia social, expectativas, sistemas de regulación y control y demás elementos del proceso de socialización incorporado por esas personas serán fundamentales a la hora de llevar a cabo la intervención, marcando precisamente el nivel motivacional —o el grado en que están adaptativa e históricamente "programados" para asumir voluntariamente su condición de sujetos de las acciones a seguir— en el contexto social y organizativo concreto.

Y esto, porque las personas y sus elementos interrelacionales y regulativos son (deben ser) el "instrumento" básico en la intervención comunitaria (a diferencia de otros tipos de intervención en que los elementos básicos pueden ser las leyes, el espacio urbanístico y los materiales de construcción o las regulaciones monetarias). Es por esa razón que Rueda (1986, 1988; ver 8.4.7) ha denominado a esta parte intervención psicosocial para diferenciarla de la anterior, más social y centrada en el problema. (La diferenciación neta entre una y otra como intervención social y psicosocial, en base al grado de sujeto asumido por la comunidad en la segunda frente al de objeto "portador" de un problema social en la primera es, creemos, discutible y está necesitada de mayor análisis).

La estrategia abarca —además de esa parte de diseño previo— los cambios e innovaciones que sobre el procedimiento general hayan de introducirse en función de las dificultades, fallos o incidencias que se encuentren sobre la marcha. La organización de la intervención está íntimamente ligada, por otra parte, a la estrategia elegida, dependiendo en buena parte de ella (a pesar de haberla incluido más arriba). Si elegimos una estrategia de confrontación y acción social, los recursos y organización necesarios serán muy distintos (centrados en la comunidad) que si optamos por una de negociación y mediación entre la comunidad y la administración u otros grupos o por una estrategia centrada en la prestación de servicios a grupos necesitados o de prevención. Una parte importante del diseño estratégico es la entrada a la comunidad o el contacto con el grupo blanco de la intervención. b) Entrada en la

comunidad o contacto con la población "cliente". No en todas las intervenciones puede pasarse directa y automáticamente de la fase de diseño o planificación a la ejecución. Con frecuencia se necesita preparar la entrada en la comunidad o sistema social en que se va a realizar la intervención o el contacto efectivo y apropiado con la población a afectar, sobre todo si el programa no parte de una demanda comunitaria o —incluso— si parte de una demanda de un sector poblacional o comunitario más o menos minoritario. Esta necesidad es tanto mayor cuanto más elevado sea el impacto o cambio (negativo pero, incluso, positivo) a provocar (sobre todo en temas en que, por la historia de la comunidad o el impacto de los medios de comunicación de masas, el grupo está muy sensibilizado o polarizado) y menor la familiaridad o contacto previo del interventor (o administración o patrocinador que lo respalda) con esa comunidad.

La entrada en la comunidad va ligada a —y es casi simultánea con— la negociación (generalmente implícita e informal) del contrato de intervención y al establecimiento de la relación imerventor-sistema social, todo lo cual es fundamental para el éxito o fracaso del programa o, como mínimo, para facilitar y acortar su implementación o, por el contrario, dificultarla y alargarla improductivamente. Es, pues, una parte básica del conjunto de la estrategia interventiva, al establecer el tono inicial de ella. La casuística y posibilidades de entrada al sistema social es amplia y debería ser extensamente discutida en la formación del psicólogo comunitario. Prescindiendo de las premisas de legitimidad y relevancia, ya discutidas previamente, algunos de los procedimientos posibles de entrada en la comunidad serían:

1) En respuesta a una demanda; la alternativa más deseable desde el punto de vista motivacional, ya examinada en 8.3. Con frecuencia deberemos precisar y redefinir la demanda, analizar el "qué", "cómo", "de quién", y "porqué" de la demanda y negociar las condiciones de realización de la intervención. No se plantean, no obstante, problemas desde el punto de vista que aquí nos interesa.

2) La evaluación inicial—o de necesidades— es otra excelente forma de entrada en el sistema social mostrando genuino interés, por ese sistema y permitiendo la participación e inicio de contactos con la comunidad. Esta modalidad genera, sin embargo, importantes expectativas de actuación definiendo además al psicólogo como evaluador, no como interventor, por lo que aquél deberá replantear el marco relacional a la hora de actuar, a partir del contacto inicial como evaluador (en que —recuérdese— no se propone, ningún cambio o intervención en la vida de la gente, limitándonos a recoger información).

3) A través del contacto —y persuasión— de líderes comunitarios formales e informales. Elegiremos, evidentemente, a aquellos que sean favorables a los cambios sociales, en general, o al cambio concreto que proponemos, en particular. Habrá que valorar en este caso la relación de los líderes con la comunidad (que asumimos positiva; si no lo fuera, habría que hacer un segundo contacto "por abajo" o prescindir totalmente del contacto inicial "por arriba", según las circunstancias) y la existencia de otros grupos o líderes relevantes que pueden situarse en contra nuestra al percibimos aliados con el grupo o líder contactado. Tendremos que tener en cuenta, en cualquier caso, a los líderes o grupos contrarios al programa a introducir.

4) A través de otros profesionales o mediadores que vivan o trabajen en la comunidad (psicólogo, trabajador social, educador, médico, abogado, etc.) especialmente a aquellos presumiblemente abiertos a las ideas o trabajo comunitario (servicios sociales de base, centros de salud y asistencia primaria, parroquias o escuelas "progresistas", escuelas de adultos, etc.). Entre otras ventajas de este enfoque, está la de que las personas contactadas comparten nuestro lenguaje (y visión de la realidad) profesional (u otro similar) y pueden orientamos, trazando un plano de situación de la comunidad.

5) Por "abajo", a través de algún conocido —o conocido de otra comunidad que conoce a alguien de la de interés— que tengamos en la comunidad, lo que puede abrimos muchas puertas (a ese nivel, naturalmente).
6) El acercamiento (espacial y cultural) al grupo de interés a través de una cierta "empatía social" y personal que nos permita sintonizar lo más posible con su forma de vida y visión de las cosas y ser aceptado como un "próximo" al grupo (un "colega") sin perder, sin embargo, nuestra identidad y objetivos profesionales y personales.

Frecuentemente utilizado en la educación de calle y el medio abierto, este procedimiento conlleva el riesgo de ir demasiado lejos en el acercamiento y empatía social, perdiendo parte del rol e identidad profesional y siendo incapaz de distanciamiento respecto al grupo y tema en cuestión. La estrategia suele consistir en buscar el contacto "casual" con el grupo en los lugares en que se reúne (la calle, bares...) y trabar algún tipo de relación social con un progresivo acercamiento a la cultura, formas de relación y vocabulario del grupo para pasar más adelante a plantear gradualmente el verdadero propósito de nuestra acción desde la relación de confianza establecida y sin perder la referencia de la perspectiva cultural y valorativa del grupo.
7) A través de un caso o muestra del tema o problema de interés de la comunidad u organización, con el que proponemos hacer una demostración de la efectividad del programa (que asumimos suficientemente probada previamente en casos y contextos similares). Es una vía interesante, casi puramente empírica y sin los componentes relaciónales de las anteriores que, caso de funcionar, nos sitúa en una ventajosa postura de autoridad técnica. Es el enfoque usado por Fairweather, Sanders y Tomatzky (1974) para difundir su programa comunitario de atención mental a diversos hospitales psiquiátricos.
8) Provocación a través de discursos, acciones o dramatizaciones colectivas en lugares públicos o de conversaciones individualizadas con personas elegidas. Es un sistema de motivación relativamente arriesgado que demanda muchas "tablas" y seguridad en el interventor, así como saber manejar después constructivamente las emociones y dinámicas suscitadas sin provocar una reacción negativa contra sí mismo, la acción irracional y destructiva o la frustración de las expectativas iniciales. Estrategia típica de la acción social perfectamente ilustrada en el trabajo de Saúl Alinsky (1946 y 1971).

Naturalmente que estos procedimientos proporcionan únicamente formas de entrada o contacto inicial con la comunidad, el resto del proceso debe ser establecido a partir de ahí e incluirá con frecuencia —como se ha indicado más arriba— algún tipo de negociación o contrato más o menos explícito de las condiciones —y quizá de las operaciones— que se van a llevar a cabo (lo que puede requerir modificaciones del programa inicialmente planeado) y/o una especificación de las formas de participación en —y retroalimentación a— el desarrollo del programa.
c) Corrección y ajuste del programa inicialmente planificado en caso de novedades, dificultades o de que, en lugar de avanzar hacia los objetivos fijados, nos estamos desviando de ellos. Para lo cual debemos disponer de un sistema efectivo y continuo de feedback desde la comunidad o usuarios a través de indicadores formales o informales de evaluación sobre la marcha del programa.
d) Mantenimiento del programa. Se trata aquí de asegurar la continuidad del programa cuando el equipo interventor (y la administración o agencia implicada) cesen su actividad interventiva directa, según lo planificado o por algún tipo de incidencia imprevista. Es esta una operación no contemplada habitualmente en los programas, pero muy necesaria dado que casi nunca se alcanzan plenamente los objetivos previstos o se logra un efecto relevante sobre el problema planteado en los limitados plazos planificados y presupuestados. Se trata, en todo caso, de

"rentabilizar" el programa y de intentar mantener los procesos de dinamización y solución de problemas que a partir de él se pueden haber inducido en la comunidad o población, contribuyendo, por tanto, a la autoregulación del sistema cuando el esfuerzo interventivo formal cese.

El mantenimiento del programa debe, no obstante, plantearse, no al final del programa sino desde el principio, para preparar las tareas necesarias que serían, básicamente:

1) Asegurar las fuentes de financiación (subvenciones, becas, ayudas de la administración, cuotas de asociaciones, etc.), sea directamente, sea entrenando a algunas personas del grupo para que puedan solicitarlas posteriormente (dónde ir; cómo rellenar papeles; argumentación de propuestas; etc.).

2) Formación de personal local seleccionado para determinadas actividades que se hayan de continuar (clases, animación asociativa o grupal, voluntariado o ayuda paraprofesional, etc.).

3) Desarrollo de liderazgo local y eclipsamiento gradual del liderazgo externo, algo muy importante para mantener la marcha de las actividades cuando el personal técnico desaparezca (ver capítulo 13).

4) Quizá lo más importante: Promover los contactos y participación de las asociaciones, instituciones y entidades comunitarias significativas para el programa (asociaciones vecinales y ciudadanas; centros de servicios sociales y de salud; escuela y centros recreativos del barrio; parroquia; hospital; universidad; etc.). Esto debe hacerse a todo lo largo del desarrollo del programa (no sólo al final) para que —como núcleos vivos y permanentes de la comunidad— esos grupos se sientan implicados y participen —en la medida de sus posibilidades y deseos— en su sostenimiento permanente. El interventor externo no debe olvidar que no trabaja en el vacío social y que (casi) siempre habrá algún núcleo asociativo o dinámico en la comunidad u organización deseoso de cooperar en acciones de cambio si se cuenta seriamente con él en el proceso a emprender.

5) También será útil dejar alguna forma de contacto (dirección, teléfono, etc.) del equipo interventor o alguno de sus miembros, para poder atender consultas o peticiones puntuales posteriores de la comunidad, organización o grupo, de forma que, en un caso o circunstancia urgente o importante para el que no tienen respuesta, no queden "colgados" (percibiéndose, además, "conectados" con el equipo o institución correspondiente y apoyados por ellos, algo tan importante como la propia ayuda real proporcionada).

8.4.5 Finalización y evaluación de resultados

Una vez cubiertos los objetivos de la intervención o agotado el curso planificado —y presupuestado— de los programas previstos, aquélla se dará por finalizada, en el sentido de que cesará la actuación externa y formal del personal y la estructura organizativa puesta en marcha para realizarla. Siendo estrictos, el esfuerzo interventivo no debería tener, probablemente, un final en el tiempo, pues es dudoso que los esfuerzos interventivos externos —con recursos y actuación limitados casi siempre— alcancen plenamente los objetivos planteados o consigan una mejoría substancial — menos aún la solución total— de la cuestión.

Será suficiente, habitualmente, si se consigue iniciar procesos dinamizadores, cambiar tendencias negativas o desarrollar algunas estructuras técnicas o sociales en la dirección adecuada y que tengan algún tipo de impacto positivo sobre el problema. Y esto, porque los problemas sociales son enormemente complejos y de profundas raíces, llevando años su resolución y surgiendo, casi siempre, otros problemas derivados de las propias soluciones y el cambio de situación global que generan.

En este sentido el esfuerzo interventivo debería ser continuo, durando tanto como el propio problema o cuestión que lo motiva. Los medios técnicos y económicos son, por el contrario, limitados forzando la finalización de los programas en un punto dado, aunque entendemos que la finalización de un programa no significará nunca la terminación de los esfuerzos de la propia comunidad -y de los sistemas políticos reguladores- por alcanzar los objetivos o resolver los problemas que motivaron el programa, especialmente si a intervención quedó lejos de esos objetivos o del final del problema

Al final -no forzado, entendemos- formal de la intervención, pueden suceder, simplificando mucho, dos cosas: a) Cesación de la actividad intervenga externa sin más (con lo que el esfuerzo realizado puede malograrse y desaparecer sus efectos, a menos que sean proseguidos por la propia comunidad); b) Integración de las tareas interventivas -de las principales, sino de todas— en alguna de las instituciones u organizaciones locales o intermedias (administración local; sistema escolar, sanitario, etc.; legislación o regulaciones establecidas; redes asociativas o sindicales formales o informales etc.) que garanticen su continuidad.

Naturalmente que esta última alternativa es la más deseable si la cuestión planteada no ha sido resuelta a través de la intervención. El mantenimiento del programa señalado en la fase previa (está a caballo entre aquélla y ésta) sena vital para asegurar un esfuerzo resolutivo continuado y no algunas actuaciones esporádicas y puntuales que apenas hacen mella en las cuestiones planteadas. La congruencia con las prioridades y líneas políticas marcadas desde el escalón político superior, es, sin duda, un factor importante para lograr esa consistencia y efectividad imerventiva (limitando grandemente por otro lado, la realización de cambios sociales profundos, especialmente aquellos generados desde abajo o los que requieren una importante redistribución del poder).

La evaluación de resultados de la intervención ya fue descrita ampliamente e ilustrada en el capítulo 7 bajo la etiqueta de evaluación de programas. Será una parte fundamental para determinar hasta qué punto se han resuelto las necesidades o problemas que originaron el programa y, por tanto, hasta qué punto el esfuerzo interventivo debe o no continuar. En ese sentido debemos recordar que la consecución de los objetivos planteados no garantiza la resolución del problema (dependiendo de como se hayan planteado esos objetivos, claro es). Y, también, que tendremos que realizar algunas mediciones posteriores a la finalización del programa, para constatar que los efectos producidos son "verdaderos", es decir se mantienen. Es decir, la evaluación del programa y sus resultados no deben acabar cuando el programa acaba y en ese sentido habrá que hacer las previsiones técnicas y presupuestarias para cubrir, no solo la evaluación final de resultados, sino el seguimiento posterior.

8.4.6 Diseminación de la intervención

La diseminación de programas interventivos es otra operación relativamente novedosa, y apenas planteada en la práctica habitual. Se refiere a la difusión efectiva de programas ya ejecutados (con resultados conocidos, por tanto) a otros entornos organizacionales o sociales (comunidades, ayuntamientos, escuelas, hospitales, entornos barriales) similares a aquél en que se desarrolló la experiencia interventiva y receptores o clientes potenciales de ella. Frente al sistema de difusión habitual de publicar el programa en revistas más o menos especializadas (que apenas tiene repercusión a la hora de adoptar un nuevo programa interventivo en la realidad) Fairweather, Sanders y Tomatzky (1974) plantearon otras posibilidades que incluyen contactos más personalizados y efectivos.

Para esos autores la diseminación de programas requiere una evaluación cuidadosa y sistemática de un sistema social de cara a introducir "desde fuera" el programa o experiencia a diseminar. Los sistemas de poder y liderazgo, actitudes hacia el cambio y la innovación y resistencias previsibles (ligadas al cambio de rol, la tradición establecida, intereses profesionales, etc.) del sistema u organización, serían puntos clave de esa valoración y análisis estratégico.

Los datos empíricos generados por su experimentación con diversas formas de diseminación de un programa piloto de atención comunitaria, indican que —¡nada sorprendentemente!— las estrategias más efectivas de diseminación serían el contacto personal y la demostración in situ del programa (o una parte básica de él) con personas en posición de liderazgo y, preferentemente, favorables a la introducción de cambios del tipo de los planteados (o de cambios en general). También la aportación de datos empíricos sobre la eficacia del programa aunque, si es posible, complementados con algún tipo de contacto personal. Las estrategias de "entrada en la comunidad" referidas en la etapa previa pueden ser pertinentes como procedimientos posibles de diseminación programática.

Por nuestra parte complementaríamos este enfoque de diseminación —que llamaremos extensivo— con otro, más costoso pero de efectos más profundos, que denominaremos intensivo y que consistiría en integrarse temporalmente en la comunidad o sistema antes de iniciar importantes cambios o transformaciones (algo similar a la estrategia antropológica de "residencia en la comunidad"). En este caso los cambios se iniciarían "desde dentro" en lugar de exteriormente, habiendo tenido ocasión así de conocer y valorar apropiadamente el sistema y de desarrollar relaciones personales con personas y grupos significativos de él.

Es el tipo de estrategia que usaríamos, por ejemplo, si somos nombrados responsables o directores de una institución u organización de prestación de servicios y queremos poner en marcha un programa substancialmente distinto del actual desde una perspectiva de cambio comunitario y psicosocial (no burocrático o puramente ordenancista, para lo cual nos bastarían cambios en el organigrama y las reglas del sistema).

Dos notas finales para cerrar este apartado de desarrollo de la intervención comunitaria. Se refieren a secuencialidad y universalidad (o prescriptividad) del proceso descrito.

Primero: Secuencialidad. Aunque descrito secuencial o longitudinalmente, el proceso tiene bastante de retroalimentación o circularidad entre varias de sus fases y partes. Así se ha indicado a propósito, por ejemplo, de la fijación de objetivos, estrategia, organización del programa o su mantenimiento. Podríamos añadir también la evaluación que, además de concentrarse en el comienzo y final de la intervención, se da, más diluidamente, a lo largo de ella, como evaluación procesal, retroalimentando —y modificando—, además, otras muchas partes y operaciones (organización, estrategia, fijación de objetivos concretos, etc.) en función de los datos aportados. Otros elementos (como el mantenimiento del programa o la estrategia), aunque se incluyen en una fase determinada, son procesos que se extienden a lo largo de —o modifican— varias fases del programa.

Segundo: Universalidad y prescriptividad. Ya se indicó al comienzo que no hay (ni debe haber) un proceso modal y prescriptivo al que deban adaptarse todas y cada una de las intervenciones a realizar. ¿Cómo ha de usarse, pues, el proceso desarrollado aquí? Evidentemente como propuesta ostentativa o desiderativa, utilizable como guía o referente —"máximo" o deseable— para la realización racional y provechosa de programas interventivos comunitarios o sociales (en general) pero no como proceso prescritivo que haya de seguirse tal cual en cada caso y situación. Es, eso sí, una guía o estándar riguroso dirigido a racionalizar el proceso interventivo y documentar válidamente sus efectos. Existen otras propuestas, más o menos similares, que pueden también utilizarse en función de su adecuación y validez al caso o situación concreto.

Por otro lado, en situaciones de trabajo más limitadas, con presupuestos modestos o en acciones relativamente puntuales, urgentes o inexcusablemente necesarias, es lógico adoptar un criterio posibilista que, aproximándose en lo posible a los estándares de rigor y sistematización descritos como deseables, asegure que la acción necesaria se lleva a cabo aunque no sea en las condiciones técnicas y de diseño ideales. Mal asunto, en todo caso, si el grueso de las actuaciones sigue esa tónica en un servicio, organización o administración concretos. Entonces es que algo va mal al nivel administrativo y político superior y es por ahí por donde debería comenzar el cambio. (Otra cosa son las condiciones en las que el psicólogo acepte llevar a cabo un encargo concreto o su trabajo habitual; ahí habría mucho que discutir respecto a la ética y las servidumbres políticas.)

Porque existen aquí dos riesgos —complementarios y opuestos como los riesgos estadísticos— a considerar, ligados a la comisión u omisión de una acción: 1) El de no llevar a cabo programa o intervención alguna por no poder cumplir todas las exigencias y pasos planteados (Riesgo de omisión que subordinaría la acción socio-profesional —y los problemas sociales— a las exigencias metodológicas y científicas de acumulación de información primando el conocimiento —el "porqué"— sobre la efectividad —el "qué"—).

El riesgo complementario (2) —igualmente nefasto, aunque de otra forma— es el de realizar (por la presión de la demanda o del encargo político) programas casi instantáneos, "a ciegas", sin la preparación, análisis o rigor metodológico apropiados, de forma que ni vamos a saber si funciona o no, ni —peor aún— no sabremos nunca por qué no ha funcionado (o por qué lo ha hecho): ¿Ha sido por el diseño defectuoso?, ¿por un componente equivocado?, ¿por qué se realizó mal una operación o el personal no estaba bien entrenado?, ¿por qué intentamos resolver un problema que no existía en realidad?, etc., etc.

En este caso no sólo no solucionaremos el problema sino que la próxima vez partiremos otra vez de cero: No sabremos qué hacer ni cómo, ya que el primer programa no estaba, planteado deforma que podamos aprender de él (de los éxitos o fracasos, pero aprender). Y eso es muy importante para una acción social racional opuesta a una serie de "palos de ciego" tan bien intencionados como ineficaces y frustrantes. (Este riesgo iría ligado a la comisión de la acción, subordinando la información a la acción; el conocimiento a la efectividad; el "porqué" al "qué").

8.4.7 Otras propuestas

Incluimos aquí, como complementación y a título comparativo, otras propuestas de procesos de intervención realizadas desde distintos ámbitos y perspectivas socio-comunitarias.

Warren (1977) define la intervención social como la creación de un sistema de acción con la función de conseguir ciertos fines. El proceso consiguiente constaría de las siguientes etapas: 1) Examen del entorno en que se realiza la intervención; 2) entrada del sistema de acción (SA) en la situación o entorno- 3) expansión del SA; 4) operación del SA y 5) transformación del SA.

Periman y Gurin (1972), por su parte, han descrito, desde la organización comunitaria y el trabajo social, un esquema interventivo —denominado proejo de resolución de problemas sociales— que esencialmente explícita el proceso lógico de resolución de problemas en 5 etapas. Cada etapa consta de dos tipos de tareas, unas analíticas y otras de interacción con el entorno social. Las etapas y sus correspondientes tareas analíticas e interactivas son como sigue:

1. Definición del problema. Las tareas analíticas se centran en esta etapa en: Estudiar y describir inicialmente los aspectos problemáticos de la situación; conceptualizar el sistema de actores relevantes y evaluar las oportunidades y límites establecidos por la organización que emplea el interventor y por los otros actores relevantes. Las tareas interactivas consistirían en obtener

información, quejas y preferencias de aquellos que padecen el problema y de otras fuentes pertinentes.
2. Desarrollo de estructura organizativa. En esta etapa se desarrollan las siguientes tareas analíticas: Determinar la naturaleza de la relación del interventor con los distintos actores; decidir los tipos de estructura a construir; elegir a las personas que han de asumir los roles de expertos, comunicadores, "influenciadores" y otros. Las tareas interactivas se dirigirán, por su parte, a: Establecer las líneas de comunicación formal e informal; reclutar y seleccionar a las personas para las estructuras y roles establecidos y obtener su compromiso para abordar la solución del problema.
3. Formulación de política. En esta fase deberíamos, en la parte analítica: Analizar pasados intentos de resolver el problema; desarrollar fines y estrategias alternativas evaluando su factibilidad y eventuales consecuencias; seleccionar una o más alternativas para recomendarlas a aquellos que toman las decisiones. Tareas interactivas serían: Comunicar fines y estrategias alternativas a los actores seleccionados; promover la expresión de preferencias de esos actores y recabar el grado de aceptación por su parte de las distintas alternativas; ayudar a quienes toman las decisiones a elegir.
4. Implementar planes. El contenido analítico de esta etapa giraría en torno a: Especificar las tareas que han de ser realizadas para alcanzar los fines acordados, por quién, cuándo y con qué recursos y procedimientos. En lo interactivo las tareas esenciales consistirían en: Presentar los requerimientos y necesidades de implementación a aquellos que toman las decisiones; superar eventuales resistencias y obtener los compromisos precisos para realizar el programa; ordenar recursos y poner en funcionamiento los procedimientos.
5. Seguir y controlar (monitorizar). Tareas analíticas implicadas son: Diseñar el sistema de recogida de información sobre las operaciones; analizar los datos de realimentación y especificar los ajustes precisos y/o nuevos problemas que precisan planificación y actuación. Las interactivas: Obtención de información de los actores relevantes a partir de su experiencia; comunicación de resultados y recomendaciones; y preparación de los actores para una nueva ronda de decisiones.

Davidson y Rapp (1976) han presentado una estrategia multietápica de organización comunitaria desde el campo de la abogacía social derivada también del proceso general de resolución de problemas. Consta de 3 fases generales con varios escalones internos: 1. Evaluación primaria, durante la cual se evalúan:
a) Las necesidades del grupo diana de la intervención.
b) Los recursos para satisfacer esas necesidades.
c) La disponibilidad de los recursos. Si esos están disponibles, se trata de averiguar quién los controla; si no lo están quién podría proporcionarlos (de dónde y de quién podrían obtenerse).
d) "Evaluación de la vulnerabilidad" de aquellos grupos que controlan los recursos: ¿Cuáles son los intereses creados, valores e ideología de esos controladores? ¿de quién dependen y a quién responden? ¿cómo se pueden crear y estimular nuevos recursos? Las respuestas a estas preguntas permitirán encontrar maneras de influir en, y presionar a, esos grupos a través de la siguiente fase.
2. Selección de estrategias, que se compone de las dos etapas clásicas:
e) Definición de las estrategias alternativas disponibles para obtener esos recursos, que variarán desde "positivas" (por ejemplo, como ganarse la voluntad del controlador de recursos) a "neutrales" (consulta con el controlador destinada a influir en él) o "negativas" (acción o confrontación directa al estilo Alinsky —8.7—, por ejemplo).

f) Selección de la alternativa apropiada en función de los pros y contras de cada curso de acción y de su adecuación para alcanzar los objetivos fijados.
3. Implementación, que comprende el seguimiento del programa y su realimentación de la información formativa sobre su progreso para introducir correcciones en función de los cambios de situación y las eventuales reacciones de los controladores de recursos a las acciones emprendidas.

Otro esquema interventivo interesante y clásico es el propuesto por Caplan (1979) desde el campo de la salud mental. El autor concibe la organización de un programa comunitario como un conjunto de principios genéricos que sistematizan las soluciones programáticas aportadas a situaciones comunitarias y sociales recurrentes pero que deberían ser concretados para cada caso y situación particular. El proceso resultante —que resumimos someramente a continuación— consta de 4 fases generales, cada una de las cuales contiene varios procesos e innumerables recomendaciones prácticas, útiles para realizar el programa. Las fases son:
A) Iniciación de la actividad comunitaria; B) elaboración del programa; C) establecimiento de relaciones y creación de reputación; D) mantenimiento del programa. A. Iniciación de la actividad comunitaria. Etapa de comienzo no claramente delimitado, que puede fijarse aproximadamente en el momento de la llegada del profesional o equipo a la comunidad en que se va a intervenir. Procesos o elementos comunes a esta etapa incluirían:
1) Recogida de información previa a la entrada del interventor en la comunidad sobre temas cruciales para la planificación posterior como; Ecología de la comunidad; tipo de población y patrones de asentamiento y modos de vida; oportunidades de trabajo, residencia, vida social y religiosa; servicios sociales, de salud y educación; sistema político de la administración local; personas y grupos con poder e influencia; principales problemas comunitarios y soluciones intentadas. También interesará, a partir de ahí, conocer y comprender los hechos que llevaron a requerir la acción del interventor en esa comunidad.
2) Establecimiento de contactos de cara a complementar desde ellos la valoración de los problemas comunitarios obtenida desde la información recogida. También —muy importante— para conocer las actitudes y expectativas de los líderes comunitarios, otros profesionales, patrocinadores del programa y otras personas ante los cambios eventuales y para obtener una visión general de la estructura social de la comunidad. El interventor debería analizar los "porqués" de su designación (particularmente, ¿por qué ahora? y ¿por qué a mí?) para situar su acción en el contexto e historia de la comunidad con que va a trabajar.
3) Exploración de necesidades centrada en la percepción de los miembros de la comunidad de los problemas de salud mental (o de otro tipo), las soluciones sugeridas por los líderes comunitarios y el grado de compromiso personal o ayuda esperable de los ciudadanos para esas —u otras— soluciones que eventualmente se adopten.
4) Establecimiento del compromiso inicial de aceptar —o rechazar— el encargo de trabajo. Se entiende que ese compromiso no se establece, en este momento, con ningún proyecto concreto, sea de los líderes comunitarios o del propio interventor, que deberá esperar a tener un inventario más completo de necesidades y recursos para presentar el programa que se propone realizar.

Todo lo escrito anteriormente ha presupuesto que hay una demanda o encargo al interventor. ¿Cómo proceder si esos no existen; si iniciamos el programa desde fuera de la comunidad? En ese caso, Captan recomienda comenzar con los mas interesados —o concienciados— respecto a la problemática y necesidades a resolver, evitando actuar como un vendedor y ayudando a aquellos que ya sienten la necesidad de cambio a hallar formas de colaboración para persuadir y enrolar a otros grupos ciudadanos en el proyecto de cambio. También será útil aumentar el nivel de conocimiento de la población sobre la problemática a

solucionar y su posible abordaje comunitario para evitar reacciones de rechazo o cerrazón como las recibidas por los Cumming en su programa de educación sanitaria (capítulo 9).

Caplan sugiere 3 formas básicas de establecer contacto fructífero con personas clave de la comunidad:

a) Preparando una lista de líderes comunitarios formales e informales que visitaremos sistemáticamente.

b) A través de la mediación de personas que el interventor conoce en otra comunidad.

c) En relación con un caso o tema concreto, estableciendo tantas relaciones vinculadas a él en la comunidad como sea posible.

B. Elaboración del programa, una vez conocida la temática a solucionar y aceptada la participación en el empeño. Caplan no es partidario de elaborar un plan de intervención definitivo inmediatamente de haber obtenido una evaluación de necesidades y recursos comunitarios sino de usar una estrategia de aproximaciones progresivas al programa. Este sólo se concretaría como tal una vez que los líderes, el resto de servicios comunitarios y el público en general, hayan aceptado el método general de trabajo propuesto —y ensayado previamente—. Es decir, además del plan de trabajo, per se, precisamos un plan de implicación de la comunidad, un punto importante también recalcado por otros autores.

Una forma de proceder estratégicamente sugerida (a título más ilustrativo no prescriptivo) desde un programa concreto pasaría por los siguientes puntos y pasos:

1) Usar desde el comienzo una serie de principios generales de procedimiento sin negociar el contenido concreto del programa a realizar.

2) Elaborar en cada fase un plan de acuerdo con las demandas situacionales concretas pero también con los principios generales de partida.

3) Moverse lentamente en una progresión temporal dictada por las necesidades emanadas de los líderes comunitarios.

4) Obtener en cada etapa la sanción de los distintos niveles del sistema de poder e influencia comprometiéndolos a la vez activamente en el desarrollo del plan.

5) Usar un cierto "oportunismo estratégico" comenzando, como se ha dicho, por los más interesados en recibir ayuda o cambiar la situación y por un programa piloto en un medio bien dispuesto y dejando las áreas más difíciles para más adelante. El programa piloto sirve para establecer la reputación y sentar un precedente que muestre empíricamente la solubilidad de los problemas y el éxito del programa aplicado para su superación.

6) El establecimiento de la reputación (que puede llevar varios años) facilita enormemente la colaboración de los grupos comunitarios, ejerciendo un efecto de "bola de nieve" sobre el progreso de los planes que se ven muy facilitados por esa consecución de reputación.

C. Establecimiento de relaciones y creación de reputación. Según se ha ilustrado antes, este paso es esencial para llevar a buen puerto cualquier programa comunitario. La "creación de proximidad" y desarrollo de relaciones no se limitará a los líderes o directores de servicios comunitarios, extendiéndose también al personal "de base" y a miembros de la comunidad que estén dispuestos a comprometerse con el programa, guiándose siempre por consideraciones estratégicas y tácticas. Tres elementos importantes para Caplan en este apartado son el rol, la confianza y el respeto.

1) Rol. La reputación es el rol personalizado. Este no es tanto el rol profesional adscrito al interventor como el que éste se gana desde la interacción y establecimiento de contactos con las personas y grupos comunitarios.

2) La confianza de esas personas y grupos llegará si estos creen que el interventor busca el bienestar de aquellos y empatiza con sus valores y metas; si creen que no van a ser usados para

otros objetivos más egoístas y no explicitados por el interventor (investigación, prácticas, política "doméstica", etc.).
3) El respeto hacia el interventor derivará no sólo de la confiabilidad personal, sino también de la competencia profesional que demuestre y de las aportaciones que haga a los problemas reales de la comunidad. La gente se reservará inicialmente su valoración sobre el interventor hasta que haya superado la (o las) situaciones de prueba —naturales o creadas ad hoc— en que demuestre esa competencia.
D. Mantenimiento del programa una vez establecido. Deberán tenerse en cuenta los siguientes 4 aspectos básicos (similares a los ya citados en nuestro esquema procesal previo):
1) Contacto continuo con los grupos de referencia: Grupos ciudadanos, escuelas y facultades universitarias del campo en que se trabaja, administración local de salud, escuelas primarias locales, etc.
2) Relaciones públicas a través de los medios de comunicación de masas o la divulgación de los programas por medio de libros, panfletos, charlas, etc.
3) Participación y coordinación con otros sistemas de prestación de servicios profesionales con los que no se hayan establecido lazos formales como parte del propio programa.

El enfoque de Caplan ilustra, como puede verse, una estrategia de consenso y concertación en el establecimiento de programas, netamente diferenciada —polarmente opuesta en algunos puntos—, de la acción social y la organización de la comunidad —su vastago paradigmático—, que se centran (8.7) en la polarización social y la confrontación.

En nuestro país, la propuesta más interesante es posiblemente la esbozada desde los servicios sociales por J.M. Rueda. Incluimos un bosquejo de ella, a partir de las elaboraciones (1986, 1988, 1989 y 1990) disponibles y obviando varios conceptos y andamiajes teóricos periféricos.

El autor distingue tres elementos o subsistemas en los sistemas sociales y psicosociales (o adaptativos): Habitat, sistemas relaciónales (basados en la interacción de sus partes) y sistemas regulativos o "superestructura" ideológica (significaciones individuales y compartidas, sistemas de explicación). Aunque la intervención psicosocial puede darse en cualquiera de ellos —tomando, por ejemplo, la forma de intervención ambiental en el primero (habitat)—, el autor la centra fundamentalmente en el segundo, el relacional, distinguiendo en ese sistema 3 modalidades de interacción:
a) Seriada; basada en el hábito y la costumbre repetidos en una serie de individuos que carecen de verdaderos ligámenes o interacciones significativas más allá del mero ajuste mutuo de expectativas. Son conjuntos de individuos (poblaciones en otras terminologías). El objetivo de la intervención comunitaria sería en este tipo de sistemas mejorar la autonomía de los individuos.
b) Comunitaria; basada en la organización interna en base a acuerdos, compromisos mutuos y objetivos comunes desde lo compartido por sus componentes. El objetivo de la intervención sería aquí para Rueda, la consecución de la autogestión —capacidad colectiva para gestionar las respuestas a los problemas comunes— del grupo social.
c) Societaria; basada en la organización externa o formalizada desde las normas, roles y objetivos ordenadores. La meta de la intervención sena aquí obtener la eficacia organizativa. Este tipo de interacción corresponde, como se ve, al asociativo u organizativo (basado en fines instrumentales) de otras terminologías.

A partir de este esquema, la intervención comunitaria sería esencialmente una intervención psicosocial centrada en la resolución de una situación social (psicosocial) problemática que es vista como un sistema adaptativo disfuncional para el grupo social. La intervención se centrará en la búsqueda y adopción de alternativas adaptativas (pautas de

significación, relación, comportamiento, etc.; no comportamientos individuales o sociales concretos) más deseables —y menos disfuncionales para sus miembros— partiendo de las pautas de significación e interacción que mantienen el sistema adaptativo existente y de las capacidades autogestivas del propio grupo.

La intervención habría de tener en cuenta, también, las resistencias al cambio derivadas de la tendencia a repetir lo habitual y conocido y debería profundizar dialécticamente la contradicción entre el sistema adaptativo problemático existente y el (los) altemativo(s) o deseable(s) para encontrar una síntesis más funcional y adecuada para el grupo en su situación social concreta.

Obviando algunas lagunas de la formulación, debemos subrayar la interesante definición que contiene de la intervención comunitaria como tarea genuinamente psicológica (psicosocial) centrada no tanto en las raíces de la problemática misma (cuya determinación podría corresponder a disciplinas sociales, o de otro tipo), como en los factores psicosociales implicados en el mantenimiento, generación y —sobre todo— en la superación de la situación problemática, concebida como (en parte) humanamente construida ("emergente" y psicosocial, por tanto). Es decir, el psicólogo comunitario no se centrará tanto en el problema mismo y sus raíces (la vertiente estructural), como en por qué el grupo humano lo soporta y mantiene y cómo podría ser movilizado para afrontarlo eficientemente.

La anomia o disnomia de los individuos; incapacidad o resistencia colectiva, en las comunidades; o ineficacia o extremismo —de constricción o laxitud— en la formalización organizativa, serían las problemáticas básicas encaradas por la intervención comunitaria en cada una de las 3 modalidades de interacción citadas.

Rueda distingue tres modalidades generales de intervención (que podrían reducirse a dos, pues la segunda es una variante de la primera): Asistencialista (prestación de servicios), que no trabaja el "sistema adaptativo" subyacente; la tecnicista, que lo trabaja asumiendo incapaces a los usuarios; y la participativa, que embarca a esos usuarios en la resolución de los problemas asumiéndoles con capacidad de respuesta (con recursos). También expone diversas formas básicas de intervención (estrategias) dentro de cada una de las modalidades de interacción antes descritas:

a) Información, formación, entrenamiento de habilidades, prestaciones individuales, animación socio-cultural y reconstrucción de redes sociales en la modalidad seriada. (Evidentemente varias de estas estrategias trascienden el objetivo —aumentar la autonomía— asignado por el autor —también por otros autores— en una dirección más relaciona], y social. Dato lógico que señala la insuficiencia del objetivo de incrementar la autonomía personal y su relativa incongruencia con la acción comunitaria, basada en la solidaridad y la comunidad interindividual).

b) Organización, desarrollo comunitario y procesos de cambio, modalidad en la comunitaria.

c) Complementación y colaboración organizativa, desarrollo organizacional y potenciación de los procesos instituyentes (análisis institucional) en la modalidad societaria-organizativa.

El complejo proceso general de intervención comunitaria propuesto por el autor podría resumirse a partir de las distintas propuestas —no siempre coincidentes— en 5 etapas en las que, en aras de la comprensibilidad, nos permitimos alterar algunos nombres:

1. Constatación de problemática ("elaboración I") a partir de un desencadenante de la intervención (constatación de una situación social problemática, demanda, encargo, etc.) y de la forma en que emerge socialmente (como problema, necesidad colectiva, deseo, etc.).

2. Prospección de la problemática en base a: a) Datos recogidos en la comunidad que permitan valorar la "gravedad" de la problemática y la capacidad de gestión de la población afectada; b) información e investigación complementaria para comprender esa problemática (estudios,

informes, etc.) y c) asesoramiento experto sobre dificultades y ambigüedades no aclaradas por otros medios. Esto exigirá diseñar un método de recogida de la información, establecer criterios valóranos y revisar la literatura empírica pertinente.
3. Establecimiento del diagnóstico y pronóstico ("elaboración n"), en base a la valoración de: a) la gravedad del problema (diagnóstico); b) la capacidad de gestión —y voluntad de implicación— del colectivo afectado (pronóstico).
4. Diseño de la intervención (que el autor incluye en la misma fase de "elaboración II") en su triple vertiente: Acción (la intervención misma; su contenido); evaluación (diseño de la evaluación procesal y de resultados) y logística (medios e infraestructura precisos). La intervención misma podrá ir dirigida en dos direcciones básicas: a) Modificar el problema que la originó facilitando las condiciones para su resolución; b) modificar el pronóstico a través de una estrategia de implicación de la población afectada, cambio de la percepción de su propio poder o del problema, etc.
5. Implementación de la intervención en sus diversas vertientes y estrategias, evaluando los progresos programáticos e introduciendo las correcciones precisas.
6. Evaluación y comunicación de resultados ("elaboración III") que producirá tres comunicaciones complementarias: La memoria para el sistema que hizo el encargo; el informe científico para compartir con colegas y expertos (en congresos, jornadas, etc.) y, finalmente, el informe divulgativo, para el público y la prensa.

A falta de una exposición "final" más detallada, no es fácil valorar adecuadamente la formulación de Rueda. Baste decir, en este contexto y ocasión, que se trata de una propuesta original que aporta ideas interesantes —y discutibles, no pocas veces— sobre la Psicología Comunitaria en general y el trabajo comunitario planificado en particular, conteniendo además el embrión de una propuesta específicamente psicosocial de la intervención comunitaria. Como puntos criticables, podrían mencionarse la excesiva complejidad de parte del andamiaje conceptual que sustenta la formulación y la innecesaria singularidad del lenguaje que la expresa. (Estos rasgos, presentes, en mayor o menor grado en otras formulaciones del campo comunitario son en parte explicables por la falta de convenciones semánticas y metodológicas establecidas y la sobreideologización del campo. Deberían ser, sin embargo, trascendidos para lograr un lenguaje descriptivo común a todas las tendencias y separado de las valoraciones teóricas e ideológicas de cada una que —como prescriben las normas científicas— se explicitarían aparte —en el contenido del discurso— no implícitamente, en su continente, el lenguaje. De lo contrario, no habrá forma de entenderse, creándose, en todo caso, más diferencias —artificiales, incluidas en el lenguaje— de los realmente existentes, las de contenido).

8.5 Clasificación y panorámica de las estrategias de intervención: por niveles

No existe un corpus coherente, distintivo y establecido de estrategias globales, o técnicas específicas, que pueda ser formalmente identificado como intervención comunitaria.

Lo que sí existe son una serie de técnicas y estrategias interventivas provinientes de diversos campos aplicados (psicología clínica, trabajo social, salud pública, desarrollo organizacional, activismo político, planificación urbana, psicología social aplicada, etc.), diferenciables (en general) de las estrategias clínicas y compatibles con el espíritu y objetivos propios de la intervención comunitaria. Al lado de eso, existen algunos intentos y formulaciones —muy limitados en general— de ordenar, agrupar y clasificar sistemáticamente esa colección de métodos interventivos.

Bloom (1984), Caplan (1980), Goodstein y Sandier (1978), Rappapon (1977) o las series

sobre "Intervenciones Sociales y Comunitarias" de Annual Review of Psychology (Cowen, 1973; Kelly y otros, 1977; Bloom, 1980; Iscoe y Harris, 1984; Gesten y Jason, 1987; Heller, 1990) pueden servir como referentes básicos en el tratamiento global y recopilación de las estrategias y ámbitos de intervención comunitaria, sobre todo en el campo de la salud mental. También Fisher (1982) y Seidman (1983), en el campo más social y psicosocial. Sarason (1972), Periman y Gurin (1972), Rothman (1974 y 1987), Fairweather y Tomatzky (1977), Heller y Monahan (1977) y Warren (1977) son igualmente fuentes originarias básicas desde otra vertiente más global y aplicada al cambio social. Rappaport (1977) y Warren (1977) son igualmente fuentes básicas desde otra vertiente más global y aplicada al cambio social. Rappaport (1977) ha compilado varios sistemas de estrategias en su manual de Psicología Comunitaria.

Aquí vamos a incluir dos sistemas de clasificación de las estrategias; uno, por niveles, tomado de Rappaport y otro de elaboración propia (a partir de algunos de los autores citados). Otras clasificaciones son —o han sido— citadas de pasada a lo largo de este capítulo.

Rappaport parte de una concepción positiva de personas y comunidades como portadores de recursos y poder frente a la tradicional de déficits y de "culpabilizar a la víctima" social (Ryan, 1971) de sus propios infortunios y problemas.

En cuanto a la localización de la intervención, ésta podría darse en cualquiera de los varios niveles (individual, grupal, organizacional, comunitario y societal) de agregación social, aunque los efectos serían mayores desde los niveles socialmente más altos al tener un efecto irradiativo (de spillover) sobre los demás. Para que la intervención sea eficaz, ha de elegirse, no obstante, el nivel adecuado —no necesariamente el comunitario o societal— a partir de las asunciones propias de cada nivel (explicitadas a continuación) y de la evaluación consiguiente, que mostrará la congruencia o no del problema con las asunciones interventivas de uno u otro nivel. El autor describe estrategias y técnicas agrupadas en los niveles individual, pequeño-grupal, organizacional y comunitario, centrándose en estas dos últimas.

1. Estrategias centradas en la persona. Parten de la asunción de que las causas del problema están en déficits o carencias del individuo y en su incapacidad de funcionar en —y ajustarse eficazmente a— un contexto social dado. La intervención estaría dirigida a eliminar esos déficits y a aumentar la competencia social y adaptativa del individuo sin cuestionar el sistema social. Métodos de Salud Mental Comunitaria como intervención de crisis, terapia breve, adiestramiento o educación individual, consulta individual o preparación de paraprofesionales estarían incluidos en este nivel, cuyas estrategias presentan solapamientos con las de la Psicología clínica o educativa, pero usadas con fines comunitarios.
2. Centrados en el grupo pequeño. Los problemas sociales se asumen aquí causados, no por los individuos, sino por deficiencias (conflicto, mala comunicación o interacción) relaciónales o interpersonales entre ellos. Su corrección se haría a través de técnicas como la terapia familiar o relacional, o el trabajo de grupo (sensibilización y terapia grupal) así como el adiestramiento de los agentes socializadores (maestros, policías, padres) para que se comuniquen e interactúen más efectivamente con los individuos a socializar (y entre ellos).
3. Centradas en la organización. Las causas de los problemas sociales residirían en este nivel en la incapacidad de las organizaciones sociales (escuelas, industrias, centros de salud, etc.) para prestar servicios y transmitir eficientemente los valores y normas sociales o ejecutar los fines socialmente mandados debido a deficiencias en su estructura y funcionamiento. La solución pasa por estrategias de cambio y desarrollo organizacional (de base sistémico-social) como la consulta organizacional, la mejora de la gestión o comunicación o la localización de grupos de riesgo (por ejemplo, en escuelas o el ejército) de cara a la prevención de los problemas.
4. Centradas en las instituciones y la comunidad. La raíz de los problemas estaría aquí en las

instituciones (actitudes, valores, fines) y la ideología y política social que las rige. Variable básica es la desigualdad de distribución de poder (político y psicológico). Estrategias de cambio social como la abogacía social y organización comunitaria (ver 8.7) o la creación de settings o instituciones paralelas (descritas brevemente en la segunda clasificación) estarían, en consecuencia, indicadas.

8.6 Clasificación por funciones u objetivos

Ya se ha citado antes (8.4.7) un esquema clasificatorio propuesto por Rueda desde los servicios sociales y la planificación. Glideweil (1977) ha propuesto (a partir de los modelos de formación de psicólogos comunitarios incluidos en la Conferencia de Austin de 1975), los siguientes 4 temas o dimensiones básicas que subyacen a la intervención comunitaria (así como los roles a ellos aparejados incluidos entre paréntesis):

1. Desarrollo y profundización vital de individuos y colectivos sociales. (Roles correspondientes: Planificación, diseño y evaluación del desarrollo personal y social).
2. Conflicto y desviación social. (Roles implicados: Consulta, negociación y conciliación.)
3. Justicia distributiva y discriminación y descuido de grupos y colectivos. (Roles implicados: Abogado social, organizador comunitario y agente de cambio social).
4. Sufrimiento y dolor. (Roles implicados: Terapeuta, consejero, y "curador".)

Si exclusimos la dimensión 4 (más propia de la actividad clínica) el resto conforma un esquema orientativo útil y coherente de los contenidos y funciones básicos de la IC compatible, además, con la clasificación que sigue.

Nosotros —a partir de Bloom (1984), Heller y Monahan (1977), Rappaport (1977), Rothman y Tropman (1987)— proponemos, por nuestra parte, una panorámica y agrupación de las técnicas de intervención social y comunitaria basada en los fines y contenido de la intervención —no en los niveles—, que estimamos más realista y esclarecedora para la visión conjunta, más o menos integrada, de esas técnicas. En esta propuesta agrupamos las técnicas y estrategias según que el objetivo perseguido sea: 1) Prestación de servicios; 2) desarrollo de recursos humanos; 3) prevención; 4) reconstrucción comunitaria; y 5) cambio social.

Entendemos que las categorías clasificatorias no son rígidas o totalmente excluyentes, ya que hay métodos que tienen componentes en varias categorías. La consulta, por ejemplo, tiene un componente de prestación de servicios y otro de desarrollo de recursos humanos; los grupos de autoayuda, uno de desarrollo de recursos y otro de reconstrucción social, etc.

8.6.1 Prestación de servicios

Se trata de la prestación de servicios humanos (salud, educación, servicios sociales, justicia y correccionales, ocio y cultura, etc.) alternativos a los clínicos tradicionales (formato individual o pequeño-grupal; centrados en el trastorno y salud mental) desde criterios poblacionales (dirigidos al conjunto de la población), sociales (prioridad de los marginados o más desfavorecidos) y comunitarios (cercanía al entorno en que se producen los problemas, potenciación y autodirección personal y social, trabajo "desde abajo" y a través de mediadores comunitarios, etc.).

La intervención de crisis, terapias breves y el trabajo reeducativo escolar ilustran este tipo de métodos. También la consulta tiene un componente de prestación de servicios. Algunos autores no admiten este tipo de técnicas entre los "propiamente" sociales o comunitarios por su impregnación clínica o su carácter de servicios directos (al cliente).

8.6.2 Desarrollo de recursos humanos

La idea directriz de esta familia de estrategias es que personas y comunidades tienen un potencial (psicológico, relacional, de servicios, político-social, etc.) por desarrollar que puede usarse en la resolución de los problemas sociales. La tarea básica sería identificar y evaluar ese potencial y encontrar los métodos (psicológicos y sociales) apropiados para su desarrollo y optimización personal o en la ayuda a otros.

Podemos distinguir dos grupos de estrategias comunitarias de desarrollo de recursos humanos (o personas): Indirectos y directos.

1) En el desarrollo de recursos indirectos, se potencia la capacidad de una persona de ayudar a otros mediante la ampliación de su rol profesional para que incluya la prestación de servicios humanos (por ejemplo, el médico que ayuda a evaluar, derivar o atender en primera instancia una depresión, o el policía que interviene en una crisis familiar). La consulta (con el médico o el policía en este caso), y el uso de paraprofesionales, voluntarios y trabajadores "indígenas" de la comunidad ejemplificarían esta función ya mencionada en 4.7.1.

2) El desarrollo de recursos directos en la población, se refiere al desarrollo de las personas per se, no en cuanto mediadores comunitarios para prestar ayuda otros. Los grupos de autoayuda, "entrenamientos de competencias" o de resolución de problemas podrían incluirse en este apartado, aunque también las redes de apoyo, la educación y promoción de la salud y la organización de la comunidad tienen fuertes componentes de desarrollo de recursos humanos (desde el desarrollo comunitario u organizacional en este caso).

8.6.3 Prevención

Función clásica de la intervención social y comunitaria en sus variantes primaria (prevención propiamente dicha), secundaria (tratamiento y organización de servicios con orientación preventiva) y terciaria (rehabilitadora-resocializadora) o —según otro esquema— genérica (fortalecimiento global) y específica (centrada en el problema de interés).

La educación —y promoción— de la salud mental es el método clásico de prevención aunque otros (casi cualquiera de los restantes aquí citados a nivel social) tendrían virtualidades preventivas, desde el punto de vista genérico al menos. La prevención de los problemas sociales es un tema mucho menos desarrollado, y relevante sin duda. Los contenidos y realización de la prevención son examinados en el capítulo 9.

8.6.4 Reconstrucción social y comunitaria

Una idea directriz de la PC (y de la sociología de los problemas sociales) es que la desorganización y desintegración social —y la disolución de redes de apoyo y de grupos sociales primarios (el familiar sobre todo)— presente en las sociedades industriales y urbanas modernas es un factor clave en la producción de los problemas sociales y psicosociales actuales (drogas, delincuencia, marginación, problemática familiar, etc.). Esa desorganización se ve a su vez reflejada en los sentimientos de alienación y desarraigo personal de los individuos.

La reconstrucción social y el restablecimiento del sentido de comunidad y pertenencia impregna, en consecuencia, no sólo el contenido de muchas de las estrategias de intervención comunitaria (desarrollo y organización de comunidad y autoayuda sobre todo), sino también la forma en que son prestados. Esa reconstrucción social en dirección comunitaria es un componente central en la organización del apoyo social y redes de apoyo, y en las comunidades

terapéuticas (a su vez una "institución paralela")

8.6.5 Cambio social y comunitario

Equivalente al nivel institucional-comunitario de Rappaport o la "acción social" genérica de otros autores. La intervención más genuinamente social, centrada en el cambio social: Modificación significativa de la estructura social básica (especialmente en lo referente a la distribución de poder) con efectos irradiativos —potenciadores— sobre los individuos o grupos que componen la comunidad. A partir del esquema clásico de Rothman y Tropman (1987), distinguiríamos dos grupos de estrategias:

a) Las que intentan crear nuevas instituciones o sistemas sociales alternativos (instituciones paralelas o creación de settings).

b) Las que pretenden cambiar o reformar un sistema social existente, incluyendo desarrollo de comunidad, acción social y abogacía social. Las examinaremos más abajo.

Las diferentes estrategias se distinguen por las asunciones subyacentes sobre los problemas y el cambio social, así como por los métodos usados (derivados de esas asunciones).

• En el modelo de instituciones paralelas se asume que el sistema social de ciertos grupos es impermeable al cambio o que la producción de ese cambio resultaría, por distintas razones (sistema muy cerrado o jerarquizado; con alto grado de conformismo social; de gran eficiencia funcional combinada con paternalismo aplacador; con un equilibrio cuasiestable de varias tendencias sociales enfrentadas y equipolentes, etc.) extremadamente laborioso y probablemente infructuoso. Se opta, en consecuencia, por crear un sistema o escenario paralelo (escuela, correccional, centro social para pacientes psiquiátricos, etc.) a los institucionalmente existentes, con unos presupuestos ideológicos y organización social distintos. Ejemplos de instituciones paralelas son: Las comunidades terapéuticas para toxicómanos, cooperativas, escuela correccional creada por Sarason (1972) y otros, o "la Posada" de Fairweather y otros (1974), o los "hospitales" de día.

Problemas de las instituciones paralelas son su supervivencia y aislamiento social. El mantenimiento y diseminación de programas son, pues, vitales en esta estrategia condenada de otro modo a la desaparición, al no producir cambio social generalizado e integrado institucionalmente, sino localizado, organizacional y paradigmático (este aspecto y la novedad son, a su vez, los puntos fuertes de la estrategia).

Modificación de los sistemas sociales existentes (lo que se entiende comúnmente por "cambio social" (5.7). La asunción es aquí que sistemas sociales y comunidades no cumplen apropiadamente sus funciones siendo, en mayor o menor medida, permeables al cambio y poseyendo algunos aspectos o recursos potencialmente movilizables para conseguir los cambios necesarios y/o deseados.

Según la extensión y tipo de cambio perseguido y el aspecto que se moviliza para lograrlo pueden distinguirse 3 estrategias básicas: Desarrollo de comunidad (DC) y acción social (AS) —parte de la tipología de Rothman— y abogacía social. El desarrollo de comunidad y la acción social intentan producir cambios globales y profundos; la abogacía social reformas más limitadas.

• *Desarrollo de comunidad.* Una vez reconocida la necesidad de cambio y transformación, DC y AS parten de asunciones distintas. La primera asume recursos (económicos, humanos, políticos, liderazgo, etc.) ilimitados y se basa en el consenso y la cooperación a través de la coordinación —y autodesarrollo— de la propia comunidad suplementado por ayuda técnica (psicológica o tecnológica, por ejemplo) exterior (ver capítulo 14, para una ampliación).

También se asume en el DC que: a) La comunidad es relativamente homogénea en

términos culturales y de intereses, de modo que, aunque existan diferencias de intereses, cultura o poder, éstas son reconciliables o compatibles; b) el sistema social global es mínimamente democrático (posibilitando la participación y toma de decisiones de los ciudadanos sobre asuntos que les afectan vitalmente) y c) los ciudadanos están dispuestos a participar y tomar responsabilidades en las tareas comunes. Persuasión, influencia y mediación negociadora son los procesos psicosociales básicos de la estrategia.

• *La Acción Social* es una estrategia de conflicto y confrontación basada en las asunciones de recursos sociales limitados y desigualmente distribuidos que conducen a conflictos y enfrentamientos entre grupos o clases sociales en distintas posiciones: Unos hegemónicos y dominantes (minorías con frecuencia, pero no siempre) y otros desposeídos y marginados. La comunidad es, pues, marcadamente heterogénea en términos culturales, de poder e intereses y las diferencias y conflictos, insalvables por métodos conciliadores y de negociación (en los que los marginados carecerían, de todas formas, de fuerza y capacidad de respaldo que avalase su posición).

La solidaridad, el poder y la coerción son los mecanismos psicosociales centrales y la organización y movilización de masas para acceder a los recursos y el poder (local o más generalizado) y asegurar su justa distribución, los métodos básicos de actuación (asambleas, manifestaciones, ocupaciones, interrupción de servicios vitales o del tráfico, huelgas, resistencia pasiva, acciones políticas paralelas, desobediencia civil, etc.; ver capítulo 14 y 8.7).

El DC, por su parte, usa métodos como participación e integración de la comunidad (alentando la cooperación y colaboración de los distintos grupos y asociaciones en proyectos comunes); definición de necesidades y metas comunes; mejoramiento de la capacidad de afrontamiento (aumento de la destreza comunitaria para resolver problemas sociales, mejora de la comunicación intergrupos, etc.) o mejoría de las condiciones materiales, de prestación de servicios y dinamización de recursos.

Cada método tiene ventajas e inconvenientes que deben ser sopesados —en vista de las asunciones de cada uno— teniendo en cuenta que pueden —a veces deben— ser combinados dependiendo de cada caso particular. La AS tiene potencial de producir cambios profundos y duraderos (en los sistemas y en personas), pero también puede profundizar los enfrentamientos y dejar posos de resentimiento en los "perdedores", desconsiderando, además, la posibilidad de la creación y desarrollo de recursos frente a su mera redistribución. Por otro lado, el poder, por sí solo, no basta; para producir mejoras reales en las condiciones de vida, se necesita, además, un programa técnicamente eficaz.

El DC, por su parte, hace asunciones extraordinariamente optimistas —sino irreales— sobre la naturaleza y relaciones sociales de las comunidades humanas. Los enfrentármenos y diferencias de intereses entre grupos son, con frecuencia, profundos y de muy difícil conciliación. Los poderosos o privilegiados no suelen estar dispuestos a ceder su poder o privilegios por las buenas; los grupos marginados están con frecuencia aislados, careciendo de poder para negociar o reivindicar o de mecanismos (políticos, informativos, etc.) para expresar su postura convincentemente.

El DC no deja, sin embargo, residuos permanentes de violencia o enfrentamiento y potencia —importante— el desarrollo constructivo de recursos no su simple redistribución. Debe añadirse que el desarrollo social o comunitario suele generar (si no se realiza equilibrada y armónicamente, cosa harto difícil e infrecuente) desequilibrios y desigualdades sociales que requieren acciones sociales redistributivas (AS). Lo cual, por cierto, subraya patéticamente la interrelación y complementariedad de ambas estrategias.

• *Abogacía social.* Es una estrategia distinta que pretende —más que el cambio profundo— la

reforma de cienos aspectos y procesos (administrativos, legales, sociales) de un sistema a partir de la demanda o reclamación de una persona o grupo (demandante) que se siente perjudicado. La idea aquí es, no simplemente resolver el caso o reclamación que inician el proceso, sino modificar los sistemas o procedimientos sociales que lo originaron sea desde una postura mediadora (neutral), colaboradora entre las partes o adversaria respecto al sistema demandado. Se combinan así ideas de la abogacía legal con la acción social por medio de métodos como la denuncia pública, exposición de fallos, presión, litigación u organización de los afectados.

La obtención del derecho al tratamiento de pacientes psiquiátricos o el testimonio experto de psicólogos en las audiencias sobre sectas destructivas o desagregación racial ilustran esta estrategia, que Weber y McCall (1978) Knitzer (1980) o Glideweil (1984) describen con mayor profundidad.

8.7 Organización de la comunidad

La organización de la comunidad —u organización comunitaria— es la forma más reconocida y clásica de acción social. Presupone la organización de las tendencias o esfuerzos de actuación iniciados desde abajo (la propia comunidad o grupo social) a través de una acción, solidaria y coordinada, hacia objetivos compartidos de redistribución de poder y recursos sociales. Se asume que la organización aporta eficiencia, directividad y durabilidad a esas tendencias espontáneas y autoinducidas que son el ingrediente básico de partida de toda acción social. Entre los autores que han tratado el tema desde distintas perspectivas figuran: Alinsky (1946 y 1971); Cox y otros (1974); Eckiein (1984); Heller y Monahan (1977); Periman y Gurin (1972); o Rothman y Tropman (1987).

Ecklein (1984) ha señalado en la segunda —y más contemporánea— versión de su libro de experiencias, a los años 60 como origen de la organización comunitaria (OC). En esos años, la OC se constituyó en herramienta básica del trabajo social junto al trabajo de casos (case-work) y al trabajo con grupos y familias (debería añadirse aquí el desarrollo comunitario), aunque, con el ascenso del conservadurismo y la recesión económica de los 70 ha descendido en empuje e intuitividad, ganando, en cambio, en autoconsciencia. Destaca la autora 3 tradiciones o líneas de actuación de esa época que han influido en el estatus y práctica actual de la OC (en Estados Unidos, se entiende):

a) Las agencias de prestación de servicios relacionadas con los grandes programas norteamericanos de la época como la "Guerra contra la Pobreza".

b) Los movimientos sociales, como el de derechos civiles.

c) La línea de Saúl Alinsky, que cita como más prevalente hoy (en Estados Unidos), basada en organizadores profesionales remunerados (y formados y entrenados inicialmente por el propio Alinsky) que se ocupan de la parte técnica de la OC —en tanto es requerida su actuación— como parte autónoma y diferente de los líderes comunitarios. Son éstos quienes, en representación de la comunidad, marcan los objetivos de la intervención. Los organizadores determinan la estrategia y tácticas para conseguirlos, desapareciendo de la escena y yendo a otra comunidad en que son requeridos cuando ya no son necesarios en la primera.

Los temas u objetivos básicos de la OC serían para Ecklein:

1) Promover y apoyar los intereses de los grupos oprimidos o desfavorecidos. Una línea de acción muy cercana a la abogacía social (que, de hecho, es una de las 8 áreas de acción de OC descritas por la autora).

2) Mejorar las condiciones sociales de la comunidad y grupos menos favorecidos.

3) Redistribuir el poder, el tema clásico de la acción social.

4) Fortalecer la participación e integración de la comunidad.

Los problemas pueden plantearse cuando hay discrepancias o conflicto entre los diversos objetivos. Por ejemplo, la promoción de los intereses de los más desfavorecidos puede menoscabar la integración de la comunidad produciendo enfrentamientos con otros grupos.

Señala también la autora que las acciones y objetivos de la OC oscilan entre dos orientaciones o polos en tensión: 1) Prestación de servicios a los grupos necesitados; 2) acción social para mejorar la capacidad de acción de la comunidad. Cada orientación (descritas en 4.7 como opción marginalista y desarrollista respectivamente y revisadas antes en este capítulo) tiene sus riesgos. La acción social puede ignorar las necesidades de las personas en nombre de las grandes palabras e ideales; la prestación de servicios puede no afectar en absoluto las causas o condiciones sociales profundas que generan las demandas. Y cada una desarrolla estrategias y "productos" distintos. La primera ("dar al que no tiene") crea servicios y promueve implícitamente la profesionalización; la acción social intenta organizar a la gente para que ellos mismos consigan lo que necesitan.

Otro riesgo asociado es el de desplazamiento defines durante el proceso de OC derivado de la inercia e intereses que cada estrategia genera. Si se comienza focalizándose en los servicios para cubrir necesidades "inaplazables" puede ser muy difícil perseguir más adelante objetivos de acción y cambio social. Si, por el contrario, nos centramos en la organización del asociacionismo para reivindicar reformas o cambios sociales dados, estas asociaciones pueden fácilmente desaparecer cuando hayan conseguido sus objetivos. También se reconoce la tensión durante el proceso organizativo entre las metas a largo plazo y las victorias inmediatas para conseguir un efecto de "arrastre", así como las limitaciones ligadas a la influencia sobre el organizador de los apoyos, auspicios y financiación externos, de los propios fines y estructura interna de la organización para la que se trabaja y del lugar concreto (comunidad, ciudad, etc.) en que se actúa.

Ecklein (1984) concluye con pesimismo que la gran mayoría de la organización comunitaria va dirigida a manifestaciones secundarias de los problemas sociales y que, cualquiera que sea su retórica justificativa, la praxis va dirigida casi siempre a ajustes mínimos de la maquinaria social, y no a sus mecanismos o engranajes centrales.

La parte descriptiva del libro —la gran mayoría de él— incluye programas y experiencias de Organización Comunitaria agrupada en 8 apartados:

• Desarrollo comunitario, acción social y movimientos sociales; muy relacionado con el organizacionismo sindical (pero más amplio). Incluye experiencias de OC de Alinsky y otros colaboradores.
• Organización al nivel del vecindario.
• Organización contra el racismo.
• Organización en agencias comunitarias de servicio.
• Organización de inquilinos de viviendas.
• Organización como abogacía social (un aspecto claramente diferenciado de otros tipos de OC).
• Organización para "el gran cambio". OC de mayor alcance, vista desde 3 perspectivas ideológicas y políticas distintas: Populista, socialista y de desarrollo de comunidad.

La estrategia de Alinsky (1946 y 1971) —ya aludida antes— se basa en la redistribución de poder y la acción directa —no violenta— como puntos centrales. En ella, los programas no son concebidos como fines en sí mismos, sino sólo como instrumentos para conseguir que los oprimidos (los have-nots) puedan acceder al poder. El autor es un firme partidario de la acción, tan necesaria, según él, para las organizaciones como el oxígeno para los individuos. La acción debe, no obstante, estar nucleada por cuestiones relevantes que la inicien y mantengan. Al principio es probable que una comunidad no sepa con claridad lo que desea, mucho menos como

conseguirlo. Sólo cuando la gente crea que tiene poder para actuar y tenga una razón convincente para hacerlo, pensará realmente en cómo actuar.

El organizador comunitario deberá precisamente crear las condiciones para que eso ocurra, asumiendo en un principio la iniciativa, ayudando a la dinamización de la comunidad y a la definición de los objetivos de la acción a desarrollar (creando, incluso, las condiciones para ser llamado por la comunidad),'identificando al "enemigo" y absorbiendo los ataques y maniobras contra la gente que puedan producirse. Dejará paso, no obstante, más adelante a los líderes e iniciativa locales a medida que comiencen a surgir, limitándose a la parte técnica de la organización (estrategias y tácticas) y cediendo —como ya se ha indicado al principio— a la propia comunidad y sus líderes la definición final de los objetivos a perseguir.

El imaginativo y antiacadémico estilo de trabajo de Alinsky (1971) es quizá mejor reflejado en las reglas generales sobre las tácticas de actuación, que siendo sólo eso, reglas generales, precisarán adaptación a la situación y requerimientos concretos de cada caso y que giran en tomo a los temas básicos de poder, acción directa y experiencia inmediata, persistencia y astucia estratégica y utilización de los resortes psicológicos y sociales de presión personal y de organización de masas.

1. Poder es no sólo lo que uno tiene, sino lo que "el enemigo" cree que uno tiene. Se deriva del dinero y/o la gente.
2. Nunca vayas fuera de la experiencia de "tu gente".
3. Siempre que puedas vé fuera de la experiencia del enemigo.
4. Haz que el enemigo se compone de acuerdo a (cumpla) su propio código de reglas.
5. El ridículo es el arma más potente del hombre.
6. Una buena táctica es aquélla con que tu gente disfruta.
7. Una táctica que dura demasiado se conviene en una rémora (o impedimento).
8. Mantén la presión.
9. La amenaza es habitualmente más aterradora que el acto (la cosa) mismo(a).
10. La principal premisa de las tácticas es desarrollar operaciones que mantengan una presión constante sobre el enemigo.
11. Si mantienes una negativa con suficiente dureza y profundidad se abrirá paso a través de los obstáculos y llegará hasta su destino.
12. El precio de un ataque exitoso es una alternativa constructiva.
13. Elige la diana, congélala, personalízala y polarízala.

Estas máximas capturan vívida y crudamente la estrategia de acción social centrada en la confrontación, bien distinta, por cierto, de la centrada en la concertación e ilustrada por el enfoque de Caplan (8.4.7). Junto al conocimiento de individuos y grupos sociales expresado por las reglas, ha de destacarse también el grado de manipulación, oportunismo y sobresimplifícación y polarización de la realidad y la acción social (el "enemigo", "tu gente", etc.) que encierra este tipo de estrategias.

Referencias bibliográficas

ALINSKY, S.D. (1946). Reveille for radicais. Chicago Press. ALINSKY, S.D. (1971). Rulesfor radicais. Nueva York, Random House

ANGER-EGG, E. (1980). Metodología y Práctica del Desarrollo de Comunidad. Buenos Aires: Humanitas.

BARRIGA. S., LEÓN, J.M., y MARTÍNEZ, M.F. (1987). Intervención psicosocial. Barcelona: Hora.

BEJARANO, J.F. (1987). La participación es un proceso que lleva al cambio social (Entrevista con Marco Marchioni). Salud entre todos. 24,4.

BELL, R.. SUNDEL, M., APONTE, J.F., MURREL. S.A. y LIN, E. (Eds.) (1982). Assessing health and human service needs: Concepts, methods and applications. Nueva York: Human Sciences Press.

BENNIS, W.G. (1973). The change agents. En R.T. Golembiewski y A. Blumberg (Eds.). Sensivity training and the laboratory approach: Reading about concepts and applications. Itasca, 111.: Peacock.

BENNIS, W.G, BENNE, K.D., CHIN, R. y COREY. K.E. (Eds.) (1985). Theplannmg of change (4a. edic.) Nueva York: Holt, Rinehart and Winston

BERGER, P.L. y NEUHAUS, R.J. (1977): The empower people. Washington, American Enterprise Institute forPublic Policy Research.

BLOOM, B.L. (1980). Social and Community interventions. Annual Review of Psychology, 31,111-142.

BLOOM, B.L. (1984): Community Mental Health (2a. ed.). Nueva York, Brooks/Cole. BORJA, J. (1987): Descentralización y participación ciudadana. Madrid, Instituto de Estudios de la Administración.

CAPLAN, G. (1979). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.

COOK, T.D. y SHADISH, W.R. (1986): Program Evaluation: The wordly science. Annual Review ofPsychology, 37,193-232.

COWEN, E. (1973). Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 24,423-472.

COX, F.M., ERLICH, J.R., ROTHMAN, J. y TROPMAN, J.E. (eds.) (1987): Strategies of community organization: Macropractice (4a. edic.). Itasca, 111., PeacockPublishers. DAVIDSON, W.S. (1989). Ethical and moral dilemmas m Community Psychology:

Tamishing the ángel's halo. American Journal of Community Psychology, 17, 385-390. DAVIDSON, W.S. y RAPP, C. (1976). Child advocacy in mejustice system. Social

Work, 21,225-232.

DORWART, R.A. y MEYERS, W.R. (1981): Citizen participation in mental health: Research and social policy. Springfield, 111. Charles C. Thomas.

ECKLEIN, J. (ed.) (1984): Community organizers (2a. ed.). Nueva York, Wiley.

ERBER, E. (1976): Why citizen participation? HUD Challenge, enero.

ETZIONI, A. (1976). Social problems. Englewood Cliffs, N.J. Prcntice-HaU.

FAIRWEATHER, G.W., SANDERS, D.M. y TORNATZKY, L.G. (1974) Creating change in mental health organizations. Nueva York: Pergamon.

FAIRWEATHER, G.W. y TORNATZKY, L.G. (1977). Experimental methodsfor social policy research. Nueva York; Pergamon.

FERNÁNDEZ, A. y PEIRÓ, J. (comps.) (1989): Estrategias educativas para la participación. Barcelona, Humanitas.

FISHER, R. (1982). Social Psychology: An applied approach. Nueva York: St. Martm's Press.

GAMSON, N.A. (1968). Pawer and discontent. Homewood, IU.: The Dorsey Press.
GESTEN, E.L. y JASON, L. (1987). Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 39,427-460.
GINER DEL GRADO, C. (1979): La hora de participar. Madrid, Marsiega.
GLIDEWELL, J. (1977). Competence and conflict in community psychology. En Iscoe, y Bloom, B.L. y Spielberger, C.D. (Eds.) Community psychology in transition. Nueva York: Hemisphere, p. 71-76.
GLIDEWELL, J.C. (1984). Training for the role of advócate. American J. of Community Pgy., 12, 193-198.
GOODSTEIN, D.L. y SANDLER, I. (1978). Using psychology to promote human welfarc: A conceptual analysis of the role of community psychology. American Psychologist, 33,882-892.
HALPRIN, L. y otros (1974). Takingpart. Cambridge, Mass., MIT Press.
HELLER, K. (1989). Ethical dilemmas in Community Inlervention. American J. of Community Pgy., 17, 367-378.
__ (1990). Social and Community Interventions. Annual Review of Psychology, 47,141-168. HELLER, K. y MONAHAN, J. (1977). Psychology and community change. Homcwood, 111.: Dorsey Press.
HELLER, K., PRICE, R.H., REINHARZ, S., RIGER, S. y WANDERSMAN, A. (1984). Psychology and community change (2a. edic.). Chicago, Dorsey.
ISCOE, I. y HARRIS, L.C. (1984). Social and communily interventions. Annual Review of Psychology, 35, 333-360.
KATZ, D. (1974). Factors affecting social change: A social-psychological interpretation. Journal of Social Issues, JO, 159-180.
KELLY, J.G., SNOWDEN, L. y MUÑOZ, R. (1977). Social and community interventions. Ann. Review of Psychology, 28, 323-361.
KLEIN, D.C. (1968). Community dynamics and mental health. Nueva York: Wiley.
KNITZER, J. (1980). Advocacy and the community. En M.S. Gibbs, J.R. Lachcnmeyer y J. Sigal (Eds.), Community Psychology. Nueva York: Gardncr Press.
LANGTON, S. (1978). Citizen participación in América. Lcxington, Mass., D.C. Heath.
LEWIN, K. (1948). Resolving social conflicts. Nueva York: Harpcr.
LIPPITT, R, WATSON, J. y WESTLEY, B. (1958). The dynamics of planned change. Nueva York: Harcourt Braco Jovanovich.
MERTON, R.K. y NISBET, R. (1976). Contemporary social problems. (4a. ed.).Nueva York: Harcourt Brace.
MORALES, J.F., BLANCO, A., HUICI, C., FERNÁNDEZ DOLS, J.M. (19S5). Psicología Social Aplicada. Bilbao: Dcsclée de Brouwcr.
MOYNIHAN, D. (1969). Maximum feasible misunderstanding: Community action in the wor on poverty. Nueva York, Frec Press.
MUNNÉ, F. (1986). La construcción de la psicología social como ciencia teórica. Barcelona: Alamex.
O'NEILL, P. (1989). Responsiblc lo whom? Rcsponsiblc for what? Somc clhical issues in community intervention. American J. of Community Pgy., 17, 323-342.
PERLMAN, R. y GURIN, A. (1972). Community organización and social planning. Nueva York: Wiley.
PERLMAN, J.E. (1976): Grassrooting the systcm. Social Policy. Setiembre/Octubre.
RAPPAPORT, J. y CHINSKY, J.M. (1974). Modcis for delivcry of service from a historical

conceptual pcrspcctivc. Profesional Psychology, 5,42-50.
RAPPAPORT, J. (1977). Community psychology: Values, research, and action. Nueva York: Holt, Rinchart and Winston.
REINHARZ, S. (1989). Taking the roles ofcducator and mcdiator: Two mcans of preventing elhical conflicts for communily psychologists whcn financial resources are scarcc. American J. of Community Pgy., 17, 391-396.
REPUCCI, N.D. (1973). Social psychology of institutional change: General principies for intervention. American Journal of Community Psychology, 1, 330-341.
RIGER, S. (1989). The politics of Community Intervention. American J. o f Community Pgy., 17, 379-384.
ROGERS, E.M. y SHOEMAKER, F.F. (1971). Communication ofinnovations: A cross-culturalapproach. Nueva York, Free Press.
ROTHMAN, J. (1974). Planning and organizing for social change: Action principies for social science research. Nueva York: Columbia Univ. Press.
ROTHMAN, J. y TROPMAN, J.E. (1987). Modeis of community organization and macro-practice perspectives. En F. COX, J. ERLICH, J. ROTHMAN y J.E.
TROPMAN (eds.).
RUEDA, J. M. (1986). Praxis psicosocial. Revista de Treball Social, 103.7-23.
—— (1988). El psicólogo y la intervención comunitaria. Problemas a debate. Apuntes de Psicología (COP, Andalucía Occidental), 24,13-17.
—— (1989). Dictamen para intervenir en la comunidad. Documento no publicado. Arcad' Afers Socials i Joventut. Ayuntamiento de Barcelona.
—— (1990). Intervención psicosocial. Fitxa de treball. Documento no publicado. Arca de ASJ, Ayto. de Barcelona.
RYAN, W. (1971). Blamming the victim. Nueva York: Pantheon.
SÁNCHEZ ALONSO, M. (1986). Metodología y práctica de la participación. Madrid, Edit. Popular.
SÁNCHEZ VIDAL (1986). Psicología Comunitaria. Memoria no publicada. Universidad de Barcelona.
SARASON, S.B. (1972). The creation of settings and the future of societies. Nueva York: Ronaid Press.
SARASON, S.B. (1974). The psychological sense of community: Prospects for a community Psychology. San Francisco: Jossey-Bass.
SEIDMAN, E. (Ed.) (1983). Handbook of social intervention. Beverly Hills: Sage.
SMELSER, N.J. (1963). Theory of collective behavior. Nueva York: Free Press.
SYME, G.J., SELIGMAN, C. y MACPHERSON, D.K. (1989). -Environmental planning and management: Anintroduction.JournalofSocialIssues.45,1-15.
WANDERSMAN, A. (1981). A framework of participation in community organizations. Journal of Aplied Behavioral Science, 17, 27-58.
WARHEIT, G.J., BELL, R.A. y SCWAB, J.J. (1977). Needs assesment approaches: Concepts and methods. DHEW Pub. No. (ADM). 79-492. Washington D.C.: US. Govemment Printing Office.
WARREN, R.L. (1977). Social change and human purpose: Toward un understanding and action. Chicago, Rand McNally.
WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J.M. y FISCH, R. (1974). Change: Principies of problem formation and problem resolución. Nueva York: Norton.
WEBER, G.H. y McCALL, G.J. (Eds.) (1978). Social scientists as advócales. Beverly Hills:sade

Capitulo 9
Prevención

9.1 La respuesta es prevención

En 1984, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) norteamericano estimó en un 19 el porcentaje de población que padecía alguna forma de trastorno o sufrimiento psicológico. No le van a la zaga en extensión y gravedad otros problemas psicosociales no conocidos aun con tanta precisión. Parece claro, por otro lado, que las soluciones actuales a esos problemas (tratamiento y represión) resultan —por sí solas— notoriamente ineficaces para erradicar globalmente esos problemas, no pasando de ser parches parciales más o menos eficaces (tratamiento o asistencia) o meros dispositivos de contención para ganar tiempo hasta encontrar otras soluciones más racionales (represión), ya que se dirigen a los efectos, no a las causas de esos problemas y trastornos.

La alternativa racional para acercarse a esa erradicación pasaría (inclusiva, no exclusivamente) por actuar —en línea con la filosofía interventiva comunitaria— antes, no después, atacando las causas y orígenes socio—ambientales de los problemas, no sus efectos o manifestaciones personales. En una palabra, por prevenir. La prevención es, como ya se ha reiterado, objetivo central —junto al desarrollo humano— de la Psicología Comunitaria. Como modelo conceptual y operativo procede de la Salud Pública, que lo ha usado con éxito en la erradicación de las enfermedades transmisibles.

En la realidad psicosocial y de salud mental (SM), sin embargo, la prevención no pasa de ser (si se excluye el campo de la salud) mucho más que un artículo de fe (y un recurso retórico) generalizado en el ideario de múltiples disciplinas científicas y programas políticos, pero apenas practicado en la realidad, dado el extendido escepticismo sobre su factibilidad y eficacia (y a otras razones profundas que comentamos algo más abajo). Como consecuencia de lo cual, el paso de la declaración verbal a la práctica no se da, quedando la realización de programas preventivos desconectada de los mecanismos instrumentales (contenidos programáticos y políticos explícitos y concretos, asignación de recursos públicos, formación y convencimiento de científicos y técnicos) precisos para su puesta en práctica.

¿Qué tiene que ocurrir para que se pase de la retórica verbal a la realidad; de la afirmación y aceptación de la lógica de la prevención a su práctica generalizada? Es muy posible que hayamos de asistir a una escalada de los problemas de salud, SM y psicosociales y al crecimiento disparado de los costos de los sistemas asistenciales profesionales (como ya está sucediendo con los de salud) o de algún otro de los parámetros y outputs que tiene verdadera incidencia en la determinación de las prioridades socio-políticas (muertes, costos humanos y sociales excesivos y perturbaciones o protestas sociales poderosas o con incidencia en la opinión pública) antes de que se logre la conciencia —y voluntad de acción social— de la prevención y educación como alternativas globales indispensables (y viables) para resolver a largo plazo algunos de esos problemas. Se alcanzaría así la sabiduría popular destilada en el dicho "más vale prevenir que curar".

¿Qué tarea corresponde al psicólogo mientras esa voluntad social se concreta en forma de recursos? Diseñar y ensayar (junto a otros profesionales, se sobreentiende) cuidadosamente programas eficaces —al nivel de posibilidad acorde con los recursos disponibles— para resolver algunos problemas seleccionados; acumular los conocimientos necesarios sobre los problemas a prevenir y aportar las investigaciones evaluativas y datos apropiados para probar la viabilidad —y deseabilidad— de las alternativas preventivas. Se contribuiría así a superar el desconocimiento

y escepticismo social dominantes y la tendencia al parcheo y reparación para salir del paso, desde la repetida convicción de que asistencia y reparación retrospectiva son insúflemeles por sí solas, y que la solución final a la grave problemática psicosocial actual pasa, necesaria e inclusivamente, por la prevención y el desarrollo de los recursos humanos de una comunidad.

Tampoco deben ocultarse —más allá de los problemas técnicos más superficiales— las dificultades de fondo de la tarea preventiva en su conjunto, derivadas de su propia naturaleza como filosofía de acción que se enfrenta a —o entra en contradicción con— tendencias, ideas y valores centrales —y como tales, profundamente arraigados— a la cultura de las sociedades consumistas en que vivimos: Visión social globalizada y a largo plazo frente a reparación reactiva ad hoc y reticencia a invenir en algo "intangible", que no produce resultados inmediatos; retraso del deseo y gratificación inmediata en favor de la satisfacción o beneficio (de salud, bienestar, etc.) a largo plazo; contención y moderación del deseo y la acción consumista, frente al consumo inmediato y la realización personal a través de la acción y apoderamiento del entorno, etc.

Por ejemplo, los mensajes de contención o prevención del consumo de alcohol, drogas o utilización del coche que se lancen como parte de campañas de prevención de estas substancias y artículos —o del consumo en general— entran en abierta contradicción con la filosofía consumista de fondo implícita y explícitamente difundida a través de los sistemas de socialización y comunicación formales e informales (familia, grupos de iguales adolescentes o compañeros de trabajo, prensa, radio y televisión, etc.). No sólo eso, contradicen el sistema de premios y castigos sociales más o menos implícitos que "hacen cumplir" esa filosofía: Recomendaciones del padre al hijo de lo que debe hacer y pensar para salir adelante, "moral del éxito" difundida en medios de comunicación y artísticos "para estar al día", exigencias del mercado de trabajo, ascensos y premios en el sistema social y laboral, competitividad consumista en los grupos de niños en la escuela o entre los compañeros de trabajo, etc., etc.

Todo esto, no sólo resta gran parte de eficacia persuasiva a los mensajes, sino que crea considerable "ruido" o disonancia cognitiva y social en los receptores, a la vez que un explicable escepticismo sobre la validez y veracidad de los propios sistemas implicados (institucionales, medios de comunicación y de difusión del consumo). De forma que, al final, la lógica —y "cultura"— de la prevención no puede evitar cuestionar —y confrontar— ciertas tendencias básicas de la cultura (consumista, expansiva, hedonista, del triunfo y la competitividad) actual si quiere ser eficaz y consecuente consigo misma, ya que, en última instancia, la lógica de la prevención, va contra corriente de buena parte de la lógica de la cultura actual.

Ya hace tiempo que algunos psicólogos están trabajando —junto a otros profesionales— en la realización de programas preventivos en los campos de la salud, SM, drogas o problemas sociales con resultados más que alentadores (ver, por ejemplo, Price y otros, 1988) que demuestran fehacientemente que la prevención es factible, pudiendo algunos problemas ser prevenidos por métodos —en parte— psicológicos y que ciertos conceptos psicológicos y psicosociales son apropiados —junto a las ideas heredadas de la Salud Pública— para llevar a término esa empresa. Los libros de Joffe, Albee y Kelly (1984), Bloom (1984), Edelstein y Michelson (1986), Feíner y otros (1983) y el ya citado de Price y otros, recogen buena parte de esos esfuerzos conceptuales, metodológicos y aplicados de los psicólogos (estadounidenses, en este caso). También algunos manuales y publicaciones de Psicología Comunitaria recensionan ideas básicas, estrategias o programas sobre el tema preventivo.

En este capítulo, pretendemos hacer una exposición general de los conceptos básicos de la prevención así como de contenidos y principios de realización de programas preventivos que complementamos con algunas ilustraciones centradas mayormente en el campo de la salud

mental. Lo estructuramos en los siguientes apartados: Epidemiología, conceptos y resultados relevantes; conceptos y clases de prevención; realización de programas preventivos; contenido de esos programas; y, algunas ilustraciones de estrategias y programas.

9.2. Epidemiología: conceptos y de resultados en salud mental

De cara a familiarizar al lector con el modelo de Salud Pública, pasamos a delimitar brevemente el significado de algunos conceptos epidemiológicos básicos que —a falta de modelos psicosociales apropiados (el de estrés, el más prometedor entre los existentes, es aun muy esquemático y poco estructurado)— usaremos parcialmente como marco general orientativo (y vocabulario descriptivo) de cierta utilidad. Utilidad limitada en función de las diferencias entre los presupuestos y mecanismos causales de los problemas de salud mental (SM) y psicosociales respecto de las enfermedades infecciosas y transmisibles a las que se ha aplicado el modelo preventivo de base epidemiológica.

Mientras que algunas ideas y métodos pueden ser útiles y aplicables, otros pueden resultar, en cambio, negativas contribuyendo a confundir más que a aclarar los problemas. En este campo no hay "microorganismos" causantes del racismo o consumo de drogas, (ver Caplan, 1979, para una defensa razonada de la aplicación del modelo preventivo en SM). A falta de otro mejor, el modelo preventivo es adoptado como estrategia general, no en sus aspectos concretos y puntuales e intentando hallar elementos equivalentes en los campos psicosocial o de SM a los originales de base biomédica.

Substituimos igualmente el término "enfermedad" por el más general e inclusivo de "problema" (que incluya problemas, necesidades, déficits y conflictos psicosociales y de salud mental) sin olvidar, no obstante, la variedad de condiciones incluidas bajo estas denominaciones y las enormes diferencias de naturaleza, determinación y manifestaciones que contienen: No es lo mismo la depresión o la ansiedad que la esquizofrenia; ni éstas que la drogadicción, mendicidad, chabolismo, prostitución, delincuencia o apatía y marginación social, por citar algunas variantes problemáticas. Utilizamos parcialmente las descripciones de Bloom (1984) y a Korchin (1976) en la exposición que sigue.

Entorno, huésped, agente y caso. El modelo de Salud Pública asume una causación o determinación, no interna o endógena, sino básicamente exógena. En ella un problema puede explicarse por la combinación de 3 factores en los que habrá de centrarse la intervención —y prevención— para erradicarlo: Entorno, huésped y agente. El entorno sería, para nosotros, el conjunto de características (físicas, biológicas, construidas, psicológicas, relaciónales, sociales, etc.) significativamente implicadas en la predisposición, generación o mantenimiento del problema de interés (por ejemplo, dieta, normas culturales o clima). Es decir —y para enlazar con la teoría del estrés— la parte (más o menos específica según la condición) estresante del entorno global con el que una población se encuentra en equilibrio ecológico en un momento histórico dado.

El huésped es el individuo vulnerable, más propenso por tanto a contraer, desarrollar y manifestar el problema en virtud de características constitutivas o culturalmente transmitidas (sexo, dotación genética, clase social), y su "estilo de vida" y comportamiento (fumar, beber, expresar o controlar las emociones, delegar responsabilidad y control, etc.). Para desarrollar el problema, el huésped debe entrar en contacto con un vehículo o intermediario entre él y el entorno. Esto es, con el agente: Las estructuras o secuencia de acontecimientos que median la transmisión —o "traspaso"— del problema desde el entorno al huésped, de forma que, a través de él los aspectos estresantes del entorno se "internalizan" en —o pasan a ser parte de— el huésped

que se convierte así en un caso, o portador identificable —y manifiesto a través de signos o síntomas identificables— del problema.

En el caso del alcoholismo, por ejemplo, un determinado ambiente social y físicamente degradado sería el entorno social; un individuo vulnerabilizado psicológica o socialmente el huésped y la bebida (o la persona que induce a otra a beber), el agente. En otros casos (depresión, prostitución, etc.) es, naturalmente, mucho más difícil —y probablemente poco fructífero— localizar los 3 elementos.

En general, en la problemática psicosocial y de SM, el entorno estresante estaría constituido por "factores de riesgo" (que examinamos más adelante en conexión con la SM) asociados a la pobreza, aislamiento, bajo estatus socio-económico y desorganización social. Factores como: Desempleo; ambiente familiar violento o desestructurado; falta de valores, normas éticas y pautas de comportamiento; fracaso escolar; bajo nivel educativo; entorno barrial degradado; etc. El huésped sería el individuo que —por su escasa dotación constitutiva, comportamiento o localización geográfica y social—: a) Está más vulnerabilizado —genérica o específicamente— respecto al problema de interés; b) tiene mayor probabilidad de entrar en contacto con el agente; o c) es más propenso a incorporar (aceptar, hacer propio, internalizar, etc.) ese problema o trastorno.

El agente lo formarían los sistemas de transmisión social y psicológica de elementos culturales y sociales en el proceso de socialización tanto "formal" y específica (educación reglada, básicamente) como informal o difusa (familia, grupos de iguales y amigos, cine y medios de comunicación de masas y redes sociales informales). Estos "agentes transmisores" son muy importantes en prevención, debiendo ser tenidos en cuenta prioritariamente a la hora de diseñar programas interventivos —como intermediarios entre sujetos y medio externo—. Sobre todo el sistema familiar y la escuela (ver criterios de éxito citados en 9.4.2).

Varias cosas deben ser puntualizadas a partir de lo escrito y en relación a la temática de SM y psicosocial que centra nuestro interés:

1) Los factores influyentes y causales en la formación de esta problemática son más globales e inespecíficos que los implicados en los problemas biomédicos; sobre todo en el agente transmisor, mucho más complejo e interrelacionado que un agente biológico, una bacteria o un virus.

2) Esos factores (entorno, huésped, agente) están casi inextricablemente interrelacionados; hasta tal punto, que son casi imposibles de diferenciar, sobre todo a ciertos niveles. Esto disminuye considerablemente el poder de analítico y operativo del modelo preventivo en el campo psicosocial. Por ejemplo, ¿hasta qué punto podemos separar en una familia o un barrio el entorno asociado a la drogadicción del agente transmisor?; las actitudes compartidas en el grupo de iguales adolescentes, ¿son parte del entorno, del agente, del huésped, o de los 3 a la vez? Etc.

3) La definición de un caso es mucho más difícil y cuestionable que en los problemas biomédicos, que usan típicamente un perfil más o menos específico de síntomas. En SM y —más aún— en el campo psicosocial esa "sintomatología" o manifestaciones externas identificables, no existen o son mucho más difusas e inespecíficas, por lo que se ha de trabajar más en base a indicadores o criterios probabilisticamente asociados al problema en cuestión.

4) La distinción entre huésped (que alberga larvadamente el trastorno pero no ha desarrollado externamente sus síntomas) y caso establecido (con el problema desarrollado hasta sus manifestaciones sintomáticas), que en los trastornos médicos se basa usualmente en pruebas de laboratorio, no es factible en nuestro caso, por lo que la diferenciación entre prevención primaria y secundaria —que se basa en esa distinción— es casi imposible de determinar en muchos casos. (Por ejemplo, ¿cuándo empiezan la depresión, el alcoholismo o la delincuencia?). En el campo

psicosocial y SM es más apropiado utilizar indicadores o "factores de riesgo" asociados a grupos o situaciones, ya que tampoco conocemos los mecanismos causales de los problemas a prevenir.

Tasas: Incidencia, prevalencia y riesgo. La incidencia designa el número de casos nuevos producidos en una población durante un período de tiempo dado (un año frecuentemente). La tasa de prevalencia es el número total de casos existentes en una población en un momento dado. Suelen darse en tantos por ciento (por mil, diez mil, etc.) dividiendo el número de casos por el total de población y multiplicándola por 100, (1000, 10.000, etc.). La prevalencia se obtiene multiplicando la incidencia por la duración media del problema. El riesgo viene dado por la probabilidad de un individuo de ser afectado por un problema en la población, sea en términos absolutos o en relación a un grupo demográfico definido por un factor o variable dados (por ejemplo, fumadores o no fumadores; estatus socio-económico alto frente a estatus bajo).

La epidemiología se ocupa de la distribución y determinantes de los trastornos o problemas en una población. En otras palabras de la ecología demográfica y social del trastorno humano. El estudio de la distribución poblacional genérica del problema centra el quehacer de la epidemiología descriptiva. Cuando nos centramos en la búsqueda de factores relacionados con el problema (por ejemplo, la clase social o el nivel educativo) entramos en la epidemiología analítica. Y, si de ahí pasamos a realizar programas experimentales para comprobar las hipótesis generadas, entramos en la epidemiología experimental.

Como se ve, un presupuesto implícito del trabajo epidemiológico es que para intervenir en un problema dado, necesitamos conocer: (a) El problema en cuestión (depresión, por ejemplo); (b) su distribución o ecología poblacional, ya que hemos asumido una causación —parcialmente— exógena y este conocimiento ayudará a descubrir los factores externos, básicos para atajar el problema. Este nunca podrá, por lo señalado, ser eliminado en su globalidad por simple tratamiento retrospectivo de las víctimas, sino atajando prospectivamente sus causas socio-ambientales a través de prevención.

Podemos distinguir tres clases de factores asociados con la causación de un trastorno: predisponentes, precipitantes y perpetuantes (las "3P"). Los primeros vulnerabilizan o predisponen genérica o específicamente al individuo para desarrollar el trastorno en el futuro (una pérdida paternal en la infancia, por ejemplo). Los precipitantes coadyuvan en el desencadenamiento de ese trastorno en el individuo ya vulnerabilizado; por ejemplo, una ruptura de pareja. Los factores perpetuantes ayudan a mantener o perpetuar el trastorno (por ejemplo, la falta de trabajo respecto de una depresión). El interés de estudiosos y trabajadores en el campo de la causación —y prevención— en SM ha pasado gradualmente de los factores predisponentes a los precipitantes y mantenedores.

¿Qué utilidad tienen estos conceptos en la prevención? Esencialmente —y dentro de las limitaciones mentadas— sirven para localizar factores (personales, conductuales, situacionales y sociales) de riesgo que permitan priorizar la intervención preventiva centrándola en los segmentos ambientales, sociales o poblacionales definidos por esos factores. En ese sentido las estrategias y conceptos epidemiológicos pueden ser útiles, en la prevención y trabajo comunitario, marcando uno de los modelos —más objetivistas— de evaluación de problemas (capítulo 7). Queden claras, no obstante, las importantes diferencias del enfoque epidemiológico con el comunitario:

a) Este se centra en sistemas sociales, o sea conjuntos de personas interdependientes e interrelacionadas; la epidemiología (y Salud Pública) en poblaciones, un concepto básicamente demográfico, definido por una característica compartida (residencia, sexo, edad...) pero sin referencia a esos lazos sociales de comunidad e interligazón que conforman precisamente el elemento fundamental del trabajo comunitario.

b) El enfoque epidemiológico es objetivista, más centralizado y —para toda una región o país— y desde arriba; el comunitario tiende a ser más descentralizado, desde abajo, focalizado en la comunidad local. Como nexo entre ambos enfoques, podemos apuntar que, en ocasiones, la intervención comunitaria intentaría (en prevención sobre todo) usar las estrategias globales de Salud Pública pero en el marco local (Más adelante —en 9.4.1— se comenta la necesidad complementaria que el enfoque preventivo tiene del comunitario).

9.2.1 Estudios epidemiológicos del trastorno mental

La estrategia epidemiológica ha sido utilizada en la búsqueda de factores socioambientales relacionados con el trastorno mental. A continuación revisamos algunos de los estudios relevantes realizados en Chicago, New Haven, Midtown Manhattan y Stirling County. A falta de conocer en su totalidad los recientes e importantes estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) norteamericano, los resultados de estas encuestas deben ser considerados con cierta precaución, más como datos indicativos —aunque bastante consistentes y robustos en varios puntos, y muy esclarecedores en general— que como definitivos o concluyentes. Las dos primeras encuestas (Chicago y New Haven) están basadas en la población tratada; los dos últimos (Midtown Manhattan y Stirling) en la población total, usando el método de la encuesta en la comunidad.

• El clásico trabajo de Faris y Dunham (1939) fue realizado dentro del marco sociológico de la ecología social dominante en Chicago en esa época, inspirando numerosas investigaciones similares en otras ciudades. Los autores partieron de las personas internadas en hospitales públicos y privados de la ciudad entre 1922 y 1934, localizando las áreas de procedencia de cada interno y calculando las tasas de admisión (incidencia tratada) para establecer la posible relación entre admisiones y área de procedencia (una investigación típica de la ecología social).

Las tasas de admisión más altas corresponderían al área central (la inner city) de Chicago caracterizada —como es habitual en las grandes ciudades americanas— por la gran densidad de población, movilidad e inestabilidad residencial y bajo nivel socio-económico. Las tasas disminuían a medida que se pasaba hacia los barrios periféricos (suburbs) más estables y desahogados económica y socialmente. Los pacientes esquizofrénicos —uno de los grupos más numerosos en los hospitales psiquiátricos— marcaban la pauta de esa relación, muy similar para el conjunto total de pacientes pero no para algunos grupos (como los maníaco-depresivos).

Para explicar esa relación entre trastorno mental y zona residencial (reproducida en muchos otros estudios) se propusieron posteriormente dos hipótesis contrapuestas que se han arrastrado fructíferamente (produciendo muchos estudios para dilucidarlas) después por toda la literatura sobre la relación entre condiciones sociales y trastorno mental: La hipótesis de la deriva social (drift), según la cual, la mayor concentración de pacientes en el inner city reflejaría simplemente el declive residencial y ocupacional (dos de los componentes clásicos para definir la clase social) de las personas ya trastornadas. Es decir, la relación se explicaría por un mecanismo de selección social; el trastorno sería la causa, no el efecto, de las condiciones de vida asociadas con los barrios degradados.

La hipótesis de la causación social afirmaba, por el contrario, que las condiciones de vida asociadas a esas zonas (o a otros factores socio-económicos) eran la causa del trastorno. La evidencia producida posteriormente ha sido mixta, no apoyando definitivamente ninguna de las dos hipótesis.

• Hollingshead y Redlich (1958) buscaron —en un cuidadoso estudio punto de referencia de numerosas investigaciones y citas posteriores— precisamente confirmar las relaciones específicas

entre clase social y trastorno mental en la ciudad de New Haven. Además de los datos sobre personas tratadas en hospitales y clínicas, recogieron los de los profesionales privados durante 6 meses de 1950. Recolectaron, además, datos socio-demográficos de una muestra del 5 de los residentes de New Haven para compararlos en esas variables con los recogidos en los registros de los pacientes tratados.

Los autores encontraron que: La prevalencia (tratada) de la esquizofrenia (y el trastorno mental en general) y la probabilidad de hospitalización eran claramente mayores en los estratos sociales más bajos; la duración de la hospitalización era, por otra parte, más larga (las diferencias en las tasas de admisión (incidencia— apenas diferían). Las clínicas y profesionales privados atendían, por el contrario, proporciones considerablemente mayores de personas de clases altas que eran tratadas, ambulatoriamente con psicoterapia. En conjunto, se descubrió una fuerte relación inversa entre esquizofrenia y clase social, mucho más patente en el estrato social más bajo; la hipótesis de la selección social no podía explicar (como ya habían avanzado Faris y Dunham) la desigualdad en la distribución social de los casos.

• Para estudiar la relación entre factores sociales y trastorno mental en el conjunto de la población, un grupo de investigadores (Srole y otros, 1962; Langner y Michael, 1963) sondearon una muestra de 1700 personas en una parte de la ciudad de Nueva York (Midtown Manhattan) obteniendo amplia información —además de las variables socio-culturales y trastornos psicológicos— sobre historia, funcionamiento familiar y ajuste social. Los resultados fueron impresionantes: Casi una cuarta parte (el 23,4) de los individuos fueron juzgados como psicológicamente "deteriorados" (denominación que abarcaba las categorías patológicas de "marcadamente sintomático", "severamente sintomático" e "incapacitado"); los porcentajes de "deteriorados" variaban claramente con la clase social: Un 12,5 en la más alta, frente a un 47,5 (casi 4 veces más) en la más baja.

Tampoco se encontraron datos que apoyaran la hipótesis de la selección social, proponiéndose, por el contrario, 10 factores estresantes que —apoyando la hipótesis de la causación social— parecían tener un efecto aditivo y crecientemente influyente sobre las cifras de trastorno mental a medida que disminuía el estatus socio-económico. Esos factores incluían —para la persona estudiada—: hogar roto en la infancia; mala salud propia o de los padres durante la niñez; deprivación económica; conflicto entre los padres; preocupaciones socio-económicas, matrimoniales o paternales. El conjunto de estos factores —muy relacionados con el entorno familiar de crecimiento como se ve— se acerca mucho a la constelación socio-familiar de desorganización social y bajo estatus socio-económico.

• Los Leighton y sus colaboradores (1963) pusieron a prueba varias hipótesis nucleadas por la de que la desorganización social tendería a producir peor salud mental. Para ello contrastaron comunidades diferentes en cuanto al grado de integración social a partir del condado canadiense de Stirling. Las tasas globales resultaron espeluznantes: Un 57 de la población sufriría —según una estimación— problemas que la incluirían como caso psiquiátrico (Una estimación evidentemente excesiva, a diferencia de las de Manhattan que se aproximan al porcentaje del 19 o 20 que hoy se acepta como casi definitivo). En cuanto a la hipótesis central fue confirmada por la evidencia, que sugería claramente la interpretación de que las comunidades socialmente desorganizadas tienden a "producir" personalidades psicológicamente desorganizadas.

La desorganización social era indicada por marcadores como: Ausencia de líderes fuertes, bajos porcentajes de pertenencia a asociaciones, pocas sanciones contra la conducta desviada, hogares rotos, frecuente hostilidad manifiesta y mala comunicación entre los miembros de la comunidad. Los aspectos de la desintegración social más perjudiciales para las personas serían, según los autores, aquellos que interfieren con la consecución de amor, reconocimiento,

espontaneidad y sentimiento de pertenencia a un orden moral y de estar haciendo lo que es justo y bueno (Interpretación que apoya una curiosa mezcla de ideas de la psicología humanista y las hipótesis sobre el "sentido psicológico de comunidad" de Sarason —capítulo 1—).

Los estudios revisados proporcionan interesantísimas pistas no sólo para conocer el origen del trastorno mental desde una perspectiva amplia, sino —más importante— para su prevención. A partir de ellos podemos concluir con Bloom (1984) que hay dos factores consistentemente asociados con el trastorno mental (particularmente la esquizofrenia): Desorganización social y bajo estatus socio-económico. La dirección de la causalidad (cuál es la causa y cuál el efecto) no ha sido sin embargo claramente establecida. Tampoco —y esto es importante— se han determinado los elementos específicos de esas macrovariables que explican la asociación.

Algunas hipótesis sugeridas sobre estos factores específicos de la desorganización social y bajo estatus socio-económico asociados con el trastorno mental (y compatibles con buena parte de la evidencia acumulada) son: Falta de integración social, estatus de minoría, aislamiento social, diferencias genéticas asociadas con la clase social, relaciones padre-hijo y estrés ligado al bajo estatus socio-económico. Debemos también apuntar que —sea por la naturaleza misma del tema investigado o por el método de trabajo— los estudios citados adolecen en general de deficiencias metodológicas significativas lo que aconseja una consideración prudente de sus resultados, a pesar de las convergencias y consistencias observadas (un importante factor de validación).

La clarificación de esas cuestiones pendientes es importante para el desarrollo de programas de prevención eficaces al ampliar el conocimiento de partida (base generativa, en términos de Cowen). A tal efecto, sería muy conveniente el estudio de los procesos —no sólo los resultados— que conducen al desarrollo del trastorno mental, siendo compatibles con aportaciones biológicas o genéticas (igualmente evidenciadas en algunos casos) en el marco de una concepción multicausal, más realista, en que las dimensiones sociales son parte de —no todos— los determinantes del trastorno mental.

9.3 Prevención: definiciones

El modelo de prevención fue introducido en el campo comunitario por G.Caplan (1964/1979) a partir de la Salud Pública que lo había utilizado con éxito notable en las enfermedades transmisibles. En su libro Principios de Psiquiatría Preventiva, Caplan reformuló los conceptos básicos de prevención primaria, secundaria y terciaria en psicopatología desde un modelo ecológico del comportamiento, complementándolo con un modelo del desarrollo humano (el de los aportes) y otro operativo de trabajo, en que la intervención de crisis y consulta jugaban un papel preventivo central (ver capítulos 5, 10 y 11).

A veces se distinguen prevención e intervención en base a que esta actúa sobre un problema identificado y manifiesto a través de acciones específicas e instrumentales para eliminarlo o resolverlo, mientras que la prevención es previa al problema actuando antes, sobre elementos que no son constituyentes del problema mismo —sino de otros procesos relacionados con él— para que no se produzca. Esta distinción, cuestionable en la realidad en un programa, puede ser de cierta utilidad expositiva al contrastar la esencia de una y otra estrategia.

Goldston (uno de los participantes en el Panel de Trabajo sobre Prevención designado por el presidente Cárter en 1977) ha recogido las ideas básicas del concepto de prevención primaría (en salud mental) en la siguiente definición (Goldston, 1984):

> "Actividades dirigidas hacia grupos vulnerables de alto riesgo específicamente identificados en una comunidad, que no han sido etiquetados como psiquiátricamente

> enfermos y para los cuales se pueden adoptar medidas para evitar el inicio del trastorno mental y/o incrementar su nivel de salud mental positiva. Los programas de promoción de la salud mental son primariamente educativos, en vez de clínicos, en su concepción y realización, siendo su fin último el incremento de la capacidad de las personas para enfrentarse a las crisis y mejorar sus propias vidas" (p. 33; subrayado añadido).

Esta definición comprensiva (influida por Caplan y las formulaciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS) destaca varios elementos básicos —subrayados— de la prevención (y aplicables a otros campos cambiando los términos "enfermedad" o "trastorno mental" por el problema de interés). Los complementamos con la caracterización —en lenguaje llano— del propio Panel de Trabajo sobre Prevención (Joffe y otros, 1984; pags. 8 y 9) sobre lo que es y lo que no es prevención primaria:

1) Es fundamentalmente proactiva, intentando desarrollar fortalezas, recursos adaptativos y salud en las personas; no reducir o contener déficits o problemas ya manifiestos.
2) Va dirigida al conjunto de la población, sobre todo a grupos de alto riesgo; está menos orientada hacia individuos y hacia la provisión de servicio individualizado.
3) Las principales estrategias y modelos de prevención primaria son los educativos y de ingeniería social, no la terapia o rehabilitación, aunque algunas ideas de aquellos modelos han sido derivadas de la experiencia clínica.
4) El modelo de prevención primaria asume que el mejor procedimiento de evitar problemas y maladaptaciones no es intentar eliminar (retrospectivamente) problemas que ya han florecido y germinado, sino proporcionar recursos adaptativos personales y socio-ambientales.

Prevención secundaria y terciaria. La verdadera —y única para muchos— prevención es la primaria, que intenta disminuir la incidencia de un problema. La prevención secundaria trata de reducir la prevalencia (virulencia o gravedad y duración) del trastorno, dirigiéndose a los individuos ya afectados de la población para: a) Descubrir los casos existentes; b) proporcionarles tratamiento o asistencia lo más rápido posible; c) usar el remedio eficaz para el problema. Como ya se dijo al principio, la diferenciación de prevención primaria y secundaria descansa en la posibilidad de distinguir un caso —persona ya afectada— de un "huésped" —alguien a vulnerable pero aún no afectado—, lo cual no siempre es posible en la problemática psicosocial o de SM, por lo que esa diferenciación —y el concepto mismo de prevención secundaria— resultan algo relativos y cuestionables en estos campos.

Cowen (1983) ha hecho una distinción útil entre prevención secundaria temprana —dirigida a poblaciones infantiles de alguna forma afectadas por el problema pero sin haberlo desarrollado en toda su magnitud— y tardía, centrada en los casos que ya han desarrollado el trastorno (adultos generalmente). El autor considera juiciosamente que la prevención secundaria temprana puede tener eficacia real al acercarse evolutivamente más a la verdadera prevención —la primaria— que la tardía, que está más cerca del mero tratamiento.

La prevención terciaria busca minimizar las consecuencias (físicas, psicológicas y sociales) del trastorno a través de la rehabilitación y reinserción social (manteniendo el contacto con la comunidad, reeducando a ésta respecto al problema, entrenando al afectado para la actividad social productiva, etc.) y la evitación de recaídas posteriores. La terciaria es probablemente la forma más desarrollada de prevención a pesar de ser —relativamente— la menos relevante de las 3. Insistimos en que, estrictamente, la prevención primaria (o la secundaria temprana, apurando mucho) es la única forma genuina de prevención. La secundaria y terciaria son formas de tratamiento con orientación poblacional y preventiva si se quiere, pero tratamiento al fin.

Un procedimiento simple de diferenciar las tres formas de prevención (cuyos contenidos

programáticos revisamos más adelante), es a través de la secuencia temporal del problema; las actividades preventivas realizadas antes del comienzo del problema son prevención primaria; las realizadas durante la afectación del problema, prevención secundaria; las realizadas después de la cesación del problema, prevención terciaria.

Estrategias genéricas y específicas. Esta distinción se basa en la tendencia ya mencionada a que la prevención en la problemática de SM y psicosocial es más global, difusa y genérica que en Medicina por el menor conocimiento de la etiología de esa problemática y por la inespecificidad de los agentes transmisores. Las estrategias preventivas en estos campos son, en consecuencia, frecuentemente genéricas (promoción de la salud, desarrollo de competencias, reforma de sistemas sociales o urbanísticos, etc.), no estando ligadas a un problema particular y concreto sino a procesos o estructuras mediadoras básicos (y asumidamente relacionados con el problema a prevenir, claro es).

En otros casos (o superpuestas a los procedimientos genéricos) se usan procedimientos más específicos, ligados más concreta —o directamente— al desarrollo del problema (como modificación de hábitos o estilos de vida relacionados con el desarrollo de la obesidad o mejora de la comunicación en un sistema familiar en relación con disfunciones de la familia o los niños).

A falta de mayor conocimiento sobre la causación de cada problema, vale más considerar esta distinción como un continuo en que muchas estrategias —aún tendiendo más hacia el polo genérico que en el campo médico— tienen un grado variable de globalidad. La especificidad de un programa es, por otro lado, deseable para priorizar la asignación de recursos (e, incluso, para simplificar —cuando es factible— el diseño del programa preventivo): Aun admitiendo la multisectorialidad y pluridisciplinariedad del trabajo preventivo, no se puede trabajar sobre todos los campos a la vez; además, aunque se pudiera, resultaría difícil de justificar socialmente y muy caro.

9.4 La realización de programas preventivos

Naturalmente no existen fórmulas generales preestablecidas para diseñar y llevar a cabo programas de prevención, como tampoco las hay en la intervención. Existen estrategias o aproximaciones generales de trabajo y algunos principios de actuación más concretos, que pueden ser útiles para guiar el diseño de los programas y la puesta en práctica de sus contenidos. Examinamos en esta sección algunas de esas estrategias y principios. En la siguiente nos centramos en los contenidos de los programas.

9.4.1 Componentes, niveles y estrategias

Todo programa preventivo (o interventivo) consta de 4 componentes básicos: Objetivos, blanco (y nivel) poblacional; estrategia y metodología; y contenido. Estos componentes no se pueden separar completamente (sobre todo estrategias y contenidos) por estar muy interrelacionados; los diferenciamos a efectos de análisis y de ayuda en el diseño de programas.
1. Objetivos del programa (qué se intenta conseguir), que serán coherentes con los objetivos generales ya definidos para la prevención (9.3), pero especificados para el problema, población o contexto geográfico y administrativo concretos. Los objetivos deben ser claros y tan específicos como aconseje el nivel de trabajo en que se desarrolla el programa.
2. Población blanco o diana a la que va destinado el programa y nivel (o niveles) en que se desenvuelve. Cuanto mejor especificada o identificada esté la población o grupo diana (en la medida en que el conocimiento del problema a prevenir lo permita), más específico podrá ser el

programa y más eficiente la asignación de recursos. La clara identificación de un blanco interventivo es uno de los 5 elementos clave compartidos por los programas modelo de prevención seleccionados por el Grupo de Trabajo sobre Prevención y Alternativas de Intervención de la Asociación Americana de Psicología (APA) para su inclusión en el estimable volumen sobre programas preventivos recientemente publicado (Price y otros, 1988).

Bloom (1984) ha sugerido 3 estrategias generales para la identificación de grupos blanco en programas preventivos: Población total, hitos evolutivos y grupos de riesgo.

a) Población total de un área geográfica dada. El criterio de identificación es aquí geográfico-demográfico. Este enfoque se usará cuando el blanco real de la prevención sea toda la población o cuando no se tiene suficiente información para localizar los grupos de riesgo más específicos que sabemos, sin embargo, están contenidos en esa población. Es un procedimiento caro y poco específico pero de gran cobertura. Ejemplos: Una campaña pro-salud o pro-ejercicio físico en vallas o medios de comunicación de masas.

b) Transiciones o hitos vitales (milestone). El criterio de identificación es aquí evolutivo, basándose en los momentos cruciales de la historia vital de las personas que van ligados a estreses evolutivos relevantes: Comienzo en la escuela, transiciones escolares adolescentes, búsqueda de trabajo, jubilación, etc. Este criterio es muy usado —sobre todo en la etapa de socialización— por permitir predecir y trabajar sistemáticamente los problemas (homogéneos) de grandes grupos de población, lo cual le confiere una gran operatividad de actuación y eficacia preventiva. La teoría —y escalas— de estrés (cap. 5) y la intervención de crisis (cap. 10) son metodologías evaluativas e interventivas potencialmente útiles desde este enfoque.

c) Grupos de riesgo identificados epidemiológicamente usualmente a través de la localización de factores o indicadores de riesgo estadísticamente asociados con el desarrollo de alguna constelación problemática, como, por ejemplo, los factores ligados al trastorno mental citados en el apartado 9.2. Al igual que la evolutiva, esta estrategia de identificación de grupos de riesgo, permite una optimización del uso de los recursos técnicos y materiales.

Los niveles en que se desarrolla el programa preventivo (que se corresponden, de alguna forma, con la población diana) pueden centrarse —a semejanza de cualquier programa interventivo— en: El individuo, la familia o grupo pequeño, la comunidad y la sociedad total. Es posible (y recomendable, según veremos más adelante) que distintos componentes de un programa se centren —coherentemente— en diferentes niveles y dianas poblacionales para conseguir los efectos convergentes deseados. En este caso debe especificarse el blanco concreto de cada tipo de acción o componente (por ejemplo, campaña publicitaria para toda la población, charlas para unos determinados grupos o zonas, promoción de grupos de autoayuda con las personas más a riesgo, etc.).

Al final, niveles y blancos de actuación se dividirán globalmente en 2: La persona y su fortalecimiento, como posible huésped del trastorno a prevenir; los distintos sistemas sociales (el familiar sobre todo) como entorno y agente (sistemas socializadores transmisores de cultura). Cada uno requerirá una metodología y contenido interventivo diferenciados. En la persona, el desarrollo de competencias; en los sistemas sociales, la modificación de su funcionamiento, reducción de las fuentes de estrés ligadas y el incremento del apoyo social que aportan.

3. Estrategia y metodología: Cómo, de qué forma se va a realizar el programa y qué procedimientos se van a usar para conseguir los objetivos preventivos marcados. Como se dijo más arriba, no existen fórmulas generales sino, más bien, pistas o indicaciones más o menos válidas según el tipo de problema y blanco del programa. Algunas estrategias van íntimamente ligadas, como se ha visto, a la elección del blanco y nivel (o niveles) de actuación (y viceversa). Por otro lado, es casi imposible separar contenido y método (qué se hace y cómo se hace) de un

programa. Con todo esto in mente —y teniendo en cuenta que los contenidos son examinados en el próximo apartado— revisamos algunas ideas y propuestas sobre metodología de la prevención.

Una estrategia o proceso general de prevención —ligada a la epidemiología— constaría de los siguientes pasos:

a) Identificación de un problema o trastorno relevante —y prevenible— en una población.

b) Realización de estudios sobre:

— El problema mismo, sus determinantes, manifestaciones y factores acompañantes, para poder identificar a los individuos afectados y crear procedimientos de detener en ellos el desarrollo del problema y minimizar sus efectos.

— La distribución y correlatos poblacionales y sociales del problema (estudio epidemiológico, de estrés, etc.), de cara a localizar los factores determinantes y acompañantes del trastorno susceptibles de modificación o eliminación para reducir finalmente la transmisión o extensión del problema a individuos o grupos en contacto con esos factores.

Con esto conoceremos el problema y sus determinantes personales (que serán útiles en la medida en que, como asume la epidemiología, el individuo sea una muestra representativa de los afectados en la población, asunción inicialmente aceptable, hasta constatar el grado real de variabilidad transindividual de presentación del problema) y los determinantes exógenos que —si son tan relevantes como asumimos en estos modelos— resultarán eficaces en la prevención del problema.

c) Desarrollo del programa o estrategia preventiva misma, en base a los grupos o factores de riesgo localizados epidemiológicamente —o a través de cualquiera de los otros 2 sistemas de delimitación de blancos interventivos sugeridos por Bloom—, y de los métodos indicados (trabajo educativo con grupos, rediseño de programas institucionales u organizacionales, intervención de crisis, etc.).

d) Evaluación del programa y sus efectos a partir de los objetivos planteados inicialmente (reducción de la incidencia de problema, fomento de actitudes saludables, aumento de la autoresponsabilidad, difusión de conocimientos sobre un problema o nuevo servicio, etc.). La mecánica de la evaluación de programas preventivos puede ser asimilada a la de la evaluación general de programas (capítulo 7) teniendo en cuenta, en todo caso, la posible diversidad de objetivos entre programas preventivos e interventivos.

Una consideración final en el aspecto metodológico. Estas metodologías preventivas son (como corresponde al modelo de Salud Pública del que han sido en gran parte derivadas) estrategias centralizadas, de intervención desde arriba. Como tales, pueden muy bien no conectar con los verdaderos intereses o necesidades de una población (ni despertar sus potencialidades de acción y confrontación), definidos desde abajo. Eventualidad tanto más probable en un tema que, como la prevención, puede ser visto como algo futurible, hipotético, intangible y desligado de los problemas reales presentes o de la consecución de los fines a largo plazo propuestos en el programa. Es preciso, por tanto, en este campo, compensar ese enfoque desde arriba (polo de Salud Pública) con otro (correspondiente al polo comunitario de la prevención) que recoja los intereses o aspiraciones desde abajo para conectar con ellos los contenidos y metodología de los del programa e implicar realmente a la comunidad en la solución de ellos.

De lo contrario, los programas aparecerán como un mero montaje tecnocrático externo y ajeno con pocas probabilidades de éxito. Un montaje, además, técnicamente ineficiente —e innecesariamente dispendioso— al utilizar —equivocada u oportunistamente— una metodología que ha tenido en cuenta la población (la comunidad) sólo como objeto, no como sujeto de la acción, ingrediente este ética y motivacionalmente básico para diseñar y llevar a cabo cualquier programa preventivo o interventivo. (Queremos decir, que —dejando de momento de lado el

aspecto ético— un programa preventivo sin contacto con las necesidades de la comunidad gastará recursos y energías innecesarias para producir un resultado mediocre que —de haberse tenido en cuenta esas necesidades— habría resultado mucho más eficiente desde el punto de vista motivacional del diseño programático, al contar con el interés de la comunidad, no con el desinterés o resistencia con que se acoje algo ajeno, impuesto o desviado de las propias necesidades e intereses.)

G. Albee (1984) ha propuesto una fórmula de la incidencia de un trastorno en general, en la que se asumen simplificada y gráficamente los diversos factores o estrategias de prevención. La fórmula es como sigue:

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{Factores orgánicos} + \text{Estrés} + \text{Explotación}}{\text{Habilidades confrontativas} + \text{Autoestima} + \text{Sistemas apoyo}}$$

El numerador contiene los factores que contribuyen a aumentar la incidencia del problema (y deben ser combatidos para prevenirlo); el denominador aquellos que reducen la incidencia, ayudando su fortalecimiento a la prevención del problema. Los primeros comprenden:

—Factores orgánicos (genéticos, malfunciones metabólicas o neurológicas, etc.) involucrados en algunos trastornos mentales o de otro tipo; su prevención puede vehicularse a través de la asesoría genética u otros métodos del campo de la salud.

—Estrés. Su efecto patógeno puede reducirse básicamente por 3 procedimientos: Disminuyendo —o modificando— aquellos sistemas o procesos sociales estresores (que generan estrés: Paro, anomia, pobreza, deseducación, etc.); fortaleciendo (proactiva o reactivamente) a los grupos de individuos a riesgo (con mayor probabilidad) de sufrir el estrés; interviniendo sobre los ya afectados para reducir las consecuencias indeseables del estrés (intervención de crisis).

— Explotación; bajo este rótulo Albee incluye las carencias y miserias (racismo, sexismo, pobreza, deseducación, marginación, degradación y sufrimiento, etc.) ligadas al bajo estatus socio-económico (una de las constelaciones básicas de factores de riesgo en la literatura epidemiológica sobre el trastorno mental) y la injusta distribución de poder y recursos. Además de su propio efecto, este factor influye indirectamente sobre otros factores de la fórmula (por ejemplo, generando estrés o causando baja autoestima).

El denominador contiene las "variables" recurso, aquellas que fortalecen la prevención.

— Destrezas (o habilidades) confrontativas (coping). Ya mencionadas como uno de los componentes básicos (en el nivel individual) de la lucha contra el estrés. Sea en su forma proactiva (destrezas dirigidas hacia la evitación del estresor o factor peligroso) o reactiva (dirigidas a combatir eficazmente el estrés cuando se presente), los programas de competencias (habilidades personales, paquetes cognitivos, resolución de problemas o habilidades sociales) constituyen una de las tecnologías preventivas más desarrolladas y eficaces en la actualidad. Su debilidad principal es su limitada cobertura poblacional (personas y pequeños grupos, no sistemas sociales).

—Autoestima. Factor inespecífico, influible a través de varios de los ya citados, y mediador —como variable de nivel o estado general de la persona— fundamental en la vulnerabilización individual. Como carencia percibida de poder psicológico puede ser influida, desde el punto de vista social, aumentando el poder político (participación en la toma de decisiones y reparto de poder y recursos del sistema) a través de estrategias de desarrollo y acción social como la organización comunitaria y el desarrollo de comunidad (capítulos 8 y 14), procesos que suelen tener como resultados el aumento del poder —psicológico y político— y sentido de integración social de los individuos y la eliminación de su sentido —socialmente inducido— de impotencia y

falta de autoestima. Naturalmente que también hay fuentes personales y relaciónales de autoestima que deben ser alteradas en la dirección adecuada por otros procedimientos psicológicos más tradicionales.
—Sistemas de apoyo. Los grupos y sistemas informales de apoyo (capítulos 5 y 13) social se han relevado como un factor clave en la investigación y la experiencia interventiva para "amortiguar" los efectos del estrés y, más aún, para ayudar a realizar y mantener una intervención en un contexto social.
4. Contenido del programa preventivo: Aquellas acciones y componentes que forman —integradas en una estrategia coherente— el Corpus del programa, estando dirigidas a alcanzar los objetivos preventivos planteados. Algunos contenidos genéricos han sido ya descritos al hablar de estrategias (los de la "fórmula" de Albee, por ejemplo; ya se mencionó la gran dificultad de separar contenidos y estrategia). Algunos más son sistematizados en el próximo apartado.

9.4.2 Principios de acción y cambio conductual

Diekstra y Maes (1989) han recopilado algunos principios de actuación en el campo de la prevención (básicamente de problemas de salud) como parte de la elaboración un documento para la OMS sobre "Psicología, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad" de próxima aparición. Dada su comprensividad y utilidad para orientar el diseño y realización de programas preventivos, listamos aquí los principios de cambio conductual (y algunas orientaciones generales previas) a partir de la información sobre los primeros borradores del documento diseminada en el "I Congreso Europeo de Psicología" reunido en 1989.

Mecanismos subyacentes y conductas superficiales. Una primera recomendación de los autores, a la hora de elegir objetivos o elementos a modificar en un programa preventivo, es ocuparse más de "atacar" los mecanismos y procesos psicológicos y psicosociales causales subyacentes que de las conductas externa y superficialmente ligadas con el problema a prevenir, como fumar o beber en exceso. La recomendación parece excelente siempre que se conozcan esos mecanismos. Algunos de los procesos (citados en conexión con los problemas de salud) mencionados —como formas de control— son:
a) Control social; por ejemplo, el control del grupo de iguales implicado cuando se empieza a fumar (podría ampliarse a otros fenómenos como delincuencia o drogadicción).
b) Control emocional; el control sobre las propias emociones o reacciones —sobre todo en situaciones de estrés—, y cuya pérdida puede estar ligada al desarrollo del problema en cuestión. Por ejemplo, los sentimientos e impotencia asociados con la muerte de un amigo, pueden inducir a comenzar a fumar o a pincharse.
c) Control sobre los síntomas; el control relacionado con los primeros signos o síntomas del problema que no se reconocen, sin embargo, como manifestaciones iniciales de algo que más adelante será un problema o hábito incontrolable (como la tos al comienzo de fumar, o el comenzar a faltar al trabajo cuando progresa el alcoholismo).
d) Control conceptual (o cognitivo en el lenguaje psicológico actual); el control relacionado con los diversos procesos intelectivos de causalidad, atribución e implicación de uno mismo en relación al problema en cuestión. Como ejemplo, podríamos citar el mecanismo de desimplicación personal —y estigmatización social complementaria— de una persona que se expone a numerosas prácticas de riesgo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), pero piensa: "Esto sólo afecta a los otros, homosexuales y drogadictos; no a mí que no soy homosexual ni drogadicto"; en lugar del SIDA podría ser un accidente de tráfico, un infarto o la dependencia inescapable a una droga.

e) Autocontrol. Es importante —sobre todo en la etapa de mantenimiento de un programa— preservar la capacidad de control personal del sujeto sobre las recomendaciones a seguir que afectan su propia conducta o vida, dándole el máximo auto—control posible sobre el proceso. Si, por el contrario, el programa preventivo es una retahila de prescripciones restrictivas ("no fume", "no beba", "no tome café"; "no haga esto", "no haga aquello..."), el sujeto tenderá (principio de reactancia de Brehm) a recuperar reactivamente los "grados de libertad" que le estamos implícitamente arrebatando, usualmente, haciendo lo contrario de lo que le prescribimos.

Diekstra y Maes (1989) incluyen también 11 principios más concretos de cambio comportamental extractados de la recopilación de Lee y Owen a partir de diversas formulaciones y sistemas psicológicos como aprendizaje operante, modelos cognitivos o aprendizaje social. Estos juiciosos y útiles principios (que complementamos con algunas apreciaciones propias), aunque no especifican lo que hay que hacer en cada caso, pueden ser muy útiles en la planificación y realización de programas preventivos, para los que están especialmente pensados (de nuevo desde el área de la salud) como guía general orientativa.

1. El cambio conductual no es un acontecimiento puntual sino un proceso secuencial. No se puede esperar, por tanto, resolver un problema, y lograr los cambios asociados a su prevención, a base de acciones puntuales e inconexas sino a través de una secuencia organizada. En las diversas proposiciones sobre las secuencias o pasos del proceso, podemos considerar como mínimo 3 etapas:

a) Motivacional. No podemos asumir sin más que la motivación ya existe; hemos de contar con una parte del proceso durante la cual las personas han de ser motivadas para realizar los cambios previstos.

b) Inicial. Se comienzan a intentar conseguir los cambios previstos en las personas ya motivadas.

c) Mantenimiento. Tampoco podemos asumir que una vez conseguidos esos cambios comportamentales, se van a mantener por sí solos, sobre todo si se han logrado bajo unas determinadas condiciones de las que dependen los cambios o las personas. Por ejemplo, una persona o programa que cesa su actividad cuando se han logrado ciertos cambios o se acaba la fase de intervención activa del programa.

Añadido importante. Necesitamos métodos diferentes para cada etapa. En la a para dinamizar y facilitar el tipo de comportamiento deseado; en la b para intentar conseguir los cambios o comportamientos deseados examinando pros y contras y corrigiendo las actuaciones a través del feedback pertinente; sobre la c (mantenimiento) comentaremos en otro punto más adelante.

Habitualmente los psicólogos se han ocupado de la etapa b, de producir los cambios; es preciso pues diseñar métodos y tecnologías para motivar previamente esos cambios y para mantenerlos posteriormente.

2. Conveniencia y adecuación de los settings. Los escenarios físicos o sociales en que se van a producir los cambios deben ser apropiados y convenientes para las personas, de forma que faciliten los cambios en lugar de dificultarlos. Si, por ejemplo, se desea que la gente haga más ejercicio físico, hay que construir centros y gimnasios adecuados cerca de donde vive la gente y bien comunicados, no llevarlos a 12 kilómetros de la ciudad. Si se quiere promover el uso de transporte público este debe ser eficiente y cómodo, no ineficaz e incómodo, como si se estuviera penalizando a los usuarios.

En términos más generales y de cara al diseño de programas preventivos o interventivos, nosotros sugeriríamos pensar en los entornos físicos u organizaciones sociales como sistemas de facilitación del comportamiento de sus miembros, que facilitan unos comportamientos y dificultan o desaniman otros en base a los sistemas de premios y castigos que utilizan. Esos

sistemas de premios y castigos deben, por tanto, estar directa y coherentemente relacionados —en su diseño y práctica— con los fines de la organización de forma que promuevan comportamientos instrumentales para lograr los fines perseguidos y desalienten aquellos que van en contra de esos fines o en una dirección divergente.

Creemos que esta idea, aparentemente simple y obvia, es la base del diseño de sistemas (y programas de funcionamiento) sociales y que debería ser sistemáticamente trabajada por los psicólogos (La modificación de conducta la tiene en cuenta a una escala más micro y limitada). Un ejemplo; supongamos un sistema (académico, político, técnico...) que desea "producir" ciencia, investigación, servicio público, programación... (fines), pero en la realidad premia (ascensos, remuneración, estatus social en el sistema, "palmaditas en la espalda", etc.) la afinidad ideológica, pasividad o docilidad al que manda (un caso bastante frecuente). Este sistema se está autosabotean dominando a la vez —como fruto de las contradicciones generadas entre la norma verbal externa y la realidad implícita en los resultados— los mecanismos motivadores del comportamiento en las personas y los de comunicación y significación sobre cómo funciona el sistema, dada la contradicción entre niveles explícitos (conducta verbal) e implícitos (conducta no verbal del sistema social).

Resumiendo: Hay que intentar que lo que queremos promocionar resulte fácil y deseable (respecto del escenario y reglas sociales) y lo que queremos evitar, difícil e indeseable.

3. Establecer fines realistas y alcanzables. No es realista pedir a una población de más de 65 años hacer ejercicio vigoroso; sí puede serlo que caminen durante un determinado tiempo. Tampoco lo sería, pedir a personas seriamente deprimidas o psicóticas que comiencen programas cognitivos complicados o que requieren una gran concentración mental; sí pueden serlo actividades o juegos apropiados y más simples de los que se extraigan determinadas consecuencias o reglas.

4. Validez, adecuación y especificidad de las instrucciones. No basta proponer lo que hay que hacer (dejar de beber, o relacionarse mejor con los hijos, decir "no" a las drogas), hay que indicar cómo debe hacerse, proporcionando indicaciones y ejemplos al nivel de comprensión de las personas implicadas y, si es posible, montando programas para prepararlas para llevar a cabo lo recomendado. Por ejemplo, no basta como campaña preventiva con difundir masivamente el mensaje de "decir no a las drogas"; hay que enseñar además a los adolescentes cómo decir no y afrontar apropiadamente las consecuencias psicológicas y sociales de ello, como hicieron Botvin y Tortu (1988; ver 9.7.3) en su programa.

La importancia de este punto radica en la gran dependencia que tenemos en nuestro comportamiento aprendido respecto de la técnica: Si no sabemos como hacer algo, habitualmente no lo haremos por muy convencidos que estemos del interés y bondad de ese comportamiento y seguiremos haciendo —aunque sea con mala conciencia— aquello que sabemos hacer.

La adecuación y validez de las instrucciones para producir un efecto preventivo, implica —usualmente— que éstas (y el programa en su conjunto) procedan de fuentes fiables avaladas por la investigación y el ensayo previo y que, por tanto, puedan usarse con autoridad en la confianza de que van a funcionar, logrando unos efectos beneficiosos buscados y previstos. Normalmente, esto implica pruebas piloto previas del programa.

5. Variedad de métodos. Usualmente el profesional desarrolla un método de cambio, se pone a prueba y se difunde como "el método" válido para todos. En lugar de esto, deberían desarrollarse varios métodos y ofrecerlos a los grupos o poblaciones según su adecuación respectiva a ellos. No es lo mismo, por ejemplo, un programa de ejercicio físico —o de habilidades sociales— en un grupo de adolescentes que en personas de la tercera edad; ni lo mismo en grupos socialmente normalizados que provinientes de bolsas poblacionales marginadas.

6. Multiplicidad de niveles. Para conseguir un efecto consistente y global en una población en un

mundo tan poblado de mensajes persuasivos de todo tipo como el actual, no basta usar un solo nivel de difusión (pequeño grupo —el preferido por los psicólogos en prevención—, medios de comunicación de masas, comunidades, individuos o familias): Siempre que se pueda, es aconsejable usar coordinadamente varios niveles (cada nivel requerirá, lógicamente, su correspondiente metodología) para conseguir un efecto acumulativo y convergente.

En esta dirección, nosotros estimamos muy aconsejable, por ejemplo, cuando se difunden mensajes en los medios de comunicación de masas usar, complementariamente, algún tipo de elemento o producto en la comunidad o entorno inmediato de los individuos que personalice aquel mensaje masivo conectándolo con el entorno comunitario inmediato y la vida diaria de esos individuos: Por ejemplo, unos panfletos que se pueden recoger—o una consulta que se puede realizar— en el centro social o profesional del barrio; un número telefónico para ampliar información, etc. Con ello se liga el nivel social (impersonal) con el comunitario (personalizado y sede de la vida cotidiana).

7. Usar las redes sociales —formales o informales— para apoyar el mensaje o cambio a producir. Recomendación importante —sobre todo para el mantenimiento del cambio— en que coinciden investigadores y expertos; no siempre tenida en cuenta, sin embargo, a la hora de actuar. Si se trata, por ejemplo, de problemas o hábitos en adolescentes (embarazos prematuros, tabaquismo, adicciones, delincuencia, etc.) el apoyo —o rechazo_ del grupo familiar y del de iguales serán fundamentales.

Un problema —nada fácil de sortear— se plantea aquí: ¿Qué hacemos cuando las indicaciones o normas a adoptar son contrarias a la cultura y normas constituidas de esas redes de apoyo? (Por ejemplo, en grupos de cultura delincuencial o drogadicta). Las soluciones pasarían por intentar modificar esa cultura o el sistema de liderazgo (si es posible y apropiado) o, si eso no es factible, buscar sistemas de apoyo alternativos (grupos de autoayuda, nuevas amistades, actividades donde conocer otro tipo de gente, etc.).

8. Opciones o posibilidades de elegir: Si la persona puede elegir entre varias alternativas la que aparezca como más conveniente, saludable o benefactora, ese proceso de optar por sí misma, contribuirá a aumentar su autoeficacia —o sentido de potencia— ya que hará atribuciones internas no externas. Si, por el contrario, se limita a seguir prescripciones o instrucciones dictadas por el experto o profesional, habrá de hacer atribuciones causales externas aumentando así, no el sentido de potencia (poder psicológico) propio, sino el externo, el del experto.

Sólo añadir, por nuestra parte, que este principio (fundamento de la autoayuda —capítulo 13—, está muy ligado al ya mencionado de concebir los contextos físicos, relacionales y sociales como vías de facilitación conductual en la dirección de las metas a lograr. El diseño y presentación de esos contextos, relaciones y reglas organizativas de forma que faciliten las conductas deseables y dificulten las indeseables o divergentes (en relación a los objetivos marcados), es el complemento necesario de la creación de opciones de acción. Esto significa que, por ejemplo, una relación con el profesional o un grupo ad hoc, debería estar estructurada idealmente de tal forma que facilite que el sujeto obre en tal o cual dirección sin prescribírselo. O sea, que usamos la inducción, no la coerción.

9. Valor intrínseco. Siempre que sea posible, el cambio o actividad a producir deben tener un atractivo o valor intrínseco para la persona; deben resultar, como se ha dicho, agradables, benefactores o saludables para ella de forma que disfrute haciéndolos y elija llevarlos a cabo. Recomendación nada fácil como refleja el dicho —en que hunden sus raíces buena parte de las adicciones— de que "todo lo bueno o agradable, es pecado, está prohibido o perjudica la salud". La tarea es crear alternativas similarmente atractivas —a la vez que saludables— para las personas. Una tarea difícil, ciertamente.

10. Independencia. Repitiendo algo ya dicho desde otra perspectiva, un cambio o nueva actividad debería crear cierto grado de independencia —no de dependencia— para los sujetos. Si preparamos las cosas de forma que las personas o grupos dependan de alguien para realizar esa actividad (una reunión, una sesión de ejercicio físico, etc.), en el momento en que esa persona desaparezca, también desaparecerá la actividad. La solución sería, de nuevo, promocionar la autoresponsabilidad y autoorganización de personas o grupos sobre la cual se tocan algunos puntos en la segunda parte del capítulo 13.
11. Mantenimiento de los efectos de la intervención. Como ya se ha enfatizado en varios puntos previos, la meta no es simplemente "obtener un efecto" en la población elegida, sino mantener ese efecto una vez que desaparece el programa como tal.

El principio general que nosotros extraeríamos de las recetas, indicadas in passim de como apoyar el mantenimiento de los efectos de la intervención, es integrar al máximo posible los elementos estables del contexto vital, físico y social que permanecen tras la acción interventiva externa (redes sociales, instalaciones, familia u otros e instituciones u organizaciones comunitarias, etc.) como parte de los procesos generales de intervención (o intentar crearlos ad hoc cuando no existan como tales). Otro principio relevante es promocionar (gradualmente si es conveniente) la autoresponsabilidad y autogestión.

Unas líneas adicionales a modo de comentario crítico mínimo de esta propuesta, aplicable en parte al conjunto del modelo de prevención.
1. Aun reconociendo una loable tendencia hacia lo psicosocial, los principios están exclusivamente centrados en un nivel micro, conductual e individual (revelando su origen en la modificación de conducta y terapias cognitivas), con desconsideración de los elementos y procesos psicosociales y contextuales más amplios de la prevención y el cambio. Aún más, el nivel político-social, que tiene un peso considerable en el diseño global de las políticas preventivas (o de las políticas multisectoriales que enmarcan más o menos directamente la actividad preventiva en los sistemas sanitarios, servicios sociales, educación, nutrición, etc.), también son claramente relevantes desde este punto de vista contextual.
2. Las recomendaciones no son siempre factibles o compatibles con las condiciones culturales o estructurales existentes (como ya se comentó al comienzo del capítulo). Es muy difícil, por ejemplo, crear alternativas igualmente deseables o con valor intrínseco equivalente al de hábitos y adicciones que producen un placer o estado de bienestar muy intenso (9), sin alterar globalmente ciertos patrones y complejos culturales (o subculturales) en que esos valores, deseos, motivaciones y estilos de vida tienen una posición social de Generalidad (en función, claro es, de otros efectos productivos, socio-motivadores, etc.). O crear independencia, no dependencia, en los sujetos (70) cuando se trata de cesar un comportamiento o evitar algo. O establecer los escenarios y contextos adecuados y facilitadores de ciertas conductas y procesos que pueden suponer inversiones enormes (2). En este sentido, más que como principios programáticos reales, estas recomendaciones parecen funcionar, a veces, como normas éticas o supuestos deseables hacia los que progresar.
3. No siempre existe el conocimiento suficiente sobre los problemas, sus determinantes y factores asociados (la "base generativa" en términos de Cowen) como para poder prevenirlos.
4. Los principios se centran en la prevención primaria; apenas aportan información sobre la secundaria y terciaria.
5. Se centran directamente en las personas blanco de la intervención preventiva descuidando otras muy importantes en la realización de los programas de prevención como serían los cuidadores profesionales (médicos y trabajadores de salud, educadores, trabajadores sociales, etc.) y los mediadores comunitarios informales.

Criterios de éxito de los programas preventivos. Apenas existe información sobre este punto. Y, sin embargo, un estudio cuidadoso de las cualidades o criterios que ha de tener un programa preventivo para que funcione y tenga éxito (realizado a partir de —o en conexión con— la evaluación del programa) es, sin duda, tarea prioritaria para generalizar la práctica de la prevención, de la buena prevención, se entiende Price y otros (1988), en la recopilación de los 14 programas preventivos seleccionados como modelos que culminó la tarea del Grupo de Trabajo sobre Prevención, Promoción e Intervenciones Alternativas del APA, han resumido en 5 las cualidades compartidas por esos programas seleccionados (no nos estamos refiriendo a los criterios de selección de los programas; ese es otro tema). Esos programas modelo:

1) Están dirigidos hacia, un blanco o diana poblacional claro y su enfoque es especificado en función de los riesgos y problemas a que se enfrenta el grupo diana.

2) Están diseñados para alterar la trayectoria vital de las personas, realizando cambios a largo plazo, abriendo a esas personas un nuevo camino evolutivo, ofreciendo nuevas oportunidades, cambiando sus circunstancias vitales o proporcionándoles mecanismos de apoyo. Los cambios se suelen centrar en sistemas sociales (como la familia o la escuela) involucrando educativamente a mediadores relevantes (padres, educadores...).

3) Además, proporcionan a las personas nuevas destrezas o habilidades para confrontar situaciones y apoyo social para enfrentarse a las transiciones vitales (por ejemplo, habilidades relaciónales y sociales para resistir la presión social de los compañeros de colegio a beber excesivamente o drogarse).

4) Fortalecen el apoyo social natural recibido desde la familia, comunidad o escuela, movilizando el apoyo de otras fuentes —como amistades— o incrementando el de los familiares.

5) Recogen evidencia rigurosa para documentar su éxito y resultados en formas y dimensiones variadas y pertinentes a cada caso. Con creciente frecuencia se incluyen análisis costo-eficacia o costo-beneficio que resultan muy útiles (como toda la investigación evaluativa desde un punto de vista amplio) para orientar la generalizabilidad o diseminación (no es pertinente aquí hablar de replicación como en la experimentación de laboratorio) de los programas a otros entornos y contextos.

Como puede apreciarse, estos principios corroboran la importancia de varios de los factores ya citados —y habitualmente asumidos— como básicos en los programas preventivos. A pesar de la confianza aportada por esta convergencia informativa, sería deseable contar con más estudios en este interesante campo de la investigación evaluativa antes de extraer generalizaciones mas definitivas que ayuden a vencer el escepticismo que aun rodea a la prevención en muchas áreas.

9.5 Contenido de los programas preventivos

Completamos aquí lo ya comentado implícitamente sobre el contenido de los programas de prevención al tocar otros aspectos ligados como la estrategia y metodología, siguiendo la excelente y condensada exposición de Korchm (que nosotros ampliamos y modificamos en varios puntos), centrada en la salud mental y ordenada en tomo a los ejes de prevención primaria secundaria y terciaria y distintos niveles —o metodologías— discernibles en cada eje. En la próxima sección ilustramos el trabajo de prevención con la estrategia de promoción de la salud mental y otros programas concretos.

9.5.1 Prevención primaria

Korchin (1976) divide las acciones conducentes a la prevención primaria en 4 escalones según que el nivel en que realicen sea, la sociedad, la comunidad, el pequeño grupo, y el individuo.

1) Nivel social. Siguiendo el modelo de los aportes de Caplan (cap 5) y desde la postura preventiva generalista derivada de él, la prevención primaria se alcanzaría en principio garantizando los aportes físicos, psicosociales o socio-culturales disponibles para los miembros de una sociedad y que posibilitan su desarrollo humano global. Cualquier programa que incremente la calidad de vida, nivel educativo, atención sanitaria y oportunidades de encontrar trabajo, contribuiría, por tanto, a la prevención primaria. Ejemplos de programas:

• Atención y seguimiento sanitario prenatal a las madres de zonas urbanas deprimidas para reducir el número de niños afectados después por problemas psicológicos y neurológicos.

• De protección de la integridad familiar; como la facilitación del trabajo de las madres jóvenes a tiempo parcial (para permitirles cuidar de sus niños) o la disposición de guarderías para esos niños cosas ambas que tendrían efectos beneficiosos para las madres y para los niños (y el conjunto de la familia). También la reforma de la normativa de bienestar social para proteger (no penalizar) a familias con niños dependientes.

• Deformación ocupacional, entrenamiento para el conocimiento y manejo de nuevas tecnologías y, en general, dispositivos apropiados de formación continuada (y estrategias de búsqueda de trabajo) dirigidas especialmente a los jóvenes parados, adolescentes de grupos o zonas problemáticas y desocupados de larga duración.

• Reducción de la discriminación (laboral, educativa, residencial...) por razones de procedencia social, raza o sexo. En este momento y en nuestro país, sería prioritario articular programas que permitan disponer de vivienda a las parejas y personas jóvenes a precio razonable.

Puesto que estos programas dependen directamente de las instancias legislativas y políticas de un país, no de los psicólogos —y otros científicos sociales—, ¿cuál sería nuestro papel a este nivel? Indirecto, en un doble frente. Primero, influyendo y haciendo presión sobre aquellos (políticos, legisladores y administradores) que tienen el poder para cambiar las leyes y normas, tomar las decisiones y distribuir los recursos que van a afectar a los grupos a riesgo. Segundo, influyendo sobre esos grupos para que modifiquen sus actitudes y comportamiento en la dirección preventivamente correcta y beneficiosa para ellos y apoyen, a la vez, la presión sobre las instancias legislativas y políticas de otros grupos profesionales o ciudadanos.

Este último punto se realiza a través de los programas preventivos ¿Y la influencia a nivel político? La acción del psicólogo puede ejercerse indirectamente a través de la investigación, la consulta y el testimonio experto (o la denuncia en los medios de comunicación) ante las comisiones o cuerpos legislativos pertinentes (por ejemplo, sobre los efectos nocivos de las sectas destructivas, las alternativas a la criminalización de las drogas, etc.).

2) Nivel comunitario. Acciones y programas posibles a este nivel incluirían:

• Educación de los líderes comunitarios sobre las necesidades de aportes físicos, psicosociales y socio-culturales de los segmentos de población más deprivados y desfavorecidos.

• Educación de la comunidad. Por ejemplo, educación para la salud destinados a cambiar las actitudes y valores de la población direcciones más saludables y positivas.

• Ayuda por parte de los psicólogos en la planificación y diseño urbanístico y de los espacios residenciales, recreativos y deportivos para minimizar sus efectos psicológicamente nocivos y mejor servir las necesidades de las personas que los pueblan (sobre todo en cuanto a centros y agencias de servicio, disposición espacial, coordinación, etc.).

• Consulta con agencias y servicios públicos de la comunidad (como la policía para una mejor atención a las necesidades psicosociales de los grupos atendidos. Por ejemplo, en la intervención de crisis intermediada propensos al entrenado de esos servicios (ver el capítulo 10) dieran partedelos esfuerzos preventivos de los psicólogos en la comunidad se han dirigido a la escuela, como sistema socializador clave
• Los esfuerzos más ambiciosos han intentado modificar globalmente el sistema (patrones de comunicación y relación de sus subsistemas administración, profesorado, estudiantes, padres-, diseño curricucular, etc.), para crear un entorno formativamente más fructífero y conducente al desarrollo humano de los niños. La creación de escuelas especiales y cooperativas escolares, la consulta y programas de entrenamiento y sensibilización con profesores y administradores, van, por ejemplo, en esa dirección.
• Otros programas (como el "Proyecto de Salud Mental Primaria" de Cowen delineado más adelante) se han centrado en la prevención secundaria localizando a los niños a riesgo y montando dispositivos intra y extra-escolares de corrección de la problemática.
• La organización comunitaria y otras estrategias de acción social y desarrollo comunitario (capítulo 14) han resultado útiles para superar los sentimientos apatía e impotencia de ciertos colectivos y comunidades ayudándoles a alcanzar sus objetivos de redistribución de recursos y a cubrir mejor sus necesidades.

3) Nivel familiar y pequeño-grupal.

Como ya se indicó antes al mencionar los criterios de éxito de los programas preventivos, el sistema familiar es básico en prevención primaria por su influencia y papel socializador. Debería, por tanto, ser incluido —de una u otra forma, como blanco directo o como auxiliar indirecto— en los programas siempre que sea posible. Programas frecuentes en este área incluyen.
• Formación (escuelas) de padres para mejorar su papel de cuidadores sanitarios (en el periodo prenatal, por ejemplo), agentes socializadores o auxiliares educativos en relación a sus hijos.
• Terapia familiar, intervención de crisis o, en general, la mejora de la relación y comunicación en la familia o entre alguno de sus subsistemas, todo lo cual contribuye, a la larga, a mejorar el desarrollo de los niños así como a la prevención de problemas en padres e hijos.

En cuanto a los grupos, pueden mencionarse, en relación sobre todo a los adolescentes —que tan implicados están en algunos de los problemas psicosociales y de SM de nuestros días— la importancia del grupo de iguales (peer group)como agente socializador clave en ese segmento poblacional La creación de grupos de iguales "alternativos" (boy scouts; grupos parroquiales, deportivos, excursionistas, etc.) donde pueden integrarse los individuos marginalizados o aislados, proporciona un entorno de pertenencia social, autodescubrimiento y exploración de formas de interacción valiosas y bien diferentes de grupos de cultura marginalista, delincuencial, drogadicta o sectas destructivas, por citar sólo algunas alternativas más indeseables.

4) Nivel individual. Las acciones preventivas a este nivel son fundamentalmente de fortalecimiento del individuo ante situaciones de crisis y transiciones vitales (capítulo 10), sea como preparación anticipatoria para reaccionar ante tales situaciones (previsibles), sea como intervención terapéutica a posteriori para evitar sus consecuencias.
• Programas de ayuda indirecta (por ejemplo, a través de agentes socializadores) que tienen, en general, mayor impacto sobre los individuos a largo plazo. Por ejemplo, la formación de los padres o de los directores de residencias escolares para atender —y anticipar— los problemas y crisis de los individuos de su familia o entorno residencial.

9.5.2 Prevención secundaria

Recordemos que la prevención secundaria intenta reducir la prevalencia de un problema a través de la detección temprana y el tratamiento rápido y eficaz para minimizar su duración o efectos disfuncionales futuros. La prevención secundaria, es pues, realmente, tratamiento. Lo que la distingue del tratamiento clínico es el uso de: 1) Instrumentos de cribado breves y apropiados para su uso masivo; 2) servicios y dispositivos asistenciales disponibles (en tiempo, forma, movilidad, etc.) para atender o tratar apropiadamente todos los casos traídos (o que acuden) a tratamiento.

1. Cribado. El cribado masivo de poblaciones (asumiendo qué hemos desarrollado previamente los instrumentos de detección o diagnóstico poblacionalmente apropiados) se realizará preferentemente en centros o instituciones que: a) Contengan —o contacten con— la mayor cantidad posible de población, incluidos los individuos a riesgo; b) sean lo más tempranos posible desde el punto de vista formativo o socializador para descubrir los problemas tan pronto como sea posible. La escuela es, obviamente, el escenario ideal para detectar precozmente la problemática a prevenir. En ella se han realizado numerosos programas de ese tipo (el "Proyecto de Salud Mental Primaria", por ejemplo). También el Ejército, o los centros de enseñanza secundaria son escenarios apropiados para la detección precoz.

2. Tratamiento/asistencia disponible. De nada sirve, sin embargo, la detección precoz si no se proporciona la asistencia o tratamiento apropiado, a tiempo y para todos los que lo precisan. Bien al contrario, la mejora de los instrumentos de detección del problema sin la correspondiente solución terapéutica o asistencial resulta en un aparente empeoramiento del problema al aumentar su incidencia. La mejora de la disponibilidad del tratamiento (y la prevención secundaria) pasa por acciones como:

• Información pública apropiada (en cuanto al diseño, sistema de difusión nivel de vocabulario usado, etc.) dirigida a los afectados incluyendo como puntos básicos: a) Información sobre los signos tempranos (o factores asociados y reconocibles de la condición a prevenir; b) recursos asistenciales o sociales disponibles. La información debe también (c) combatir los prejuicios o temores irracionales a pedir ayuda o buscar tratamiento para el problema que en condiciones como por ejemplo trastorno mental, maltrato familiar, abuso sexual, tienen un papel importante. También puede ser útil dar información sobre el tipo de ayuda adecuada (psicológica, espiritual, médica, legal...) y bajo que circunstancias es apropiado buscar esa ayuda (la de un profesional de salud mental y no la de un cura, por ejemplo).

• Información dirigida a aquellas personas (mediadores comunitarios, cuidadores profesionales y otros) que por su actividad o posición social en la comunidad tienen gran probabilidad de entrar en contacto con gran número de personas potencialmente afectadas por la condición a prevenir- Médicos en problemas físicos o mentales, educadores, líderes comunitarios, policías, sacerdotes e -incluso- camareros, peluqueras, capataces o mandos intermedios de fábrica, etc.

• Disponibilidad de la gama de métodos de asistencia o tratamiento apropiados y cercanos a la comunidad cuya existencia, prestaciones y condiciones de admisión deben ser apropiadamente dadas a conocer en los diversos medios de difusión públicos y comunitarios; existencia de servicios pennanentes, de crisis y urgencias (incluyendo los que pueden desplazarse a domicilio y a los lugares en que sean precisos), líneas telefónicas de ayuda y orientación, etc.

9.5.3 Prevención terciaria

Como ya se indicó, la prevención terciaria pretende minimizar los efectos y secuelas del problema (trastorno mental, internamiento hospitalario reclusión carcelaria, etc.) y de las condiciones de su tratamiento o corrección (especialmente si se hace en régimen de reclusión o apartamiento de la actividad social normalizada así como las posibles recaídas posteriores. También indicamos que es probablemente la variante más desarrollada de la prevención. Caplan (1964) ha propuesto una serie de principios orientativos, según los cuales, la prevención terciaria debe:

—Comenzar ya con la detección o diagnóstico del problema.

— Combatir la alienación y segregación debida al prejuicio sobre —y desconocimiento de— el problema.

— Mantener la relación y contacto con la comunidad de las personas tratadas o internadas y la mayor cercanía posible (no la segregación) de los centros de tratamiento, tanto la cercanía espacial como la social.

— Evitar el institucionalismo que se produce en centros o instituciones cerradas, con regímenes de vida autónomos y segregadas del entorno social.

— Garantizar la continuidad del tratamiento o asistencia tras la desinstitucionalización así como la existencia de instituciones y centros de transición hacia la comunidad.

Korchin (1976) recoge 3 áreas básicas de actuación inspiradas, en buena parte, en los principios mentados: 1) Rehabilitación o reinserción: Restauración de la autoconfianza del afectado y de su competencia social y vocacional de forma que sea capaz, tras la finalización de su tratamiento o reclusión, de retomar sus roles familiares, laborales y sociales o de aceptar otros nuevos, si fuera preciso.

• También —y a través del restablecimiento de su autoestima— deberá ser capaz de confrontar los posibles desafíos o rechazo social derivados de su condición e identidad social asociada ("enfermo", "trastornado mental", "ex-presidiario", "adicto", etc.) y enfrentarse —en los casos de trastornos adictivos o evolutivos que consumen parte de la historia madurativa del individuo— a la reconstrucción de su propia identidad.

• Todo esto implica (además de la asesoría o terapia psicológica y la rehabilitación biofísica) la formación o preparación laboral para ser capaz de trabajar a la salida. También, en muchos casos, la provisión de medios mínimos —e información— para encontrar una residencia y sobrevivir inicialmente.

2) Cambio de actitudes y conducta de la comunidad, para vencer los problemas de estigmatización y rechazo social ligados a problemas o condiciones como ciertas enfermedades infecciosas, el trastorno mental, drogas o la cárcel. Problemas ligados muchas veces, a la ignorancia o el prejuicio (y, la comodidad, evidentemente). Acciones preventivas en esta área son:

• Educación de la comunidad (y contexto —barrio, edificio, etc.— social de destino, si los afectados son trasladados desde un centro) sobre el problema padecido y condición final de los afectados tras el tratamiento.

• Establecimiento de procedimientos (personas o centros) de contacto que puedan mediar en los conflictos o problemas que puedan producirse con la comunidad ayudando a resolverlos. La disposición de un servicio desplazable (o teléfono) en el centro dónde fueron tratados los afectados —o de otro 369 servicio comunitario en contacto con aquél— o de un monitor guía, si se trata de un proyecto residencial, pueden ser muy útiles a este respecto.

• Uso de métodos y estrategias terapéuticas que —como la comunidad terapéutica psiquiátrica o

terapia del medio (capítulo 12)— se basen —o promocionen al máximo posible— el funcionamiento autónomo de las personas y su reintegración (activa) a la comunidad, frente a la adaptación pasiva —y en ocasiones regresiva— al centro de tratamiento.
• Facilitar el contacto e intercambio entre comunidad y centros de tratamiento en las distintas formas posibles (días de puertas abiertas; excursiones o visitas de los internos; salidas de fines de semana; intercambio de bienes, trabajos o servicios entre comunidad y centro; fiestas, etc.). De manera que la membrana entre comunidad y el centro sea —si es necesaria— lo más permeable posible.
3) Centros y alternativas intermedias y de transición hacia la comunidad que garanticen la continuidad y gradualidad pedidas por Caplan para evitar que, ante la dureza y dificultades del entorno externo, el egresado elija —o se vea forzado a— retomar al centro de tratamiento (como sucede con ex-presidiarios que no encuentran trabajo o ex-pacientes mentales sin familia) o se derive hacia una vida de miseria, explotación, vagabundeo o violencia en la calle, o en zonas residenciales —y grupos— marginales (el destino de muchos pacientes mentales en las masivas desinstitucionalizaciones realizadas en EEUU en la década de los 70).

La hospitalización parcial (de día o de noche), los centros de día, clubs sociales, albergues o centros subvencionados, pisos asistidos, grupos de autoayuda, talleres protegidos, o escuelas especiales son algunas posibilidades en esta dirección. El proceso de desinstitucionalización debe ser preparado —y ejecutado si es factible— gradualmente y monitorizado (en el caso, por ejemplo, de pacientes mentales) para salvar las previsibles dificultades de adaptación y aceptación por la comunidad, al menos en las primeras etapas. También es conveniente, según el tipo de problema, que existan programas terapéuticos y actividades recreativas para examinar problemas puntuales, evacuar dificultades y mantener psicológica y socialmente a las personas atendidas.

9.6 Educación para la salud mental

Examinamos ahora sucintamente, como ilustración de estrategias preventivas, la educación para la salud mental, una metodología de prevención primaria a nivel poblacional. En el capítulo 10 se revisa más extensamente otra estrategia con un componente de prevención secundaria y centrada en el individuo, la intervención de crisis. También aquí seguimos mayormente a Korchin(1976).
1. Objetivos. Según Korchin la educación para la salud mental (ESM), tiene dos fines básicos:
a) Educar al público —y líderes comunitarios— sobre la naturaleza y manifestaciones del trastorno mental de cara a movilizar las personas, recursos e instituciones apropiadas para, finalmente, mejorar el tratamiento de aquellas personas afectadas por el trastorno.
b) Alentar y promover actitudes y actividades en favor de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

El campo de la ESM está muy emparentado con el de la educación para la salud en general y también con la prevención del trastorno mental, resultando los 3 casi indistinguibles para la mayoría de los profesionales.

Salieras (1985), reconoce los siguientes objetivos generales para la educación sanitaria (transcritos aquí al campo de la salud mental):
— Hacer de la salud mental un patrimonio de la comunidad.
— Modificar las conductas negativas relacionadas con la SM.
— Promover conductas nuevas positivas y favorables a la promoción y restauración de la SM.
— Promover cambios ambientales (y sociales) favorables a los cambios conductuales

preconizados.
— Capacitar a los individuos para que puedan participar en la toma de decisiones sobre la SM de su comunidad.

2. Contenido o mensaje. La ESM debería ser un instrumento básico para la prevención del trastorno mental por su cobertura y capacidad potencial de comunicación y anticipación. En la práctica, sin embargo, existen dudas razonables sobre el alcance de su factibilidad y eficacia reflejados en la disparidad de la evidencia empírica existente, que muestra resultados consistentemente positivos para el cambio actitudinal y negativos para el cambio conductual. Dudas achacables, probablemente, a la falta de una base generativa suficiente de conocimientos (Cowen, 1983) sobre el trastorno y salud mental y sobre sus determinantes (comparable a la existente sobre muchos trastornos biofísicos) que permita "llenar" apropiadamente el contenido de los mensajes a transmitir ("no fume"; "no beba"; "haga ejercicio"; "hágase una prueba radiográfica", etc.). Parece, pues, que lo que falla es el mensaje; su contenido.

De cara a la modificación de actitudes poblacionales, algunos estudiosos y trabajadores del campo han comenzado por averiguar cuales son la información y actitudes existentes sobre el trastorno mental y las personas que lo sufren. Los Cumming (Cumming y Cumming, 1957) encontraron, como respuesta a su conocido intento de realizar un programa de ESM en una pequeña comunidad canadiense, reacciones masivas de denegación y aislamiento hacia los pacientes mentales (Su programa fracasó por la oposición y resistencia de los residentes).

Los autores explicaron esas actitudes de la población hacia los pacientes por el papel que jugaban preservando la integridad de la comunidad y protegiéndola de elementos extraños, imprescindibles y atemorizantes (una reacción de defensa social" muy similar, por cierto, a la observada en nuestros días con el SIDA, o el racismo frente a los negros) y cerrando filas (precisamente el titulo del libro de los Cumming) para impedir cualquier irrupción de esos elementos (los pacientes mentales en este caso). Ese conjunto de actitudes y comportamiento autopreservativos de la comunidad, serían manifestaciones de lo que los autores bautizaron como solidaridad de los sanos

Otros autores (Nunnally, 1961) revelan más desinformación que mal información en la población respecto del trastorno mental, situación favorable para la ESM ya que es más fácil aportar nueva información que cambiar prejuicios ya establecidos. La autora aconseja de cara a la aceptación por el público de los mensajes sobre SM, el uso de conceptos claros, material interesante y de fuente autorizada (la OMS, el Ministerio, la Universidad tal equipo de investigación, etc.), proporcionando soluciones —todo lo cual contribuye a reducir la ansiedad y temor ante lo desconocido— y presentando el material y las explicaciones de forma comprensible, que pueda ser seguida por la persona media.

3. Técnica. Las técnicas (medios o vehículos) de transmisión están en la ESM notablemente desarrolladas en relación a los mensajes. Medios habituales son la comunicación de masas, el trabajo con pequeños grupos y la charla o conferencia,

a) Medios de comunicación de masas; la estrategia de mayor alcance cubriendo prácticamente toda la población. Las entrevistas, divulgación informativa cuidadosa y dramatización de casos son excelentes vías de transmisión de mensajes por televisión, radio o prensa escrita. El trabajo cuidadoso e interdisciplinar con el periodista es aquí esencial.

Hay que contar con que la información o dramatización sobre problemas apremiantes o preocupantes para la gente (drogas, alcoholismo, depresión, etc.) van a aparecer, de todas formas, en los medios de comunicación por la necesidad de información derivada del temor y preocupación pública (recuérdese de nuevo la campaña amarillista y alarmista de cierto sector de prensa sobre el SIDA ante la falta de información válida desde otras fuentes). Más vale por tanto,

prepararla para que sea apropiada y contribuya a la prevención, no al agravamiento, del problema.

Tampoco debe olvidarse, desde una concepción sistémica o contextual de la comunicación (explícita o implícita, verbal o no verbal), la enorme competencia de mensajes y comunicaciones de todo tipo y nivel que sufre el agobiado poblador del planeta en nuestros días así como la posible coherencia, incoherencia o colisión de los mensajes preventivos difundidos con los mensajes socio-culturalmente dominantes del universo comunicativo en que se desenvuelven. La consistencia (interna y externa, siempre que sea posible), duración, enganche motivacional y economía de significados deberán por tanto guiar la elaboración de mensajes y uso de medios de comunicación masivos.

Imaginemos respecto a la incoherencia externa o contextual, el posible efecto de una campaña antialcohólica o de prevención de los problemas de tráfico o derivados del exceso de uso del coche, en un contexto comunicativo y socio-cultural abrumadoramente favorable al mantenimiento, venta y difusión de publicidad. Naturalmente, así no puede hacerse prevención efectiva: Los valores y estilos de vida difundidos chocan con los del entorno social mayor (o una parte dominante de él).

b) Pequeño grupo: el vehículo preferido por los psicólogos desde diversas estrategias de dinámica y cambio grupal como la de Lewin. Más que "ser educados" o recibir consejos sobre el tema, parece preferible como método de cambio, potenciar ^participación de los miembros en un proceso de discusión en que el educador no actúa como conferenciante o profesor sino, más bien, como consultor o persona recurso —que aporta información apropiada para que los miembros del grupo lleguen a sus propias conclusiones— e influyendo indirectamente en el proceso grupal.

c) La charla o conferencia ante sociedades culturales, clases escolares, grupos barriales y de otro tipo, es también un vehículo útil a un nivel intermedio entre los anteriores. El sistema de captación y creación de motivación previos y la coordinación con otros niveles (recordemos la recomendación de usar convergentemente varios medios) y acciones son importantes para realizar lo que, en otro caso, puede ser un acto aislado más sin mayor impacto a largo plazo. En general, es más eficiente, por otro lado, la información y cambio de actitudes de mediadores comunitarios, líderes o personas en posiciones sociales relevantes (que pueden influir positivamente sobre muchas otras) que directamente sobre la población.

4. Destinatarios o blanco de la ESM son esencialmente 4 grupos:

a) Las personas afectadas por el trastorno mental y las que están a riesgo de serlo. A este grupo le interesará información sobre determinantes, características y manifestaciones del trastorno; estresores y situaciones a evitar; recursos de atención y ayuda existentes.

b) Grupos en posiciones extremas en poder y recursos en la pirámide social: Aquellos que tienen más (políticos, legisladores, partidos políticos, fuerzas sociales y sindicales, líderes comunitarios, etc.), para concienciarlos del problema e influir en ellos de cara a la obtención de recursos necesarios para emprender las acciones e investigaciones precisas para la prevención de los problemas de salud mental.

Aquellos que carecen de poder y recursos (grupos marginados, aislados o apáticos, pobres, socialmente explotados) como grupos más vulnerables al trastorno mental y más necesitados de información y organización. Estos grupos necesitarán información sobre cómo pedir ayuda concreta y —más en general— como salir de su situación de impotencia y mejorar los sistemas de prestación de servicios (seguridad social, sanidad, escuelas, etc.) para que sean más sensibles a sus necesidades y problemas. Esto combinaría la ESM con otras estrategias como la abogacía social u organización comunitaria.

c) Profesionales con funciones de ayuda humana o sanitaria (médicos, enfermeras, trabajadores

sociales, profesionales de salud mental, educadores y pedagogos, policías, sacerdotes, etc.) para sensibilizarlos, darles un cierto grado de información y asesoramiento sobre reconocimiento del problema, primeras atenciones críticas o derivación a los servicios o centros adecuados.
d) Grupos comunitarios "de contacto" con los afectados (familia, compañeros de trabajo o escuela, amigos) recibirán información similar a la del grupo anterior: Reconocimiento del problema, dificultades más frecuentes y cómo afrontarlas, facilitación de la relación y convivencia con el afectado, signos de deterioro y recursos de ayuda disponibles y, finalmente, cambio actitudinal para evitar la victimización o marginación de los afectados.

9.7 Ilustración: algunos programas preventivos

Relatamos aquí brevemente algunos programas —más o menos modélicos— que ilustran el trabajo preventivo. La literatura citada al comienzo del capítulo, sobre todo Price y otros (1988) y Edelstein y Michelson (1986), describen en mayor detalle un amplia gama de programas preventivos. Incluimos aquí el proyecto DART de prevención de la depresión como ilustración de la educación para la salud mental; el Proyecto de Salud Mental Primaria de Cowen —realizado en el ámbito educativo para prevenir el fracaso escolar— y varios otros del volumen de Price y colgs. realizados desde una diversidad de problemas y escenarios sociales.

9.7.1 Prevención de la depresión: el proyecto DART

DART (Depression Awareness, Recognition and Treatment; "Sensiblización e Información, Reconocimiento y Tratamiento de la Depresión"). Este es un proyecto de prevención secundaria de la depresión basado en una estrategia de educación pública (Bales, 1986) en fase de realización actualmente en EEUU (por lo cual lo denominamos proyecto, no programa). Está dirigido por el NIMH contando con la participación de numerosos grupos de salud mental, compañías farmacéuticas, organizaciones médicas y grupos de abogacía pública en el campo de la salud mental, habiendo comenzado su puesta en marcha en 1985. El proyecto intenta reducir la tasa de depresión actual (un 6 de la población adulta) aumentando la información y grado de sensibilización existente sobre este problema de SM, la capacidad de reconocer sus síntomas —por parte del público y los profesionales— y su tratamiento terapéutico apropiado.

Datos previos (base generativa). Se ha elegido la depresión por ser un problema relativamente bien conocido en la actualidad y para el que existen paquetes terapéuticos breves, bien definidos y relativamente eficaces. El proyecto DART se basa, de hecho, en dos importantes y extensos estudios previos realizados por el NIMH: El "Estudio Epidemiológico del Área de Acogida (Epidemiologic Catchment Area Study) de 1983 y el Estudio Conjunto de Investigación del Tratamiento de la Depresión (Treatment of Depression Collaborative Research Study) realizado entre 1982 y 1984.

El primero (Leo, 1984) sentó las bases epidemiológicas del trabajo posterior, estudiando la extensión y condiciones de tratamiento de los diversos trastornos mentales en EE.UU. Un total del 19 de personas adultas sufren algún problema psicológico relevante; el porcentaje más alto (8,3) corresponde a los problemas de ansiedad, seguido por el alcohol y las drogas (6.4) y la drepresión, que —desvanenciendo la extendida creencia de que era el trastorno más generalizado— afecta a un 6 de la población adulta de los que sólo el 32 reciben tratamiento en aquel país.

El Estudio Conjunto (Mervis, 1986) confirmó la ya conocida eficacia terapéutica de dos

formas tratamiento bien definidas y relativamente breves (unas 15 semanas de duración media), la terapia cognitiva de la depresión desarrollada por A. Beck (Beck y otros, 1984) y la terapia interpersonal de Klerman y Wiessman. Ambos tratamientos fueron similarmente eficaces en la eliminación completa de síntomas (y del problema depresivo y sus efectos en general) en un 50 a 60 de personas con depresión —no psicótica— moderada a severa. Su eficacia fue comparable al de los fármacos tricíclicos antidepresivos y superior al placebo.

Grupos diana. A partir de esos datos que permiten conocer y tratar la depresión, el proyecto DART se dirige a 3 grupos: 1) Aquellos ya deprimidos para que puedan reconocer los síntomas y buscar tratamiento; 2) los médicos para que puedan reconocer la depresión y discutirla con los afectados o derivarlos a los especialistas de SM; 3) los profesionales de salud mental para ponerlos al día en sus conocimientos sobre investigación y tratamiento de la depresión, de forma que puedan proporcionar el tratamiento adecuado para sus clientes, cosa relativamente infrecuente en la actualidad por los datos conocidos.

Se han realizado talleres previos a lo largo del país (EE.UU.) con participantes y representantes de numerosos grupos y organizaciones ciudadanas y profesionales sobre como alcanzar a los 3 grupos diana y su grado de conocimiento del problema de la depresión, decidiendo, a partir de ahí los contenidos y canales de los mensajes a enviar a cada grupo.

Los mensajes para el público en general girarán en torno a dos ideas lanzadas secuencialmente.

1°) La depresión es una enfermedad y puede ser tratada. Este mensaje intenta contrarrestar la percepción, frecuentemente expresada en los talleres, de que la depresión es más bien un tipo de debilidad o flojera, no una enfermedad. También se constató que las mujeres estaban más familiarizadas con la depresión y verbalizaban mejor sus sentimientos que los hombres, quienes casi nunca estaban dispuestos a reconocer la presencia de la depresión o que hubieran estado deprimidos; esto marcaría, naturalmente, estrategias de actuación diferenciadas por sexos.

2°) Reconocimiento de los síntomas de la depresión, fase precedida, con muy buen juicio, por la afirmación de que el problema puede ser tratado.

Los mensajes a los profesionales —reconocidos como parte muy importante del proyecto preventivo— consistirán en cursos-seminario de dos días y medio de duración (primero piloto, para probar su funcionamiento) con un contenido cuidadosamente preparado por conocidos expertos del tema y reproducidos en vídeo para facilitar su distribución. Todo esto se complementará con anuncios en los medios de comunicación y material impreso especialmente preparado para ser usado y comprendido por las personas deprimidas y apoyar su tratamiento terapéutico.

9.7.2 Proyecto de salud mental primaria (PSMP)

Este ambicioso y extenso programa de prevención secundaria, dirigido por E. Cowen en el área de Rochester (y, más tarde, a otras ciudades de EE.UU.) tiene como objetivo la detección temprana y corrección del fracaso y maladaptación escolar y los problemas psicológicos de los niños en ese ámbito. El programa, que lleva unos 30 años de funcionamiento, ha sido investigado con un nivel de minuciosidad y rigor poco frecuentes en el campo preventivo e interventivo. En su descripción, seguimos a Bloom (1984).

El punto de partida del PSMP fueron las siguientes constataciones, realizadas por Cowen (1971) y sus colegas como parte del propio proyecto: El 30 de los niños tienen problemas significativos de adaptación escolar; los profesores usan la mitad de su tiempo escolar atendiendo a una mínima minoría de niños problemáticos; los problemas escolares se manifiestan mucho

más visible y aparatosamente en épocas posteriores de transición a la enseñanza secundaria y otras transiciones.

La primera fase del programa (1958-1963) estuvo primariamente centrada en la detección temprana de la maladaptación escolar, siendo su prevención tema sólo secundario. Se eligió una escuela como escenario para el estudio e intervención y otras dos comparables del vecindario como controles, recogiéndose datos en todos los niños de primer grado de la escuela experimental a través de observación en clase, tests psicológicos, entrevistas con las madres e informes de los profesores. En base a estos resultados se dividió a los niños de esa escuela en 2 grupos según existiera o no evidencia de maladaptación manifiesta o incipiente.

La intervención fue bastante limitada durante esta fase, huyendo del servicio clínico directo e individual y centrándose en la atención educativa y consultiva indirecta por medio de conferencias y reuniones con profesores, administradores y otro personal escolar y padres. En ellas, expertos escogidos trataban temas de interés como motivación humana o desarrollo y necesidades afectivas y psicológicas de los niños. Los niños recibieron cierta atención directa en un programa extra-escolar en pequeños grupos centrado en actividades diversas como carpintería o cocina, con la intención implícita de proporcionar experiencias e interacciones interpersonales significativas para los niños en un escenario relativamente informal. La evaluación de esta fase, realizada 2 y 5 años después del comienzo a través de 46 medidas distintas, arrojó resultados ambiguos y poco concluyentes.

Como consecuencia de ello, se lanzó a partir de 1963 una segunda fase incrementando el servicio directo a los niños vulnerables. En primer lugar se reclutó y formó a 6 auxiliares de los profesores (madres exitosas con interés y actitudes positivas hacia los niños) para ayudar, primero, a los profesores en las clases con los niños que requerían más atención de la que ellos podían dedicarle. Posteriormente, esa estrategia fue sustituida por contactos individuales con los niños fuera de la clase. Segundo, se estableció un programa extra-escolar llevado por estudiantes universitarios voluntarios supervisados, que ayudaban a los niños derivados por los maestros por problemas de bajo rendimiento, aparentes déficits de socialización y mal comportamiento (acting out).

Los resultados fueron ahora muy alentadores: Las derivaciones de niños aumentaron y hubo pocos abandonos de auxiliares de profesores, adoptándose ciertos métodos del programa en escuelas de otros guetos urbanos. Las valoraciones de los profesores fueron igualmente positivas en cuanto a la efectividad de los dos componentes del programa. Desde 1969, profesionales de salud mental han sido entrenados para adaptar el programa en sus propios centros de trabajo. El PSMP se ha extendido a 30 escuelas del área de Rochester y programas similares han sido adoptados en 300 escuelas de todo el país.

La evaluación más reciente del programa (1975-76) documentó progresos significativos en todas las variables dependientes de los niños del grupo experimental; en la mitad de esas medidas, las diferencias de esos niños con sus equivalentes de las escuelas control fueron estadísticamente significativas. Cowen y colegas concluyen (Cowen, Gesten y Wiison, 1979; Weissberg y otros, 1983), a partir de ellos, que los niños pueden ser ayudados efectivamente con los problemas de adaptación escolar a través de programas de identificación temprana y prevención de tales problemas, resultando esos programas una vía esencial para reducir los enormes costos humanos y sociales del fracaso y maladaptación escolar.

Otros autores, sin embargo (Stein y Polyson, 1984), han reanalizado los datos disponibles, cuestionando el optimismo de Cowen y colaboradores y aduciendo que sólo se han demostrado una parte de los generalizados efectos positivos reclamados por esos investigadores.

9.7.3 Otros programas

Price y otros han presentado en un libro titulado "14 onzas de prevención" (1988), los programas seleccionados como modelo entre los 300 recogidos por el Grupo de Trabajo sobre Prevención y Alternativas de Intervención de la Asociación Americana de Psicología a partir de su puesta en marcha en 1983. El libro, organizado por estadios evolutivos, ofrece un conjunto de programas cuidadosamente evaluados, que prueban la factibilidad y eficacia de la prevención en diversos campos y problemas ofreciendo, al mismo tiempo, modelos de intervención para los interesados y trabajadores del campo preventivo. Incluimos aquí una sucinta referencia de 5 de ellos a modo de muestrario ilustrativo y testimonial siguiendo de cerca el extracto simplificado de Price (1988).

Ayudar a las madres ayuda a los bebés. Este programa de prevención primaria, realizado por el psicólogo evolutivo D. Olds (1988), está destinado a prevenir los problemas neurológicos y cerebrales, defectos de nacimiento o falta de peso, abandono o abuso maternal y problemas psicológicos, asociados con frecuencia a los niños no deseados nacidos de madres adolescentes, pobres y solteras que descuidan su alimentación, fuman o abusan del alcohol y otras drogas durante el embarazo.

Olds pensó que parte de esos problemas podían ser prevenidos proporcionando información y apoyo social a esas madres. A partir de ahí, montó un programa en que enfermeras visitaban a mujeres embarazadas de su primer hijo y les proporcionaban información sobre atención prenatal, ayudándolas a obtener los cuidados médicos y comunitarios precisos, y ofreciendo apoyo moral y ayudándolas a establecer relaciones de apoyo con un amigo o familiar. Esa tarea continuó tras el nacimiento, centrando el tema entonces en el desarrollo del niño.

Los resultados fueron impresionantes: Comparadas con madres no visitadas, las incluidas en el programa, no sólo produjeron bebés de mayor peso e hicieron mejor uso de los servicios comunitarios sino que, además, fueron menos proclives a abandonar a —y abusar de— sus niños, proporcionándoles juguetes más apropiados. En su propio beneficio, la probabilidad de estas madres de quedar embarazadas, disminuyó respecto a las no visitadas, aumentando su capacidad de mantener un empleo estable.

La enseñanza preescolar puede cambiar vidas. A partir de su investigación en la Fundación de Investigación Educativa de Gran Alcance (High/Scope Educational Research Foundation), Weikart y sus colegas (Schweinhart y Weikart, 1988) percibieron una clara relación entre pobreza y fracaso escolar con desempleo, delincuencia y crimen. Si un programa preescolar, involucrando activamente a los padres, pudiera mejorar la destreza intelectual de los niños, estos comenzarían la vida con mejores posibilidades.

A tal efecto montó un programa de 2 años en que niños negros de 3 y 4 años procedentes de familias pobres asistían a clases montadas en base a tareas de aprendizaje cuidadosamente organizadas. Además, los profesores visitaban a las familias durante una hora y media semanal para ofrecer orientación a los padres en la crianza y educación de sus hijos.

El programa mostró resultados inmediatos en varias áreas incluyendo la capacidad intelectual de los niños. Más importante, el programa tuvo resultados discernibles a largo plazo según muestra el seguimiento de los niños: Al final de la adolescencia los niños del programa habían resultado —comparados con otros niños similares no incluidos en él— menos proclives a abandonar la escuela y a ser arrestados y más a mantener un trabajo y continuar su enseñanza hasta la universidad.

Aprendiendo a decir "no" a las drogas. Dado que los jóvenes comienzan a experimentar con drogas, alcohol y tabaco en los primeros años de adolescencia y los intentos de apartarlos de

las drogas proporcionándoles información sobre los riesgos implicados han tenido escasa eficacia, el psicólogo G. Botvin y sus colaboradores (Botvin y Tortu, 1988), optaron por dar clases para enseñar a los jóvenes como resistir la presión social de sus compañeros.

Para ello desarrollaron un programa para estudiantes de los primeros cursos de bachiller (high-school) en que se estudiaban las drogas. Como parte de la intervención, organizaron un programa amplio de entrenamiento de habilidades destinado a mejorar su competencia personal y social en que los muchachos aprendían también a resistir la presión grupal y los esfuerzos de persuasión de sus compañeros para consumir drogas que, de otra forma, no usarían. Complementariamente, los jóvenes aprendieron a ser asertivos y a mantener sus propios derechos y opciones sin interferencia ajena, a comunicarse con otros y a enfrentarse al rechazo que podrían esperar en aquellos compañeros que consumían drogas.

Los efectos del programa fueron más que alentadores: El consumo de drogas se redujo en un 50 entre los jóvenes que habían pasado por él, habiendo además cambiado más sus actitudes y resultando más capaces de resistir la oferta de drogas que sus compañeros que no siguieron el programa.

Curar las heridas del divorcio. La cesación de la convivencia estable en pareja está reconocida como uno de los estresores vitales más traumatizantes no sólo por la separación sino también por las penalidades aparejadas (cambio de residencia, dificultades de paternidad o maternidad en solitario, problemas de salir adelante solo, complicaciones legales y financieras, etc.). Resultantes reconocidas de —o asociadas con— esa problemática son problemas de salud y problemas psicológicos como la depresión.

Bloom y Hodges (1988) intentaron prevenir algunos de esos efectos a través de la asesoría psicológica y apoyo de expertos. Para ello montaron, junto a varios colegas, un programa en que, durante 6 meses, las personas en trámite de divorcio podían consultar a especialistas en áreas como educación de los niños, tareas domésticas, empleo, educación y asuntos económicos. Por añadidura las personas apuntadas en el programa eran contactadas al menos una vez cada 2 semanas para interesarse por su estado e indicarles, si era preciso, una persona apropiada para ayudarles con necesidades o problemas específicos.

Al evaluar los resultados de la experiencia una vez culminado el programa, los interventores encontraron que las personas que lo habían seguido se sentían menos culpables, encontrándose mejor consigo mismas, adaptándose mejor a las nuevas situaciones y teniendo mejor salud física y mental y menos problemas económicos que las personas que no siguieron el programa. Las diferencias se mantenían hasta 4 años después de abandonar el programa.

De viuda-a-viuda. Silverman (1988) se ha venido interesando por los efectos nefastos de la viudedad (duelo entumecedor, sentimiento de que la vida está acabada y problemas de salud varios) y la soledad en que queda la mujer viuda cuando el funeral y los asuntos legales y económicos subsiguientes han quedado resueltos y espera todavía un proceso de adaptación largo y doloroso.

Silverman pensó que la persona que mejor podía ayudar a una viuda afligida es aquella que ha pasado por allí, la que ha sido viuda afligida. Por ello puso en marcha un programa en que mujeres que habían enviudado hacia más de 2 años, ayudaran a viudas recientes. A tal efecto la autora preparó a aquellas para aumentar su comprensión del proceso de pérdida de un ser querido y del duelo acompañante y para mejorar su capacidad de escuchar a otra persona. A partir de ahí, cada una de estas mujeres contactó con una viuda reciente ofreciendo su ayuda, primero de una en una y, más adelante, en reuniones grupales de discusión y salidas en grupo.

A la hora de la evaluación, los investigadores hallaron que las viudas que siguieron el programa se encontraron más felices, menos ansiosas, hicieron más amistades y se implicaron

más en actividades que aquellas que luchaban por sí mismas, habiéndose así evitado en las primeras gran parte del sufrimiento asociado con la pérdida de seres queridos.

Referencias bibliográficas

ALBEE, G.W. y JOFFRE, J.M. (1977). The issues: An overview of primary prevention. Hannover, Univ. Press of New England.

ARONOWITZ, E. (1982). Prevention strategies for mental health. Nueva York, Prodist.

BALES, J. (1986, julio). DART program takes aim at depression. APA Monitor, p. 1 y 16.

BAULEMAS, G., MAGRI, N., MAYOL, I. y otros (1986). Elaboración de programas de Prevención. Barcelona, Grupo IGIA; documento no publicado.

BECK, A., RUSCH, A.J. y EMERY, G. (1984). Tratamiento cognitivo de la depresión. Bilbao, Desclée de Brower.

BLOOM, B.L. (1984). Community mental health: A general introduction (2a. ed.). Monterey, Brooks/Cole.

BLOOM, B.L. y HODGES, W. F. (1988). The Colorado Divorce Program: A preventive intervention program for newly separated persons. En R.H. PRICE, E.L.

COWEN, R.P. LORION y J. RAMOS-MCKAY (eds.), 14 ounces of prevention: A casebook for practitioners. Washington, American Psychological Associaton.

BOTVIN, G.J. y TORTU, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. En R.H. PRICE y otros.

BURCHARD, J.D. y BURCHARD, S.N. (1987). Prevention of delinquent behavior. Nueva York, Sage.

CAPLAN, G. (1964). Principies of preventivo psychiatry. Nueva York, Basic Books.

CASTELL, E. (1988). Grupos deformación y educación para la salud. Barcelona, PPU.

COWEN, E.L. (1971). Emergent directions in school mental health. American Sciencist, 59,723—805.

COWEN, E.L. (1980). The wooing of primary prevention in mental health. American Journal of Community Psychology, 46,792-805.

COWEN, E.L. (ed.) (1982). Research on primary prevention in mental health. Amer. J. of Cty. Pgy, 3,239-367.

COWEN, E.L. (1983). Primary prevention in mental health: Past, present and future. En, R.D. FELNER, L.A. JASON, J.N. MORITSUGU y S.S. FARBER (eds.), Preventive Psychology, Nueva York, Pergamon Press.

COWEN, E.L., GESTEN, E.L. y WILSON, A.B. (1979). The Primary Mental Health Project (PMHP): Evaluation of current program effectiveness. Amer. J. of Community Pgy, 7,292-303. CUMMING, E. y CUMMING, J. (1957). Closed ranks: An experiment in mental health education. Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.

DIEKSTRA, R. y MAES, S. (1989, julio). Psychology, health promotion and disease prevention. Presentacion invitada en el "I European Congress of Psychology". Amsterdam, Holanda.

EDELSTEIN, B.A. y MICHELSON, L. (eds.) (1986). Handbook of prevention. Nueva York, Plenum.

EDWARDS, J., TINDALE, S.R., HEATH, L. y POSAVAK, E.J. (1990). Social influence processes and Prevention. Ann Arbor, Mich., Society for the Study of Social Issues. FARIS, R.E. y DUNHAM, H. W. (1939). Mental disorders in urban áreas. Chicago, Univ. of Chicago Press.

FELNER, R.D., JASON, L.A., MORITSUGU, S.S. y FARBER, S.S. (eds.) (1983). Preventivo

Psychology. Nueva York, Pergamon Press.
GOLDSTON, S.E. (1984). Defining primary prevention. En J.M. JOFFE, G.W. AL-BEE y L.D. KELLY (eds.).
HOLLINGSHEAD, A.B. y REDLICH, F.C. (1958). Social class and mental illness: A community study. Nueva York, Wiley.
JASON, J.G., FELNER, R.D., MORITSUGU, J.N. y HESS, R.E. (eds.) (1987). Prevention: Toward a multidisciplinary approach. Nueva York, Haworth Press.
JOFFE, J.M., ALBEE, G.W. y KELLY, L.D. (eds.) (1984). Readings in primary prevention of psychopathology. Hannover, Univ. Press of New England.
KATZ, A.H., HERMALIN, J.A. y HESS, R. (1988). Prevention and Health. Binghamton, NY, Haworth Press.
KELLY, J.G. (1989). A guide to conducting prevention research in the community. Binghamton, NY, Haworth.
KELLY, J.G. y HESS, R.E. (eds.) (1987). The ecology of prevention. Binghamton, NY, Haworth Press.
KORCHIN, S.J. (1976). Modern clinical psychology: Principies of intervention in the clinic and community. Nueva York, Basic Books.
LANGNER, T.S. y MICHAEL, S.T. (1963). Ufe stress and mental health. Nueva York, Macmillan.
LEO, J. (1984, octubre). Polling for mental health. Time, p.54. LEIGHTON, D.C-, HARDING, J.S., MACKLIN, D.B., MACMILLAN, A.M. y LEIGHTON, A.H. (1963). The character of danger. Nueva York, Basic Books.
LORION, R.P. (1990). Protecting the children. Binghamton, NY. Haworth.
MERVIS, J. (1986, julio). NIMH data points way to effectives treatment. APA Monitor, y. 1 y 13.
NUNNALLY, J.C. (1961). Popular conceptions of mental health. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston.
OLDS, D.L. (1988). The Prenatal/early Infancy Project. En R.H. PRICE y otros.
PRICE, R.H. (1988, enero) Several cunees of prevention. Psychology Today, 68-70.
PRICE, R.H., COWEN, E.L., LORION, R.P. y RAMOS-MCKAY, J. (eds.) (1988). 14 ounces of prevention. Washington, American Psychological Association.
RHODES, J.E. y JASON, L.A. (1988). Preventing substance abuse among children and adolescents. Nueva York, Pergamon.
SALLERAS, L. (1985). Educación sanitaria. Madrid, Díaz Santos.
SCHAFFER, D., PHILLIPS, I., ENZER, N.B. (1988). Prevention of mental disorders, alcohol and drug use in children and adolescents. Washington, Office of Substance Abuse.
SCHEINHART, L.J. y WEIKART, D.P. (1988). The High/Scope Perry Preschool Program. En R. H. PRICE y otros.
SILVERMAN, P.R. (1988). Widow to-widow: A Mutual Help Program for the Widowed. En R.H. PRICE y otros.
SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K., RENNIE. T.A. (1962): Mental health in the metropolis. Nueva York, McGraw-Hill.
STEIN, D.M. y POLYSON, J. (1984). The Primary Mental Health Project reconsidered. Journal ofConsulting and Clinic Psychology, 52,940-945.
TABLEMAN, B. y HESS, R.E. (1985). Prevention. Binghamton, NY, Haworth.
WEISSBERG, R. P., COWEN, E.L., LOTYCZEWSKY, B.S. y GESTEN, E.L. (1983). The Primary Mental Health Project: Seven consecutive years of outcome research. J. of Cons.

and Clin. Pgy., 51,100-107.
ZAUTRA, A., BACHRACH, K., HESS, R.E. (1983). Strategies for needs assessments in prevention. Binghamton, NY, Haworth.

Capítulo 10
Intervención de crisis y terapias breves

I. Bases teóricas

Intervención de crisis, abreviación terapéutica y consulta son alternativas comunitarias a la prestación de servicios clínicos tradicionales de salud mental. Frente al enfoque clínico (formato individual o pequeño-grupal, centrado en el trastorno y mental), la prestación de servicios, se hace desde criterios poblacionales (dirigidos al conjunto de la población, no a individuos), sociales (prioridad de los más desfavorecidos o marginados) y comunitarios (cercanía al entorno natural y comunitario en que se producen los problemas, potenciación y autodirección de grupos y personas, trabajo "desde abajo" y a través de los mediadores comunitarios, etc.).

El ámbito de aplicación es el de los servicios humanos en general (salud —mental y física—, servicios sociales, justicia, educación, ocio y recreo, etc.), más amplio que el de salud mental, al que no obstante están especialmente ligados, siendo consulta e intervención de crisis (y abreviación terapéutica) dos de los métodos básicos de la Salud Mental Comunitaria (los otros dos son el uso de paraprofesionales y la educación y promoción de la salud).

Dentro del marco general de la intervención comunitaria —capítulo 8— estas estrategias representarían el componente que Bloom (1984) en su manual clásico de Salud Mental Comunitaria (SMC) llama "alternativas a los servicios clínicos tradicionales" (los otros componentes son "prevención" y "cambio comunitario") o cercano al "desarrollo de recursos humanos" de Rappaport (capítulo 4). Consulta e intervención de crisis y terapias breves (ICTB) son esencialmente estrategias de optimización de recursos profesionales escasos para maximizar su eficiencia poblacional. Tienen un componente central de prestación de servicios (terapéutico o reparativo en ICTB, de servicios humanos y productivos en la consulta) y otros suplementarios de carácter más comunitario: Prevención secundaria en ICTB; educación y desarrollo personal y organizativo en la consulta.

Ambos son estrategias de metodología relativamente clara, estando —a diferencia de otros métodos comunitarios— ya establecidos y aceptados como parte del rol del psicólogo por lo que constituyen para éste una herramienta básica y útil en el mercado de trabajo profesional. Es en parte por esto, que estimamos pertinente incluirlos en este manual aunque algunos autores cuestionen su estatus de métodos "verdaderamente" comunitarios.

La ICTB está más cerca de la clínica tradicional con la que tiende un puente desde la SMC. La consulta es más polivalente, tiene un origen más diverso, acercando el trabajo comunitario al mundo industrial (y organizacional). Es el prototipo de servicio indirecto. Ambos figuran entre los 5 servicios juzgados como "esenciales" en el Acta de Centros de Salud Mental Comunitaria norteamericana de 1963 (los otros son: Internamiento psiquiátrico, tratamiento ambulatorio, servicios de hospitalización parcial y educación sanitaria).

Abordamos aquí la descripción de ambas estrategias desde un punto de vista práctico y aplicado incluyendo también, no obstante, sus bases conceptuales y valorativas. Dadas sus comunalidades teórico-interventivas agrupamos intervención de crisis y terapias breves (o focalizadas) en este capítulo; la consulta es abordada en el próximo.

10.1 Justificación y definición

Al menos tres constataciones empíricas avalan desde la literatura psicoterapéutica actual la necesidad de crear formas de tratamiento psicológico breves y flexibles destinadas a atender a cuántos lo necesiten cuándo y dónde lo precisen: 1) Se estima que entre un 15% y un 20% de la población (de 5 a 7,6 millones de españoles) sufre algún tipo de trastorno psiquiátrico. 2) Según una encuesta realizada en Estados Unidos sobre 1 millón de personas (Lorion, 1974) en tratamiento psicológico, el promedio real de contactos terapéuticos fue de 4,7 sesiones. 3) Según los datos acumulados "metaanalíticamente", no parece existir relación apreciable entre duración del tratamiento y sus resultados (Smith, Glass yMiller, 1980; Parloff, 1981).

Por encima de cualquier triunfalismo o cliché al uso, estos datos ponen de manifiesto la situación real de la asistencia psicológica: Mientras algunos privilegiados (con frecuencia quienes menos lo necesitan) están terapéuticamente sobreatendidos, la gran mayoría de los que sufren trastornos psiquiátricos o están a riesgo de sufrirlos, están desantendidos o lo son inadecuadamente en centros públicos escasos, masificados e infradotados.

Si, por otro lado, el promedio real de contactos terapéuticos es de cinco y no hay evidencia de relación entre duración del tratamiento y sus efectos para la generalidad de los casos, parece evidente que tanto la formación como la praxis terapéutica clásica —especialmente las guiadas por modelos "reconstructivos" y psicoanalíticos— son inadecuadas para la mayoría de las personas. Se hace, pues, preciso desarrollar métodos de intervención breves, focalizados y eficaces para la mayoría de los afectados por problemas psicológicos, reservando otros más prolongados y costosos sólo para aquellos a quienes no puedan aplicarse los métodos abreviados (un tercio del total según la estimación de Garfield, 1989).

No es pues de extrañar que la mayoría de manuales clínicos y terapéuticos (Korchin, 1976; Garfield y Bergin 1978; Bloch, 1979; Corsini, 1981; Weiner, 1983) incluyan capítulos o secciones sobre ICTB. Esto, además de mostrar el auge de esas formas de tratamiento, refleja con claridad el impacto del movimiento comunitario sobre la práctica clínica, y el peligro —a no perder de vista— de que la SMC sea absorbida por la Psicología Clínica, quedando reducida a mero apéndice de ese bien establecido campo de la Psicología en vez de un componente de la —aún balbuciene— Psicología Comunitaria.

Dentro del contexto asistencial y conceptual comunitario la ICTB representaría la "acción asistencial" a la que Captan (1979) atribuye un papel esencial en la prevención primaria como complemento de la "acción social", que incluiría los métodos más globales y socio-políticos de acción comunitaria como la organización y desarrollo comunitario, abogacía social o la actuación política y legislativa.

Intervención de crisis y terapias breves podrían definirse como *formas de intervención terapéutica de corta duración y objetivos limitados centrados en la resolución preventiva de una desorganización psicológica, asumidamente causada por la acción de estresores externos importantes y lo psicológicamente significativos al actuar sobre un sujeto que se encuentra en estado de vulnerabilidad psicológica.* La ICTB se define también con frecuencia por su duración, que —aunque no hay un acuerdo unánime— suele cifrarse entre una y seis sesiones para la intervención de crisis y entre seis y doce (con un máximo admitido por algunos de veinte) para las terapias breves.

Más que un campo teórico y clínico unitario, la ICTB es habitualmente considerada una orientación general que incluye y combina un conjunto relativamente heterogéneo de estrategias que fluctúan entre los dos polos que definen el campo: Intervención de crisis, del que se toman los modelos conceptuales y de trabajo, y la abreviación terapéutica que adoptando esos modelos,

aporta técnicas diversas usándolas desde una perspectiva de abreviación y servicio comunitario. Se trataría, pues, de dos movimientos convergentes en sus métodos y fines, pero con frecuencia diferenciados en la literatura (Jacobson, Stickier y Morley, 1968; Bancroft; 1979; Biiicher, Sielmachers y Maudal, 1983) como niveles o momentos interventivos diferenciados (y a veces combinados secuencialmente): intervención de crisís por un lado y terapia o asesoramiento subsiguiente (terapia breve o focal) por otro.

También los orígenes de la ICTB son diversos, abarcando desde el trabajo pionero de Lindemann (1944) y sus colaboradores sobre las reacciones de duelo subsiguientes al incendio de una sala de fiestas, hasta los movimientos disidentes y las "clínicas libres" (free clínica) de los sesenta, pasando por los campos de prevención del suicidio, urgencias médico psiquiátricas, tratamiento de la neurosis de guerra, abreviación de las terapias verbales tradicionales o desarrollo de las modernas terapias focalizadas (como las conductuales).

Resumiendo, desde un punto de vista aplicado, la intervención de crisis (o intervención en crisis) como método de trabajo comunitario (en el campo de la salud mental u otros como familias, menores, víctimas de delitos y actos violentos):

a) Intenta optimizar recursos terapéuticos escasos para hacer frente a una demanda asistencial muy superior.

b) Es un método de prevención secundaria —primaria en algunos casos— al intervenir generalmente con personas que se encuentran en las primeras fases de procesos de formación de patología, aun no consolidada. Dentro de la estrategia preventiva (capítulo 9) la IC representa el escalón de trabajo más clínico e individualizado aunque también, con frecuencia", el más cercano a la comunidad.

c) No debe ser concebido y usado como método único de trabajo sino corno un escalón o parte de un conjunto de métodos coordinados desde una estrategia comunitaria de prevención e intervención. Por ejemplo, en un sistema o red formada por paraprofesionaies y cuidadores comunitarios (primer escalón), coordinada con consultores y educadores profesionales para los casos difíciles (segundo escalón) y un sistema dé intervención de crisis flexible y cercano a la comunidad (tercer escalón), para los más graves y específicos. Un sistema tal (que utiliza junto a la IC, los métodos de consulta, educación y paraprofesionales) puede cubrir eficazmente las necesidades de atención primaria y prevención de un colectivo o zona geográfica con un coste relativamente reducido,

d) Como se deduce de lo anterior, la IC solo tendrá sentido —y eficacia asistencial y preventiva—dentro de un sistema establecido de recursos comunitarios que, por tanto, funcionen "en primera línea", cerca de la comunidad. De lo contrario, su capacidad para detectar y resolver gravemente las situaciones críticas generadas en una comunidad será bastante limitada, pasando a ser una pieza más de un dispositivo asistencial clínico que absorberá —como otros servicios "de choque" o primera línea— las deficiencias de otros servicios más burocratizados y lejanos (geográfica y culturalmente) respecto de la comunidad.

En las páginas que siguen se examina en primer lugar el modelo teórico de crisis (así como el proceso, componentes y problemática básica implicada) centrándonos después — parte II— en la praxis interventiva de crisis y abreviación terapéutica que fundamentan el trabajo de ICTB y concluyendo con una breve valoración crítica de ese modelo desde el punto de vista comunitario.

10.2 El modelo de crisis

Según Caplan (1961) una crisis se produce cuando una persona se enfrenta a obstáculos —insuperables por sus métodos habituales de resolución de problemas— para la consecución de objetivos vitales. Sigue un período de desorganización v perturbación subjetiva con intentos fallidos de resolución, tras los que la persona puede buscar ayuda exterior.

Para el autor (ver modelo de la provisión de suministros capítulo 5) una crisis se produce cuando una persona (o grupo) se enfrenta a una situación de pérdida súbita de suministros; físicos, psicosociales o socioculturales (como en un incendio, ruptura matrimonial o despido del trabajo), amenaza inminentemente de pérdida (temor a un despido) o a las exigencias o responsabilidades derivadas de un aumento de esos suministros (como al contraer matrimonio o ser despedido del trabajo).

Lo esencial de una crisis (o de un estado de estrés, del que la crisis sería el estadio terminal) es el desequilibrio entre las demandas planteadas al sujeto (tanto en el estresor externo o interno como en el significado atribuido por aquél a ese estresor) y sus propios recursos o capacidades para afrontar los apropiadamente. En otras palabras, la crisis se da, cuando la persona se enfrenta a una circunstancia o situación excepcional o anormal par la que no encuentra respuesta adecuada dentro del repertorio adaptativo de respuestas que ha aprendido.

La excepcionalidad o dificultad puede derivarse de ciertos parámetros sea (a) de la propia situación (magnitud del estresor, novedad en sí o en la forma de presentarse al sujeto, potenciación dinámica de varios estresores concurrentes o escalonados, duración, etc.), sean (b) internos del sujeto. Repertorio limitado de respuestas adaptativas, difusa identidad personal o social, sistema ambiguo o frágil de elaboración cognitiva o búsqueda de soluciones, sistemas defensivos fragmentados o poco integrados, escasa modulación emocional, áreas de vulnerabilidad resultantes de conflictos no resueltos o necesidades no cubiertas, etc.). Con frecuencia, serán resultantes de la interacción de factores externos e internos, como asumen los modelos adaptativos. Simplificando, podemos afirmar que una crisis es una respuesta normal a una situación anormal.

10.2.1 Proceso y componentes básicos de las crisis

Aunque el proceso de una crisis es idiosincrático para cada tipo de estresor y persona, se puede generalizar una secuencia habitual compuesta de las siguientes fases:

1. Elevación de la tensión emocional y búsqueda inicial de soluciones entre los recursos habituales disponibles.
2. Si esas respuestas fallan, se buscan nuevas soluciones y recursos de emergencia que son sometidos a "prueba y error" (triol and error) ya que no se tiene experiencia previa sobre su funcionamiento y efectos.
3. Si esas respuestas no tienen éxito para reducir la tensión y resolver el problema, se producirá un estado de gradual agotamiento de las reservas intelectuales y emocionales acompañado de un aumento de tensión como reacción (secundaria) al propio fracaso del sujeto, que puede llevarle al autoaislamiento, encerrándose en sí mismo y generando patologías autodeformantes, o a pedir ayuda externa. En este último caso y desde el punto de vista de la IC, es muy importante que los recursos personales y asistenciales necesarios estén disponibles en el lugar y momento adecuados (cuando el sujeto en estado de necesidad pide ayuda) ya que, si no, no tendrán efecto alguno sobre la desorganización presente, que seguirá su curso de formación de síntomas más o menos irreversibles.

Elementos o componentes característicos de las situaciones de crisis y estrés agudos —que debemos tener en cuenta a la hora de intervenir— son los siguientes:

a) Emociones o sentimientos negativos como temor, ansiedad, ira, frustración o culpabilidad generados como señal y reacción de alarma ante el estresor. El patrón específico de esas emociones depende tanto del estresor como del sujeto afectado, su reactividad y sistemas de conciencia y experiencia de la emoción entre otros factores. Internamente son experimentados como tensión o sufrimiento y causan una mayor o menor restricción del campo de conciencia, al deber focalizar parte de la conciencia en ellos; pueden ser más o menos manifiestos externamente en función de los sistemas de expresión y control emocional del sujeto. Esta activación emocional constituye la parte energética y dinamizadora de la reacción a las crisis, siendo un signo positivo de reactividad adaptativa y no debiendo ser interpretada negativamente (siguiendo el modelo médico) como síntomas de trastornos intrapsíquicos.

Ese aspecto dinamizador es el que usaremos en la intervención (junto a la experiencia desagradable del contenido de esas emociones, que el sujeto desea evitar) como elemento motivador del cambio y la búsqueda de nuevas soluciones.

b) Sensación de impotencia e ineficacia como percepciones subjetivas acompañantes de la incapacidad de resolver el problema planteado (valoración primaria) y controlar las emociones desatadas en el propio sujeto (valoración secundaria). Este tipo de sensaciones o emociones resultan —junto a la ansiedad— altamente desagradables y psicológicamente amenazantes para la persona por la sensación subjetiva de desintegración de la identidad con que son vividas, induciendo además, a más largo plazo, peligrosas tendencias a la autodevaluación y depresión por conducir —como fruto de las atribuciones causales negativas sobre sí mismo— al aislamiento y la inacción.

c) Búsqueda intensiva de soluciones: El sujeto está "fijado" en el problema y, como consecuencia de esta focalización de la conciencia, comienza a tener fallos de memoria, concentración y atención respecto al mundo externo y asuntos vitales. Estos fallos son, con frecuencia, los primeros indicios externos de que aquella persona ya "no es la misma" y de que alga va mal.

Este aspecto cognitivo o intelectivo lo usaremos en la intervención —junto al afectivo— suplementando exteriormente la intensa búsqueda de soluciones del sujeto con nuevas alternativas o posibilidades, ya que, habitualmente, la fijación y constricción de conciencia del sujeto le impide considerar varias alternativas o soluciones posibles al problema, construyéndolo así como insoluble o sin salida (lo que, a su vez, aumenta los sentimientos de desesperación). Esta aportación de alternativas es, por tanto, un componente clave de la IC.

Pero también dirige el sujeto su actividad cognitiva y valorativa hacia sí mismo, haciéndose preguntas esenciales para su autovaloración como "¿por qué me ha sucedido a mí y no a otro?" o "qué he hecho yo para merecer esto?" que, al contener el embrión de una futura elaboración significativamente muy deletérea para él, deben ser consideradas y resueltas para evitar la vulnerabilización del sujeto a más largo plazo.

d) Desorganización conductual en aspectos básicos del funcionamiento, rutinas habituales y vida de relación y trabajo que delatan externamente la absorción crítica del sujeto. Esto proporciona —junto a los fallos de atención muestras exteriores de la tensión interna— señales visibles para aquellos más cercanos al sujeto (que conocen, por tanto, sus rutinas y costumbres) de los cambios en curso y de la necesidad de intervenir para ayudarle.

e) El contexto social inmediato —o general— en que se dan las crisis es también importante. A los efectos primarios y secundarios —causados por el estresor y la autoevaluación del sujeto— hay que añadir los terciarios, derivados del comportamiento de las personas con que entra en contacto la víctima de la crisis: Si es ayudada y aquellos actúan correctamente, su efecto será

saludable y positivo; si la acción de esas personas es equivocada o crispada, ese efecto será nefasto, añadiéndose al de la propia crisis. La literatura sobre apoyo social muestra hasta qué punto este efecto terciario es relevante como amortiguador del efecto del estrés.

Imaginemos, como ejemplo, una adolescente con un embarazo no deseado o una persona que acaba de ser víctima de un accidente o atraco. Si la familia acoge comprensivamente la situación de la primera y le ayuda a buscar soluciones, actuará positivamente, corno un recurso externo añadido a los de la joven. Si, por el contrario, la reprende y amenaza con expulsarla del hogar, constituirá un estresor añadido que disminuirá los recursos adaptativos de la propia joven (la existencia de redes formales o informales de ayuda —aparte de la familia— será aquí básica para resolver el problema).

En el caso de la victima, la atención que reciba en el lugar, de los viandantes o de la policía será también determinante. En lo positivo, si la ayudar; a calmarse canalizando la asistencia o trámites posteriores. Las recriminaciones, el abrumar con recogidas de datos o consejos, o las gestiones policiales o judiciales inmediatas pueden muy bien resultar —sin la debida asistencia psicológica previa— altamente negativa y traumatizadoras contribuyendo a agravar el impacto crítico de la víctima (Piénsese, por ejemplo, en la víctima de un atraco esperando a poner una denuncia en Comisaría junto a malhechores o atracadores varios— quizá incluso, aquellos que la han atracado. La modificación y humanización (o posposición) procedimientos en estos casos, con inclusión de atención psicológica de crisis o el entrenamiento en crisis de los policías (o algunos de ellos) sería altamente recomendable —y perfectamente factible— en estos casos.

Las potencialidades preventivas y potenciadores de la intervención de crisis nacen, pues de la posibilidad de aprovechar el estado de agitación y movilización emocional y cognitiva del sujeto para reconducir a éste a una reorganización psicológica en que, además de 'inmunizarlo" específicamente frente a problemas del mismo tipo salga genéricamente fortalecido para enfrentarse a estresores o problemas de cualquier tipo. Si, en cambio, la desorganización crítica no se resuelve adecuadamente, pueden producirse deficiencias funcionales permanentes y manifestaciones sintomáticas.

Las crisis tenderían a retornar si no son bien resueltas al quedar el sujeto prospectivamente vulnerabilizado, ya sea en el área del estresor concreto (vulnerabilidad específica); getnéricamente, quedando en este caso disminuida su capacidad global de reacción y confrontación de problemas (coping).

El impacto de una crisis sobre el sujeto afectado dependerá por tanto de 3 factores: 1) El estresor y su significado psicológico subjetivo; 2) el estado de vulnerabilidad (genérica o específica) y recursos reactivos del sujeto y 3) el tipo de ayuda o recursos externos que el sujeto pueda recibir o usar con posterioridad a la actuación del estresor.

De todo lo dicho se deduce la importancia del factor tiempo en la intervención de crisis: Para ser efectiva, la intervención debe producirse durante el período de desorganización subsiguiente a la acción del estresor, o lo más cerca posible de él, antes de que la regresión funcional y subjetiva se hagan definitivas e irreversibles.

10.3 Tipos de crisis y problemas implicados

Las crisis se han clasificado desde distintas perspectivas. Baldwin (1968) distinguió los seis tipos siguientes de crisis: 1) De disposición terapéutica (evaluación y derivación al centro o servicio apropiado); 2) transiciones vitales anticipadas (divorcio, jubilación, etc.); 3) resultantes de estreses traumáticos; 4) que reflejan psicopatología; 5) crisis evolutivas y 6) emergencias

psiquiátricas. Otros han reducido las crisis a dos tipos: Accidentales o traumáticas (imprevisibles) y evolutivas o madurativas (previsibles y por tanto prevenibles).

Examinemos ahora algunos de los tipos básicos de problemas que acompañan a las diversas crisis, catástrofes y accidentes o actos de violencia y victimización causados por el hombre. Damos por sentado que la lista de problemas presentados no es, ni mucho menos, exhaustiva —aunque sí recoge los más frecuentes— ni que, aunque se presentan separadamente, sean totalmente independientes o excluyentes, pudiéndose dar, bien al contrario, en diversos grados de conjunción —o interacción— dinámica en que los distintos problemas (conflictos y pérdidas humanas, por ejemplo) funcionan como componentes más o menos pronunciados de una misma crisis. De hecho, la comprensión de esa dinámica interactiva y de las reacciones adaptativas subsiguientes de las personas es, probablemente, el tema central (y menos conocido) de la teoría e intervención de crisis, al ser un aspecto casi totalmente descuidado por los modelos intrapsíquicos y psiquiátricos (escasamente adaptativos) al uso. Exploramos también algunas soluciones indicadas en cada caso.

1. Las pérdidas están presentes en la mayoría de crisis tanto en la modalidad material (incendios, pérdida de propiedades) como psicológicas o sociales. Rupturas y separaciones personales; muertes; pérdida de función corporal por enfermedad o accidente, de autoestima, de libertad personal, de trabajo de consideración y estatus social; etc.

Las soluciones a estas situaciones pasan por elaborar la pérdida y su significado personal (incluyendo el duelo previo, que es normal) y, o bien substituir el objeto o actividad perdido (en su equivalencia material o afectiva para el afectado; es claro que los objetos per se son —las personas sobre todo— insustituibles). Si la substitución es más problemática, lo indicado es ayudar a reconstruir la identidad y estima personal sin el objeto, actividad o función perdidos.

2. Problemas Interpersonales (no problemas consigo mismo, como en el punto previo, sino con otros): Disputas, peleas y crisis de pareja, de padres e hijos o entre estos, violencia o victimización familiar, abusos sexuales o psicológicos a menores, etc.

Las soluciones irían en estas situaciones en la dirección de: Facilitar la comunicación entre las partes (desarrollar autoexpresión o destrezas comunicativas, mejorar el clima relacional,...); intermediar en una "negociación" sobre el origen de los problemas; ayudar a aclarar metas o roles de los implicados o la unidad social; o, mejorar, las condiciones sociales que inciden en la problemática (paro, alcoholismo, bajo nivel cultural y educativo, etc.).

3. Problemas de cambio y transiciones vitales, como cambio de rol o identidad (un enfermo o accidentado, por ejemplo), cambio de estatus social o transición vital (entrada en la escuela, pubertad, matrimonio, divorcio cambio de trabajo o retiro, etc.). En todos estos casos suele haber un aspecto positivo (las potencialidades que ofrece el nuevo estado, identidad o función) pero también una amenaza tanto genérica —ligada a la incertidumbre y responsabilidad que todo cambio origina— como específica, dependiendo de la nueva situación.

Lo indicado en estos casos es evaluar anticipatoriamente la congruencia entre las demandas de la nueva situación y las capacidades y vulnerabilidades de la persona de cara a valorar la conveniencia o no del cambio (esto naturalmente, si se puede elegir) teniendo también en cuenta el momento del ciclo vital en que se encuentra esa persona y los apoyos con que va a contar. En general, la reacción de un sujeto ante una nueva situación o estatus —y los efectos de éste sobre él— pueden predecirse a partir de los cambios experimentados en el pasado, y esto con tanta mayor precisión cuanto más similares hayan sido esos cambios al cambio actual (y no exista, por supuesto, un efecto previo de escalamiento de los estresores o una vulnerabilización del sujeto a ellos, cosas que habrá también que valorar).

Si no se puede elegir, la intervención anticipatoria pasaría por ayudar a entender la nueva

situación y sus demandas y generar (y poner a prueba) formas de enfrentarse a ellos, monitorizando la reacción del sujeto, sin olvidar tampoco los aspectos positivos que se anticipan. A posterior procedería ayudar a la persona a adaptarse a la nueva identidad o situación de una forma lo más gradual posible.

Esta gradualidad en procedimientos y procesos sería evidentemente algo aconsejable también a nivel estructural o administrativo como parte relevante de la intervención de crisis. Queremos decir, que sería muy beneficioso para la salud mental de las personas introducir —siempre que sea factible— vías graduales alternativas para los grupos vulnerables en los procesos y estructuras sociales en transiciones y situaciones de riesgo —como la entrada en el Ejército, jubilación, comienzo en la escuela— que minimicen el impacto crítico de esas situaciones o procesos y abran la posibilidad de ayuda externa para los más vulnerables.

4. Conflictos; sea entre alternativas o cursos de acción igualmente atrayentes, igualmente repulsivas, excluyentes, etc. Ejemplos tomar una decisión, tener un hijo, cambiar de trabajo o residencia...

La estrategia apropiada es aquí la ayuda en la toma de decisiones o resolución de problemas en base a los conocidos principios y secuencia (definición del problema, generación de alternativas, valoración de estas, elección, actuación y valoración de resultados). En casos extremos la persona puede imaginarse como será su vida en cada una de las opciones y— ver como se siente al respecto. Es importante en estos casos que —de cara a las responsabilidades posteriores— sea la propia persona quién tome la decisión; el profesional debe limitarse a ayudarla. Hay que resaltar también la importancia que tienen las elecciones y decisiones sobre aspectos básicos —o duraderos— de la vida, como el matrimonio, tener o no un hijo, la carrera a estudiar, etc. Desde el punto de vista preventivo —y potenciador—, la asesoría anticipatoria —que puede ser perfectamente breve y puntual según el caso— puede ser muy valiosa, a la vez que eficiente, en términos de su costo personal y profesional.

II. Práctica y aplicación

10.4 Intervención: objetivos y evaluación

Una vez examinadas las bases teóricas pasamos a describir, a partir de ellas, la parte práctica o interventiva de la ICTB que estructuramos en tres secciones: 1) Delimitación de objetivos y evaluación; 2) principios básicos de intervención; 3) práctica, proceso y casuística desglosada, a su vez, en tres apartados: Intervención inmediata o de crisis, asesoramiento y terapia breve subsiguiente y seguimiento.

No hay un consenso universal sobre los objetivos de la ICTB. Casi todos los autores coinciden, sin embargo, en que esos objetivos son más limitados y focalizados que los de las psicoterapias tradicionales, para poder atender a un mayor volumen de población en el momento apropiado, evitando al mismo tiempo que los asistidos se instalen en el papel dependiente de "enfermos" o "inválidos psíquicos".

Por nuestra parte distinguiríamos objetivos mínimos y máximos. Los primeros corresponden, grosso modo, a la IC; los segundos a la terapia breve subsiguiente.

Objetivos mínimos (intervención de crisis). Persiguen retornar a la persona a la situación precrítica, restaurando su nivel de funcionamiento —interno y externo— previo. La asunción subyacente es que los problemas son causados por el estresor y la situación excepcional que el sujeto ha debido afrontar —y no por una propensión patológica interna— pudiendo por tanto retornar a su estado habitual de funcionamiento una vez la crisis (los efectos de la situación

estresante) haya sido superada. Estos objetivos mínimos se conseguirán:
1. Eliminando los síntomas presentes.
2. Devolviendo a la persona (o personas) el sentido de control subjetivo (sobre sí mismo y las emociones generadas) y sobre la situación creada.
3. Devolviendo la capacidad de funcionamiento habitual (rutinas diarias básicas, relaciones y vida social, trabajo y obligaciones, etc.) de la persona en su entorno social.

Los objetivos máximos u óptimos (terapia breve) se superponen a los mínimos persiguiendo: El fortalecimiento adaptativo del sujeto, la minimización de las consecuencias de la crisis (prevención terciaria) y la evitación de futuras repeticiones (prevención primaria) a través del:
4. Descubrimiento de los mecanismos internos y externos que han producido la crisis para que el sujeto, comprendiendo lo que ha sucedido, pueda hacer las atribuciones y tener las explicaciones pertinentes para evitar en el futuro las causas y factores asociados con la situación crítica.
5. Examen (y ensayo, si es factible) de posibles soluciones a la situación estresora para que, en caso de que vuelva a presentarse, la persona tenga alternativas sabiendo qué hacer —y qué no hacer— para evitar la producción de la crisis (además, así el sujeto sabe de antemano que tiene soluciones y no se verá desamparado la próxima vez). Esto incluye, como punto muy importante, saber dónde y cómo pedir ayuda apropiadamente la próxima ocasión.

Evaluación. También la evaluación en ICTB difiere de la tradicional al menos en tres aspectos: Brevedad, seguimiento y focalización. Brevedad: Dada la premura de tiempo y la necesidad de intervenir prontamente, la valoración del problema y la formulación de una hipótesis de trabajo ha de hacerse con frecuencia en los 10 ó 20 minutos iniciales. Por supuesto, siempre caben modificaciones de esas hipótesis iniciales a la luz de datos posteriores. El seguimiento externo de los sujetos y la necesidad de la evaluación global de programas interventivos —no sólo lo que hace un centro determinado— se justifican por el hecho de que gran parte de los que reciben ayuda en crisis son derivados a otras instituciones o centros ("crisis disposicionales" en la terminología de Baldwin).

La evaluación se focaliza en torno al estresor, forma de actuación y efectos. Más concretamente, se centrará en los puntos siguientes:
1. Naturaleza de la crisis y del precipitante o estresor, así como su forma de actuación. Con frecuencia es preciso averiguar qué sucedió en las últimas 48 ó 72 horas.
2. Visión subjetiva de la persona de lo sucedido y valoración de su situación actual.
3. Conducta adaptativa y reactiva. ¿Cómo reaccionó el sujeto ante la situación estresora y cómo mantuvo —o no— su respuesta inicial?
4. Estado actual de malestar subjetivo y de desorganización funcional (o sea, cuál es la parte no funcional del sujeto con especial atención a las consecuencias individuales graves que puedan darse (autodestrucción, agresión externa o descompensaciones psicóticas, intoxicaciones masivas, etc.) y al estado de peligro o letalidad física y psicológica en que se encuentra el sujeto.
5. Recursos internos (parte funcional del sujeto) y externos (familia, redes de apoyo, trabajo, etc.) utilizables.

Resumiendo, nos interesa saber:
• Qué ha sucedido.
• Qué se ha hecho hasta ahora (y con qué resultados).
• Cómo se encuentra(n) la(s) persona(s) afectada(s).
• Qué capacidad de funcionamiento tiene(n) y
• Con qué medios y recursos podemos contar.

Si el sujeto está en una situación de confusión, agitación o intoxicación extremas y no se

dispone de información externa, puede ser aconsejable aplazar la evaluación hasta que los efectos situacionales hayan desaparecido para dar paso a la intervención inmediata.

10.5 Principios de actuación

Las características técnicas e ingredientes terapéuticos básicos de la ICTB son —además de la limitación de objetivos ya descrita— los siguientes: 1) Focalización temática (en torno al estresor y sus efectos); 2) inmediatez de la acción en tiempo y espacio; 3) actividad y directividad del terapeuta; 4) uso del estado de desorganización y apertura al cambio del sujeto como "motores" terapéuticos; 5) flexibilidad técnica y 6) distinto tipo de la organización de los servicios y características diferentes de los sujetos atendidos respecto de los de las terapias tradicionales.

1. Focalización temática. La focalización en el problema actual del sujeto ignorando problemas o temas periféricos o no relacionados, es generalmente considerado el ingrediente básico de la ICTB. El mantenimiento de esa focalización sería la regla sine qua non (Small, 1978) para el éxito terapéutico de estas formas breves de tratamiento.

El estresor —externo o interno—, su forma de actuación y efectos suelen ser los "focos" terapéuticos básicos. En estos modelos se asume que el estresor siempre existe, sea como tal —problema o demanda que desborda los recursos adaptativos del sujeto—, sea como acumulación de varios estreses limitados, la "última gota" que quiebra el equilibrio adaptativo de la persona.

2. Inmediatez de la acción en tiempo y espacio. Ya se ha comentado la importancia capital de intervenir lo más cerca posible de la situación crítica. Espacialmente eso se concreta en: a) Cercanía de los servicios a la comunidad (en la calle o en "primera línea") y lugares donde se producen habitualmente las crisis o sus consecuencias (juzgados, comisarías, hospitales, etc.); b) movilidad de actuación suficiente y c) disponibilidad temporal permanente de forma que se puedan atender crisis los fines de semana o por las noches (probablemente los períodos de mayor incidencia de muchas clases de crisis, accidentes y actos violentos).

El factor tiempo es aun más importante (está muy ligado al factor espacio-movilidad de todas formas: Si los servicios no están cercanos, difícilmente se puede actuar a tiempo). Sobre todo interviniendo lo antes posible tras el suceso o actuación del estresor, pues es experiencia prácticamente universal en el campo de las crisis, que cuanto más tiempo pasa sin asistencia —o con ayuda inapropiada o perjudicial— más serios o irreversibles tienden a ser los efectos de las crisis. También la duración de la IC o TB es, a diferencia de las terapias clásicas, bastante limitada: La intervención de crisis suele ser puntual y abarcar unas pocas sesiones (a veces sólo una) con un máximo admitido de 4 ó 6 semanas, por ser este el período que se asume puede tolerar una persona en estado crítico: Para la terapia breve se consideran un máximo variable en torno a las 12 semanas, aunque algunos admiten más.

Todo esto implica, como ya se ha recalcado antes, la necesidad de usar un enfoque flexible y comunitario como marco global de actuación en la intervención de crisis ya que los enfoques clínico-terapéuticos difícilmente se adecúan a estas condiciones organizativas.

3. Actividad y directividad superiores a las de las terapias tradicionales son precisas en ICTB, no sólo por la limitación del tiempo disponible, sino también porque el estado de desorganización e incapacitación funcional del sujeto puede ser tal, que se hace preciso actuar enérgicamente o incluso hacerse temporalmente cargo de él. Esta es una forma de trabajar ciertamente alejada del exquisito distanciamiento o la empatía constante que se predican como aconsejables en las terapias habituales.

Se sobreentiende que, en este último caso, la responsabilidad es devuelta al sujeto o su

entorno social natural (familia, amigos, etcétera), en cuanto sea factible para evitar la dependencia excesiva o la promoción de un estado más o menos permanente de "invalidez psicológica", en que el sujeto asume el rol del enfermo (Bancroft, 1979), o de estados de evitación inapropiados. Lo contrario iría contra la asunción implícita de que el fin último de toda terapia es promocionar la autonomía y capacidad funcional de las personas afectadas y no su dependencia del profesional psicológico.

4. "Motor terapéutico": Estados desorganizados frente a relación terapéutica. Sin negar la importancia de la relación en la ICTB, su papel potenciador o dinamizador queda en gran parte sustituido por el aportado por el estado de maleabilidad y movilización acompañante de la crisis al no existir un contacto personal prolongado y venir éste en buena parte determinado por esos estados alterados de funcionamiento de la persona. Y por su apertura al cambio para salir del sufrimiento que la aqueja. La eliminación de la confusión cognitiva, facilitación de la búsqueda de soluciones y el uso terapéutico de los afectos desencadenados (bien facilitando su expresión catártica, bien al servicio de otros fines) son, desde este punto de vista, estrategias importantes y prioritarias en estos modelos de trabajo.

5. Flexibilidad técnica. La uniformidad técnica – el uso de la misma técnica o familia de técnicas para cualquier caso y situación— es generalmente justificada corno respuesta al tratamiento de un síndrome psiquiátrico dado (la depresión, por ejemplo) o por la adherencia a un modelo teórico-doctrinal (conductismo, psicoanálisis, etc.). Puesto que ninguna de las dos situaciones se da en los casos tratados en ICTB, la regla lógica es el eclecticismo utilitario y la flexibilidad técnica, usando la forma de trabajo más apropiada al problema de que se trate (suicidio, ruptura de relación, reacción de duelo etc.) y huyendo de rigideces doctrinales y uniformidades técnicas que en general, sirven más al terapeuta que al sujeto tratado.

Jacobson y cols (1968) creen que la mayor parte de los casos pueden ser tratados con el —enfoque genérico— (centrado en la crisis), usándose el enfoque individual (centrado en el individuo concreto) sólo para un número limitado de casos. El trabajo de crisis requiere pues que el terapeuta conozca bien los distintos tipos de crisis con que va a trabajar. Por ejemplo Lindemann, 1944; Farberow y Schneidmann, 1961; Kübler Ross, 1969; Calhoun Selby y King, 1976; Weiss, 1975; Baum y otros, 1987; Jones y otros, 1987 Gis y Lubm. 1989. También es conveniente que tenga experiencia en el uso de técnicas terapéuticas básicas como: Apoyo e inyección de confianza y esperanza; comunicación empática de respeto y comprensión; explicación, interpretación o "reestructuración cognitiva"; confrontación; establecimiento de reglas y límites; refuerzo de la comunicación y conductas adaptativas-comprobación de la realidad y feedback social; aumento del sentido de la potencia y autoestima; etc.

6. Organización y clientes atendidos: También encontramos diferencias y caracteres propios en la organización, condiciones de prestación de servicios y ubicación de los mismos y en el tipo de clientes atendidos en relación a la asistencia psicológica tradicional. Fundamentalmente:

Acercamiento a la comunidad. Ya justificada de cara a: a) Acercar los servicios a las poblaciones que los necesitan y —en la medida de lo posible— integrarlos y coordinarlos con el resto de servicios comunitarios (salud educación reglada y no reglada, servicios sociales, etc.), de forma que sean vistos (y apoyados) como parte del propio barrio o comunidad; b) mejorar la accesibilidad y disponibilidad de esos servicios para que la ayuda esté disponible donde y cuando los problemas y crisis se producen y pueden ser reconocidos (y tratados) en sus inicios por los propios afectados, sus comunidades naturales (otros significativos") y mediadores comunitarios apropiados (médicos de cabecera, educadores, enfermeras, asistentes sociales, líderes locales, etc.

Las *poblaciones* atendidas en ICTB no se reducen a las crisis en sentido estricto, sino que incluyen usualmente toda la gama de grupos socialmente alienados o marginados de la

psicoterapia al uso (que es —no lo olvidemos— un valor y un "lujo" propio de las clases medio-altas) como adolescentes, suicidios, grupos y familias de nivel económico y clase social baja, drogadictos, etc. En este sentido los centros y servicios de crisis cumplen, además de la estrictamente terapéutica, una función claramente social.

Organización y tipos de servicios. Los servicios de crisis pueden estar ubicados en (o adscritos a) centros como hospitales (generales, psiquiátricos, de día, etc.), centros de salud mental o de servicios comunitarios, o funcionar independientemente. Deberían incluir servicios permanentes (y gratuitos) de acogida, evaluación, orientación y derivación; de tratamiento psicológico; asistencia domiciliaria (psicológica, médica y servicios sociales); teléfono de urgencias y —a ser posible— servicios de educación y consulta para la comunidad o sector al que sirven. Las guías de recursos asistenciales (albergues, hospitales, servicios sociales, escuelas, centros psiquiátricos, etc.) locales son absolutamente esenciales para el trabajo de crisis.

El *personal* que trabaja en este tipo de centros puede estar formado por profesionales y no profesionales debidamente reclutados y entrenados. Estos paraprofesionales pueden ser elegidos y formados a partir de estudiantes, amas de casa u otros grupos con cualidades personales potencialmente terapéuticos (empatía, genuinidad, capacidad de escucha y respuesta a problemas humanos, etc.) por el propio estaf de los centros por departamentos universitarios especializados de Psicología, Psiquiatría o Trabajo Social.

Es también posible —y útil— adiestrar personas o equipos que, en razón de su trabajo, entran en contacto con situaciones críticas, de violencia o malos tratos, catástrofes naturales o causadas, etc. Los equipos —o personas— de atención primaria (incluyendo médicos de urgencia y familiares, enfermeras y otros profesionales sanitarios) trabajadores sociales y familiares, educadores de calle o policías (particularmente los policías locales o de barrio) serían buenos ejemplos.

De lo que se trata en estos casos es de ampliar el rol de estas personas o equipos para que —modificando parte de su comportamiento o añadiendo nuevas destrezas y capacidades compatibles con su cometido profesional— puedan reconocer y manejar positivamente las crisis, transfiriéndolas luego al servicio o persona apropiados, y no negativa o inapropiadamente, cosa que puede suceder por ignorancia o falta de preparación. Hay que subrayar que estas personas van a tener, de cualquier forma, contacto con las personas en situación de crisis y que ese contacto, fundamental para la evolución posterior de la crisis. Convendría pues que ese contacto —sin interferir con el trabajo profesional correspondiente— fuera lo más positivo posible desde el punto de vista psicosocial mejorando, en lugar de empeorar la situación y estado de las personas involucradas.

La preparación de esos colectivos profesionales podría hacerse (sea como parte de su formación general o sólo con voluntarios o personas debidamente seleccionadas) desde una perspectiva eminentemente aplicada e ilustrativa: Ideas básicas sobre crisis, manejo de la situación y la entrevista y casuística; se plantearían —y resolverían— los casos o situaciones más frecuentes y/o dificultosos, generando alternativas y devolviendo el feedback correctivo apropiado tanto al comienzo de la formación como después —sobre la marcha del trabajo real y cada cierto tiempo— respecto a las incidencias y dificultades surgidas. Los centros y albergues nocturnos, de crisis, de atención a víctimas, de urgencias médicas y psiquiátricos (y otros como las comisarías) deberían tener siempre personal formado y entrenado en crisis.

Dentro de esta parte organizativa —y antes de pasar al contenido de la ICTB— cabe citar como práctica muy recomendable la reunión periódica (diaria —al final o al comienzo del trabajo— o semanal) de los distintos miembros del equipo (o equipos) de IC —que con frecuencia apenas se ven durante la jornada de trabajo— para comentar los casos atendidos, como

han sido abordados y que incidencias destacables se han dado, intercambiando información y sugerencias sobre su manejo y resolución. Estas reuniones en pequeños grupos son extremadamente útiles por su triple valor de aprendizaje, relajación de tensiones y apoyo —y desarrollo de cohesión— grupal.

También es aconsejable —en esta misma línea organizativa— contar con un asesor o director técnico (habitualmente parte del estaf del centro) disponible en todo momento (esto es, que pueda abandonar momentáneamente su trabajo cuando es requerido) para ayudar a aquellos trabajadores de IC que se enfrentan a situaciones particularmente graves y difíciles —o para las que ellos no ven solución— o necesitan apoyo externo.

10.6 Práctica de la ICTB: intervención de crisis

Genéricamente podemos concebir la intervención de crisis como un proceso secuencial de toma de decisiones (o resolución de problemas) en función de la información de que disponemos (o vamos obteniendo) sobre la situación y personas implicadas y de las prioridades de actuación que de ello derivemos (qué atendemos primero, qué dejamos para después; qué se atiende y qué se deriva; etc.).

A partir de los principios de acción descritos en la sección anterior, proponemos organizar la intervención en tres fases: 1) Intervención inmediata o de crisis; 2) asesoramiento o terapia breve subsiguiente (si fuera precisa) y 3) seguimiento de los efectos de la intervención, sobre todo si se han hecho derivaciones a otros centros o servicios. A continuación revisamos los contenidos y tareas básicas de cada fase comenzando en esta sección por la IC. Asumimos que el trabajo se hace desde un equipo (uní o multidisciplinar), aunque con frecuencia sea materialmente realizado por una sola persona que entenderíamos, de todas formas, arropada o complementada por otros profesionales o compañeros.

Podemos dividirla, a efectos de exposición, en externa —referida a la situación global— e interna o psicológica, centrada en la persona (o personas) afectadas, bien entendiendo que ambas se dan, en general, conjunta y simultáneamente.

Presupuesto básico inicial es que, en la intervención de crisis no se precisa —a diferencia de la psicoterapia u otras modalidades asistenciales formales— una demanda o contrato previos para intervenir ya que la propia situación define la demanda y necesidad de acción y que, por otro lado, los sujetos atendidos no suelen ser capaces de hacer una demanda dado su estado.

10.6.1 Intervención externa o situacional

Se asume como prerequisito que: a) Se ha evaluado adecuadamente la situación global; b) hay recursos (centros, equipos, medios, etc.) disponibles. Las tareas básicas son:

1. Alejar a los afectados del lugar o entorno estresante lo antes posible. Es tanto más fundamental cuanto mayor sea el potencial (real o percibido) de peligro, amenaza o letalidad de la situación. La exposición continuada de las personas a la situación estresante (un accidente, un asalto o acto violento, un conflicto de pareja o familiar, etc.) tiende a multiplicar su efecto traumatizante y, según el caso, producir sensación de impotencia y desesperación, de no tener salida. En este sentido, los trámites o gestiones a realizar in situ (como en un accidente de coche o un atraco) o la imposibilidad de ciertas personas —por imperativos legales, materiales, sociales, etc.— de abandonar en un momento dado un entorno familiar o lugar muy conflictivo o estresante (por ejemplo, una mujer o niños maltratados o un secuestrado) es sumamente pernicioso para la salud mental de los afectados, teniendo, en general, efectos acumulativos y a

largo plazo.

Para el traslado temporal de adultos o menores pueden ser precisos un hogar o entorno substitutivos, sea de personas relacionadas (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, sea de recursos de la red asistencial (refugios, centros de acogida, voluntarios, etc.).

En general, el retorno posterior de los afectados a su entorno habitual (trabajo, casa, vida familiar) es conveniente y deseable tan pronto como sea posible —y prudente— para contrarrestar la potente tendencia (auto conservadora) a la evitación de lugares v estímulos asociados con hechos desagradables o peligrosos que se desarrolla en estos casos y que resulta, a la larga disfuncional y negativa Corresponde al buen juicio del interventor sopesar esos riesgos frente al temor o sensación de peligro de la persona al retornar al lugar de la crisis para decidir el momento y forma de hacerlo.

Es muy aconsejable en estos casos usar un sistema de aproximaciones graduales y sucesivas (imaginadas o reales) al lugar o situación, al estilo de la desensibilización sistemática, para extinguir la ansiedad ligada a ellos por los sucesos críticos. Este proceder es terapéutico o aconsejable incluso aunque la persona no necesite volver al lugar de los hechos ya que, si no, el temor y la evitación tienden a mantenerse y crecer a muy largo plazo.

Respecto al retorno a la situación estresante, podemos distinguir dos tipos de situaciones: a) El entorno es estresante y pernicioso estando asociado directamente con la producción de la crisis (por ejemplo, un clima familiar con abusos y violencia continuos); b) el entorno no es por sí mismo estresante. En el primer caso la persona no debe ser retornada a menos que se produzcan cambios en ese entorno o en la relación de la persona con él (cosa que debe facilitar el interventor mediando —y facilitando la comunicación —entre las partes, como ya se indicó previamente para los problemas de conflicto). En el segundo caso (por ejemplo, alguien que ha sido robado en su casa o en su barrio), o si la persona ha de retomar obligadamente a su vida habitual, conviene siempre que sepa antes de volver qué puede hacer (contactar con un vecino, llamar a un teléfono particular o de un centro de crisis, etc.) si se vuelve a presentar la incidencia o problema.

2. Resolver o recomponer la situación creada y organizar las tareas urgentes e inmediatas: Hospitalización y trámites asociados; alojar y alimentar a las personas adultas; buscar una casa o estancia temporal para los niños; llamar a la familia, otras personas o el trabajo explicando lo sucedido; ocuparse de las responsabilidades judiciales o policiales y de las rutinas de un domicilio que queda deshabitado; etc.

Siempre que haya familiares, amigos o compañeros de trabajo que puedan ocuparse apropiadamente de estas tareas, conviene contactarlos para que el interventor no quede enredado en una madeja de menesteres rutinarios que— puedan hacer otros, actuando en ese caso de organizador y coordinador de esfuerzos. Se asume aquí que esas personas desean ayudar y no son parte del problema o conflicto; en caso contrario (por ejemplo; una esposa tras una ruptura de pareja) se contactarán con otras personas. Si no, podrá recurrirse a los servicios sociales de la zona.

3. Transferencia de responsabilidades: debe hacerse cuando el interventor juzgue que su trabajo ha finalizado considerando tanto la situación presente como su disponibilidad para otros casos. Pueden darse dos posibilidades, Que el afectado (o afectados) pueda funcionar y tornar responsabilidad por sí mismo o que no.

a) Si el afectado está en contacto con la realidad y puede funcionar por sí mismo, la responsabilidad (de las acciones a seguir) le será transferida a él cuanto antes (gradualmente, si se ve más conveniente) para evitar que se instale en la dependencia o la expectativa de que otros se van a ocupar de propios problemas (lo que suele dificultar notablemente la resolución de crisis y problemas).

b) Si el sujeto no es funcional —y tras la intervención psicológica adecuada— la responsabilidad será transferida a la familia o entorno comunitario (natural o profesional) inmediato (siempre que no sean parte de problema, claro). También puede ser preciso que la persona o equipo interventor asuman la responsabilidad por la persona (o personas) temporal y parcialmente, lo cual implica por otro lado un grado de implicación personal y profesional distinto que en la terapia o servicios al uso.

10.6.2 Intervención interna o psicológica

La distinción entre factores externos e internos o psicológicos es relativa Hay elementos mixtos —que comparten las dos— (como, por ejemplo, la; relaciones interpersonales) o se dan normalmente de forma simultánea, acumulativa o complementaria; es por ello que asignamos a las operaciones; realizar una numeración secuencial, como parte de un proceso global. Las acciones internas o psicológicas (normalmente designadas "psicoterapia", reservando el término "intervención" para las acciones externas, no centra das directamente en las personas) podemos concretarlas secuencial y resumidamente en tres: Bajar el nivel de excitación, facilitar la expresión de afecto y actuar,

4. Tranquilizar y bajar el nivel de excitación generados en forma de ansiedad y otras emociones que, además de hacer sufrir intensamente al sujeto, interfieren con su capacidad de pensar y actuar, dificultando considerablemente el progreso de la intervención. Esto lo lograremos:

a) Separando al sujeto de la situación estresante y trasladándolo a un lugar seguro, con poca estimulación sensorial y social, donde pueda considerarse protegido y a salvo (un centro de acogida o intervención de crisis debería contar, obviamente, con espacios que cumplieran estos requisitos; si no se usará una sala o despacho tranquilos y apartados del ruido o la circulación pública).

Le comunicaremos también —verbal y no verbalmente— que:

• el peligro ya pasó
• en este lugar se encuentra a salvo y nada malo va a sucederle
• estamos en control de la situación (puesto que el sujeto obviamente no lo está)
• vamos a ayudarle a encontrar —más adelante— una solución al problema planteado

b) Tranquilizándolo y bajando el nivel de excitación, además de con las medidas previas,

• ayudándolo a relajarse (muscular, imaginal o psicológicamente)
• haciendo que se sienta aceptado y comprendido en relación a lo qué ha pasado, cómo se encuentra y qué necesita.

c) Ayudándolo a *eliminar la sensación y sentimientos inmediatos de descontrol* interno y peligro físico y psicológico (sensación de impotencia, desintegración y amenaza de ser destruido) que son, con toda probabilidad, las más peligrosas y dolorosas para el sujeto en esos momentos.

5. Facilitar la catarsis o expresión de los afectos acumulados (ansiedad, temor, impotencia, frustración, ira, agresividad, culpa, tristeza, etc.) que son una fuente de sufrimiento para la persona, interfiriendo a la vez con su capacidad de pensar y actuar para salir de la situación. Además, si no hay solución racional inmediata, los sentimientos y la energía que movilizan, puede desplazarse irracional y destructivamente contra uno mismo o contra otras personas. La catarsis puede lograrse por medios mecánicos (llorar, gritar), verbales (desahogarse, hablar de lo sucedido con el sentimiento acompañante) o psicoemocionales (induciendo somática o imaginalmente la reexperiencia de la situación vivida). Hay que tener en cuenta, que el valor informativo de los relatos producidos en estos casos puede ser insignificante dado su componente emocional y su valor básicamente catártico o expresivo, no informativo.

Estas tareas inmediatas (las incluidas en los puntos 4 y 5) suelen ocupar buena parte de la primera sesión (a veces hay que retomarlas en las sesiones siguientes). En cuanto a la actitud personal o relacional del terapeuta, debería ser flexible en función de la situación y su componente dominante sobre el sujeto. Si, por ejemplo, ha sido un acto con intimidación y violencia física, el interventor deberá comunicar seguridad, tranquilidad y sensación de estar en control, como respuesta a un elemento dominante de peligro. Si ha sido una ruptura personal o un suicidio, empatía, comprensión y calidez afectiva. Etc.

En general, la mejor "receta" relacional sigue siendo la recomendación rogeriana de intentar ponerse en el lugar de la otra persona y —en nuestro caso— en la situación en que se encuentra tras el problema padecido. Esto depende, no sólo de la empatía (sintonía afectiva) personal, sino también, de la experiencia (o el conocimiento) del interventor con el tipo de crisis confrontada por el sujeto y de la similitud socio—cultural entre ambos (Téngase en cuenta, que muchas personas atendidas en IC son de colectivos marginados o de bajo nivel social y cultural, no compartiendo por tanto de entrada con el interventor ese factor —el nivel socio-cultural, la clase media— que sirve de sintonizador entre cliente y terapeuta en la terapia clásica, al compartirlo ambos).

6. Actuar para resolver las cuestiones pendientes y evitar que se vuelva a repetir la situación crítica. En general, la acción corresponde al sujeto, debiendo limitarse el interventor a facilitarla, guiando y apoyando al propio sujeto. Hemos de considerar, no obstante, dos cuestiones al respecto, el grado de funcionalidad y la posibilidad de derivar, o no, el caso. Funcionalidad. En las situaciones críticas, sin embargo, lo dicho sólo es válido si el sujeto es capaz de valerse por sí mismo, hasta un cierto punto al menos. Si es así, podemos facilitar su actuación proponiendo alternativas o soluciones no consideradas (no se olvide el estado de confusión y constricción cognitiva en que está el sujeto, que normalmente se cierra a sí mismo muchas puertas de salida o posibilidades), ayudándole a valorar esas opciones —y prever sus consecuencias positivas y negativas— o a intermediar con otras personas. En este caso, podemos seguir el útil y conocido esquema de resolución de problemas. En cuanto a las acciones externas, ya se describió en 10.6.1 el papel —organizador y coordinador de esfuerzos— que corresponde al interventor, así como el contenido de las acciones a realizar.

Si el sujeto no es funcional (está traumatizado, desorganizado, fuera de control, es un dependiente o un niño, etc.), lo apropiado es, como ya indicamos, transferir la responsabilidad a otras personas, grupos "naturales" (familiares, amigos, vecinos) o centros (una opción a discutir) una vez hayamos realizado las actuaciones inmediatas (durante las que el interventor habrá de asumir a su vez la responsabilidad total o parcial).

Derivación. Otra opción importante en IC es la de derivar un caso a otro centro o conservarlo en el propio para acabar de resolver la crisis (las tareas menos inmediatas, queremos decir). El asunto no es sencillo debido al solapamiento y falta de coordinación y colaboración —sino rivalidad encubierta— que impera entre distintos servicios y agencias (sobre todo si están ligadas a distintas administraciones o son de colores políticos diferentes). Es también importante, pues un equipo o servicio de crisis que intente resolver hasta el final los distintos casos que se le presenten; se verá desbordado en poco tiempo incumpliendo así su misión primordial que es estar disponible en todo momento y lugar para cualquier persona y situación de emergencia o crisis.

¿Cómo proceder? Sopesando tres factores: Ocupación del servicio, encargo social primario y disponibilidad de recursos en relación a la demanda potencial habitual. Nos planteamos, por tanto, la triple pregunta: ¿Tenemos los recursos necesarios, el encargo social (o asistencial) primario y el nivel de ocupación suficientemente bajo para atender otras crisis que (habitualmente) se plantean en la comunidad en estos momentos y situación?

Si la respuesta es positiva, el caso debe ser atendido. Si, por el contrario, no disponemos de algún tipo de recursos (guarderías para niños, lugar de internamiento, asistencia médica o psicológica adecuada, asesoramiento legal o laboral, etc.) básicos para atender el caso, existiendo, además, otro tipo de centro o servicio que tiene el encargo primario o la especialización vs experiencia adecuados) de atender este tipo de casos, lo indicado es derivar el caso una vez hayan sido resueltos los aspectos críticos inmediatos (que sólo nosotros podemos solventar por razones de tiempo y espacio) o compartirlo con otro centro sólo en aquellas labores que nos sean propias o convenga desde el propio centro. También será ese proceder el indicado en el caso que nuestro servicio esté desbordado, o preveamos que, por alguna razón concreta, lo va a estar muy próximamente. Nuestra tarea pasa entonces de la intervención al seguimiento.

Hay una serie de consecuencias de la crisis que pueden necesitar tratamiento psicológico específico más allá de las tareas genéricas señaladas: Fobias, imposibilidad de dormir, pesadillas, reexperiencias persistente— más o menos consciente— de lo sucedido u otras formas de alteración de la conciencia: hipervigilancia hiperalerta; temores irracionales o paranoides, irritabilidad, nerviosismo o hiperactividad autónomica excesiva; embotamiento o anestesia afectiva o sensorial; desinterés relacional, sexual o por actividades habituales; distracciones o fallos de memoria; dolores de cabeza o de otro tipo persistentes; evitación de cosas, situaciones o personas asociadas a lo sucedido; o (en los niños) temor a otras personas.

Estas son manifestaciones que habitualmente siguen a un estrés traumático (véase, Baum y otros, 1987; Gist y Lubin, 1989; o el síndrome de estrés posttraumático en el manual diagnóstico DSM III), siendo eliminadas en parte con el manejo general descrito pero requiriendo, con frecuencia, adicionalmente un tratamiento terapéutico específico. Las fobias responden usualmente a la desensibinzación sistemática; la hiperactividad automática y el nerviosismo a la relajación el bio-feedback, etc.

En general los efectos de la crisis no remiten hasta que el sujeto ha "dirigido mental y afectivamente el proceso de lo sucedido, sus causas y consecuencias. Buena parte de esto es resuelto con las medidas descritas y las que se enumeran a continuación. En ocasiones —y por causas que sería largo de describir— eso no es suficiente haciéndose preciso provocar graduada y planificadamente la inexperiencia de la situación no resuelta con sus acompañantes, somáticas, imaginales y afectivos. Ese proceso o técnica terapéutica (que puede vehicularse a través de técnicas como la imaginería eidética u otras similares), exige un conocimiento y preparación psicológica previos y apropiados poco frecuentes, lamentablemente, entre los profesionales de salud mental.

Lo que parece indudable, a la luz de la experiencia acumulada en este campo, es que el manejo de las crisis a base de olvido y otros procedimientos de reducción de la conciencia (incluidos los farmacológicos) no es generalmente ni eficaz ni apropiado, no resolviendo las consecuencias a medio y largo plazo y contribuyendo no pocas veces, a agravar los problemas— La esencia de la estrategia terapéutica de crisis es que el sujeto se enfrente —gradualmente, con apoyo y en condiciones favorables— a una experiencia a la que, por la forma en que ha sucedido y por su contenido, no hit podido enfrentarse en el momento que se produjo. Evitar el enfrentamiento a la situación y a su significado para el Sujeto, ni resuelve el problema pasado ni prepara a la persona para los por venir.

Veamos ahora, mucho más brevemente, las líneas básicas del asesoramiento o terapia breve, que sigue a la intervención de crisis para resolver —si se estima conveniente— totalmente los efectos de, aquella y alcanzar los objetivos interventivos; óptimos ya lisiados en 10 4. La TB —que puede ser practicada como tal si fuera de los contextos de crisis— es aquí una variante terapéutica que modifica la terapia o asesoría habituales —de acuerdo con los principios de

actuación descritos en 10.5 – para que puedan adaptarse a las condiciones de intervención de crisis y usarse desde una perspectiva de abreviación y servicio comunitario.

10.7 Asesoramiento y terapia breve seguimiento

Dos aclaraciones breves sobre la terapia breve:

a) Puede llevarse a cabo en el servicio (por el equipo) de crisis o no, de acuerdo a los principios de derivación mencionados. Como trabajo más psicológico es aconsejable que sea realizado en servicios –o por personas— entrenadas y especializadas que también puedan existir, en todo caso, en los centros de crisis ya que, por otro lado, los servicios generales de terapia no suelen tener preparación en terapias breves.

b) A diferencia de la intervención de crisis, la terapia breve sí precisa un contrato o acuerdo previo (en cuanto a fines, duración, seguimiento, etc.) al encontrarnos ya con una persona funcional y con capacidad de decisión.

Hemos concretado en 7 las acciones básicas a realizar en esta etapa (unas comunes con las terapias no focales, otras no). Las listamos aquí en numeración correlativa a la de las acciones previas de la IC:

7. Restablecer el sentido de autocontrol y dominio sobre las poderosas emociones provocadas por la crisis. Esto es esencial para que la persona pueda proseguir su vida sin temor a que se puedan volver a desatar (o a no poderlas controlar) y a normalizar su autoestima al no creerse la persona "distinta", "malvada", "odiosa", etc. Sobre todo respecto a las emociones destructivas hacia otros (odio, rabia) o a la culpabilidad y remordimientos hacia sí, que requieren elaboración apropiada.

8. Restablecer la capacidad de funcionamiento vital y social habitual, substituyendo progresivamente los restos de evitación y fijación obsesiva con lo sucedido por el contacto con la realidad y las responsabilidades de la vida diaria, retornando a la persona a su entorno y actividad habitual (casa, trabajo, relaciones y deberes inmediatos) y evitando el ocio o inactividad continuos y excesivos o la delectación victimista en lo sucedido y en las propias desgracias.

9. Examen de las causas —externas e internas— *de la crisis*, para que el sujeto halle una explicación de ella y sepa a que atenerse en el futuro. Por la experiencia en algunos tipos de crisis (ver, por ejemplo, Weiss, 1975), se trata de establecer un "guión" que describa lo que ha pasado, cómo ha pasado y por qué, ayudando al sujeto en la obsesiva elaboración cognitiva que sobre esos temas lleva siempre a cabo tras una crisis, sin la cual la crisis nunca está realmente resuelta ni la autoestima del sujeto restaurada. No es imprescindible que el guión sea totalmente exacto pero si que: a) Se adecue a todos los datos (inconexos) que el sujeto tiene, resultando aceptable para él; b), sea lógicamente coherente, explicando satisfactoriamente lo sucedido.

Un punto fundamental es el de la atribución de responsabilidad o culpa de la persona ya que implica seriamente su autoconcepto y estima. Dentro de la misma tarea general de ayudarle a examinar la responsabilidad de lo sucedido (no de hacer ese examen por él), este aspecto probablemente es el más complejo y delicado.

En breve, y como norma general, hay que ser mínimamente realista, no intentando exculpar simplistamente al sujeto para que se sienta mejor, aunque la explicación no case con los datos que él tiene. Es normalmente preferible como estrategia hacer atribuciones más conductuales o circunstanciales que personales. En otras palabras, es preferible hacer responsable de lo sucedido a lo que la persona hizo (y cómo lo hizo) y a la situación concurrente, que a la persona misma, de forma que cambiando su conducta, y evitando ciertas situaciones se puede evitar la repetición de lo sucedido. Si la "culpa" (lo que ha fallado) no es de la persona sino de su comportamiento, lo que hay que cambiar es ese comportamiento, no la persona, que, como tal

persona, sigue siendo válida y aceptable. Es una gran diferencia de cara a la culpabilización del sujeto resultante de la crisis. Y, no olvidemos que una persona culpable y con baja autoestima es una persona vulnerable y propensa, por tanto, a sufrir futuras crisis.

La pregunta clave que la persona se plantea "¿por qué yo, y no otro?" puede así cambiarse por "¿qué es lo que hice equivocadamente (o no hice)?" y, sobre todo, "¿Qué puedo hacer en el futuro para evitarlo?" En ellas debe concretarse —con el debido cuidado para las variantes situacionales y personales— el trabajo del terapeuta en este punto.

10. Aumentar la capacidad de confrontación de crisis (o resolución de problemas) del sujeto, tanto en el tipo específico de problema presentado (muerte, ruptura interpersonal), como su capacidad genérica, respecto a cualquier crisis. Como ya se ha indicado anteriormente, esto pasa por proponer y ensayar nuevas soluciones o formas de comportamiento y también por saber, la próxima vez que se presente el problema:

• qué hacer y cómo reaccionar inicialmente
• a quién pedir ayuda (familiar, vecino, centro) y cómo hacerlo

Respecto a este último punto, es conveniente que la persona tenga siempre un teléfono de contacto más o menos permanente (que en casos extremos —como la posibilidad de suicidio— puede ser el del propio interventor), aunque sólo sea por el sentimiento de seguridad que proporciona.

11. Mejorar el conocimiento —y capacidad de utilización— de la red de recursos —formales o informales— existentes: Centros de acogida o ayuda del barrio, casas y hogares de edad, servicios sociales, dispensarios o guarderías. administraciones o instituciones relevantes, etc. También, si procede, indicar los rudimentos básicos de como ser atendido o solicitar algún tipo de servicio. Esto es útil para que las personas no sobreutilicen los servicios de crisis y para evitar que sus problemas se cronifiquen o agraven porque no saben pedir ayuda en el momento e instancia adecuados.

12. Mejorar, en general, la capacidad y habilidades de comunicación de las personas atendidas es muy útil para paliar déficits básicos de la persona o las insuficiencias en la resolución de problemas y afrontamiento de situaciones que ayuden a prevenir futuras crisis. Ejemplos de tareas (que pueden muy bien ser trabajadas en grupo) de esta clase serían:

• Cómo pedir información y responder adecuadamente en situaciones formales e informales.
• Cómo entender la información verbal y no verbal relevante que nos dan oirás personas sobre ciertos temas o situaciones elementales o críticas.
• Cómo desarrollar apropiadamente relaciones interpersonales y sociales (la fuente más frecuente de crisis, cuando no funcionan bien).

13. Aumentar la autoestima y respeto propio de la persona. Tarea inespecífica, complementaria y útil —como en toda terapia— de cara a reducir la vulnerabilidad futura; Una persona con baja autoestima es —como se ha indicado— una persona genéricamente vulnerable. Buena parte de los procedimientos ya indicados tienen un efecto positivo sobre la autoestima: La exculpación de responsabilidades indebidas (importante); la acogida y apoyo iniciales —que sirven como validación afectiva—; el aprendizaje de nuevas habilidades y soluciones —que sirve como validación competencial y social—; el autocontrol y dominio sobre sí mismo; etc. Aparte de eso, puede recurrirse si es necesario —y funciona—, a conocidos métodos como animar, dar esperanza, recordar capacidades, recursos y afectos, etc.

Seguimiento. El seguimiento es parte integral del trabajo de crisis, sobre todo en caso de derivación, correspondiendo entonces la responsabilidad primaria del caso —y de la evaluación del resultado— al centro derivador compartida con el centro (o centros) receptores. Esto es importante para que los casos (sobre todo cuando se hacen derivaciones múltiples a varios

servicios a la vez o en cadena) no se queden "descolgados" o se pierdan en los "agujeros", descoordinación o insuficiencias de las redes de prestación de servicios. Topamos de nuevo con la conocida necesidad de ICTB de operar, no en el vacío ni como protagonistas únicos, sino como parte de un sistema de recursos coordinados. Las tareas a realizar en el seguimiento son esencialmente dos;

1) Hacer el contacto con el programa receptor, asegurándose de que; Ese programa es apropiado, el sujeto reúne las condiciones precisas y va a ser atendido en tiempo y modo adecuados. Es más que recomendable que el propio sujeto se comprometa in situ (a través del teléfono, por ejemplo) y que nos aseguremos de que sabe cómo, dónde y cuándo se tiene que presentar En ciertos casos (inmovilidad, traumatismo psicológico, etc.) puede ser preciso acompañarlo o disponer de alguien fiable que lo acompañe para asegurarnos de que llega al lugar y recibe atención. Una vez en el nuevo centro, el traspaso formal se supone consumado en las condiciones que se hayan acordado y la responsabilidad por la atención concreta pasa al servicio receptor, aunque la responsabilidad del seguimiento permanece con el derivador.

2) Seguimiento posterior, asegurándonos de que la persona ha acudido al servicio y está siendo atendida y, también, viendo como evoluciona o si necesita otras atenciones o servicios suplementarios. Esto, tanto si se hace una evaluación formal del programa de intervención de crisis como si no, aunque en el primer caso se precisará un sistema formalizado de recogida de datos sobre la atención inicial y el seguimiento de los casos.

Algún tipo de registro mínimo de los casos es siempre aconsejable para facilitar esa evaluación (en el momento o posteriormente) y, en ciertas instancias —como los de abusos, violencia física, etc.—, para cumplir con las notificaciones o trámites preceptivos con la autoridad policial o judicial, así como para tener estimaciones indicativas de la incidencia y prevalencia de los tipos de problemática atendida. El tema de la confidencialidad en ICTB es también relevante (y delicado); lo obviamos aquí por falta del espacio para su adecuado tratamiento.

10.8 Valoración y crítica

Desde el punto de vista comunitario, la crítica de la ICTB se centraría en que, si bien representa un conjunto de estrategias útiles v apropiadas de optimización de los recursos psicológicos para poner la psicoterapia al alcance de todos los que la necesitan (y en una línea plenamente congruente con los datos actuales sobre el funcionamiento de la psicoterapia), apenas hace aportaciones significativas al cambio de las condiciones socio-ambientales que están en la raíz de los problemas psicológicos, asunción que constituye un eje básico del movimiento comunitario aplicado a la salud mental.

Aunque se han propuesto ideas alternativas (intervención preventiva o anticipatoria, "inoculación anti-estrés", etc.) basadas en parte en la teoría del estrés y campos asociados (doping, competencias,...), el grueso de1 trabajo de crisis es reparador, de naturaleza clínica o cuasidínica —aunque con criterios más sociales y comunitarios como se ha indicado— y busca cambios a corto plazo e individuales (y quizá del contexto social inmediato del individuo), no sociales y a largo plazo.

Una mayor eficacia poblacional y preventiva de estas estrategias demandaría desarrollar en el futuro líneas como: 1) Potenciación de las técnicas anticipatorias de intervención (y educación) en base a los conocimientos acumulados en el campo del estrés "por ejemplo, las escalas de estrés e indicaderas de riesgo; 2) desarrollar teorías o modelos de crisis institucionales organizacionales y familiares que permitan detectar, evaluar e intervenir en situaciones de crisis,

o pre-crisis, a nivel social antes de que se transmitan sus efectos a los individuos; 3) potenciar la intervención anticipatoria en poblaciones afectadas por situaciones críticas previsibles (madurativo-evolutivas); y 4) acelerar el estudio de los factores y mecanismos de afrontamiento y coping en las poblaciones que superan con éxito las situaciones críticas y su aplicabilidad controlada a aquéllas otras que no las superan adecuadamente.

Referencias bibliográficas

AUERBACH, S.M. y KILMAN, P.R. (1977). Crisis intervention: A review of outcome research. Psychological Bulletin, 84,1189-1217.

BALDWIN, B.A. (1968). A paradigm for the classification of emotional crises- Implications for crisis intervention. American Journal of Ortho psychiatry, 48. 538.

—— (1979). Crisis intervention: An overview of theory and practice. Counseline Psychologist, 8,43-52.

BANCROFT, J. (1979); Crisis intervention. En S. BLOCH (ed.).

BAUM, A., FREDERICK, C.I., FRIEZE, I.H., SHNEIDMANN, E.S. y WORT-MAN, C. (1987). Cataclysms, crises and catastrophes. Washington, American Psychological Association.

BLOCH, S. (ed.) (1979). An introduction to the psychotherapies. Nueva York Oxford.

BLOOM, B.L. (1984). Community Mental Health (2a. edic.). Montercy Cal Brooks/Cole.

BUTCHER J.N. y KOSS, M.P. (1978). Research on brief and crisis-oriented psychotherapies. En S.L. GARFIELD y A.E. BERGIN (eds).

BUTCHER, J.N., STELMACHERS, Z.T. y MAUDAL, G.R.'(1983). Crisis intervention and emergency psychotherapy. En, I. WEINER (ed.).

CALCHOUN, K.S. y ATKENSON, B.M. (1990). Treatment of rape victims. Nueva York, Pergamon Press.

CALHOUN L., SELBY, J.W. y KING, H.E. (1976). Dealing with crises. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice HaU.

CAPLAN, G. (1961). An approach to Community Mental Health. Nueva Cork. Gruñe and Stratton.

—— (1979). Principios de Psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós.

COHEN, R.E. y AHEARN, F.L. (1980). Handbook for mental health care of disaster victims. Baltimorc, Md., Johns Hopdins Univ. Press.

CORSINI, R. (ed.) (1981). Handbook of innovative psychotherapies. Nueva York, John Wiley & Sons.

DURLAK, J.A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional helpers. Psychological Bulletin, 86,80-92.

EWING, C.P. (1978). Crisis intervention as psychotherapy. Nueva York, Oxford Univ. Press. FARBEROW, N.L. y SCHNEIDMANN, E.S. (eds.) (1961). The cry for help Nueva York. McGraw-Hill.

FOXMAN, J. (1989). A practical guide to emergency and protective crisis intervention. Springfield, m.. Charles Thomas.

FRANCE, K. (1990). Crisis intervention (2a edic.). Springfield, m. Charles C. Thomas.

FRANK, J.D. (1966). Treatment of the focal system. An adapiíonal approach. American Journal of Psychotherapy, 20,565-575.

FREMOUW, W.J., PERCZEL, M. y ELLIS, T.E. (1990): Suicide risk: Assessment and response guidelines. Nueva York, Pergamon Press.

GARFIELD, S.L. (1989). The practice of brief psychotherapy. Nueva York, Pergamon.

GARFIELD, S.L. y BERGIN, A.E. (eds.) (1978). Handbook of psychotherapy and behavior change (2a. edic.). Nueva York, Wiley.

GIBBS, M., LACHENMEYER, J. y SIGAL, J. (eds.) (1980). Community Psychology: Theoretical and empirical approaches. Nueva York, Carden Press.

GIST, R. y LUBIN, B. (1989). Psychological aspects of disasters. Nueva York, John Wiley & Sons.

GOLAN. N. (1978). Treatmentin crisis situations. Nueva York, Free Press.

HATTIE, J.A., SHARPEY, C.F. y ROGERS, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. Psychological Bulletin 95, 534-541

JACOBSON, G., STRICKLER, M. y MORLEY, W. (1968). Generic and individual approaches to crisis intervention. American Journal of Public Health 58, 339-343.

JONES, D.N.. PICKETT, J., OATES, M.R. y BARBOR, P. (1987). Understanding child abuse (2a. edic.). Londres, MacmiUan.

KALAFAT, J. (1984). Training community psychologistis for crisis intervention. American Journal of Community Psychology, 12,241-251.

KNOBEL, M. (1988). Psicoterapia breve. Buenos Aires, Paidós.

KORCHIN, S.J. (1976). Modern Clinical Psychology: Principies of intervention in the clinic and community. Nueva York, Basic Books.

KÜBLER-ROSS, E. (1969). On death and dying. Nueva York, Macmillan.

LEWIN, K.K. (1970). Briefencounters: Brief psychotherapy. St. Louis, Mo., Warren H. Green. LINDEMANN, E. (1944). Symptomatology and management ofacute grief. American Journal of Psychiatry, 101, 141-148.

LORION, R.P. (1974). Patient ant therapist variables in the treatment of low income patients. Psychological Bulletin, 81, 344-354.

MCGEE, R.K. (1974). Crisis intervention in the community. Baltimore, Univers. Park Press.

MEEK, C.L. (ed.) (1990). Post-traumatic stress disorder: Assessment, differential diagnosis andforensic evaluation. Sarasota, Flor., Proffesional Resource Exchange.

MEISELMAN, K.C. (1990). Resolving the trauma ofincest. San Francisco, Jossey-Bass.

MOOS, R. (1986). Coping with Ufe crises. Nueva York, Plenum.

MOSHER, L.R. y BURTI, L. (1989). Community Mental Health. Nueva York,Norton.

PARAD, H.J., RESNIK, H.L. y PARAD, L.G. (1976). Emergency and disaster management. Bowie, Marland., Charles Press.

PARAD, L.G. (1971). Sholtterm treatment: An overview of historical trends, issues, and potentials. Smith College Studies in Social Work, 41,119-146.

PARLOFF, M. (1981). Psychotherapy and research: An anaclitic depression. En H.E. FREEMAN y M.A. SALOMÓN (eds.), Evaluation Studies Review Annual, 6, 557—571. Beverly Huís, Sage.

PELEATO, A. (1989). Intervención comunitaria sobre las secuelas psicológicas de un atentado. En: Jornadas de Psicología de la Intervención Social (2 volum.). Madrid, Colegio Oficial de Psicólogos/Ministerio de Asuntos Sociales.

POVEDA, J.M. (1985). La intervención en crisis en la práctica de la Psicología Comunitaria. Revista Española de Neuropsiquiatría, 5,342-349.

ROSENBAUM, C.P. y BEEBE, J.E. (1975). Psychiatric treatment: Crisis/clinic consultation. Nueva York, McGraw-Hill.

ROSKIN, M. (1982). Coping with Ufe changes-A prcventive social work approach. American Journal of Community Psychology, 10,331-340.

SLAIKEU, K.A. (1988). Intervención en crisis. México, Manual Moderno.

SMALL, L. (1978). Psicoterapias breves. Barcelona, Gedisa. S
MITH, M.L., GLASS, G.V. y MILLER, I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore, John Hopkins Uiüv. Press.
STELMACHERS, Z.T. (1972). Crisis intervention center: An interim report. Program Evaluation Project Newsletter. Enero.
TAPLIN, J.R. (1971). Crisis theory: Critique and reformulation. Community Mental Health Journal, 7,13-23.
WALKER, R.C., BONNER, C.E. y KAUFMAN, K.L. (1988). The physically and sexually abused child. Nueva York, Pergamon.
WEINER, I.E. (ed.) (1983). Clinical methods in psychology. Nueva York, Wiley.
WEISS, R.S. (1975). Marital separation. Nueva York, Basic Books.
WOLBERG, L.R. (1965). Short—term psychotherapy. Nueva York, Gruñe & Stratton.

Capítulo 11
Consulta

La justificación de la consulta se basa en los datos ya aportados sobre la alta prevalencia de los problemas de salud mental y sobre otras constataciones evidenciales como la encuesta poblacional de Gurin, Veroff y Feid (1960) o la probada eficacia de los paraprofesionales.

La encuesta de Gurin y cols. mostró que —en EE.UU.— los agentes terapéuticos primarios (aquellos que atienden los problemas psicológicos en primera instancia), no son los profesionales clásicos de salud mental (psicólogos y psiquiatras), que sólo cubren el 18% de los casos que experimentan problemas psicológicos, sino agentes de la comunidad —como curas, médicos y abogados— que atienden los problemas de porcentajes mucho más altos de personas: 42% para los curas, 29% los médicos, según esa encuesta.

De esto se deduce que, para que la asistencia psicológica y prevención sean efectivas, deben hacerse a través de esos mediadores comunitarios, recomendación también apoyada en la impresionante —y turbadora— evidencia de que los paraprofesionales tienen —en su conjunto— una eficacia terapéutica igual (y en algunos casos superior) a la de los profesionales de salud mental (Durlak, 1979; Hattie y cols., 1984).

A diferencia de la ICTB, la consulta no se refiere sólo a la prestación de servicios de salud mental (SM), sino de servicios humanos en general (SM, educación, justicia, servicios sociales, ocio, etc.), y humano-productivos (industrias, organizaciones). Es, además, un servicio indirecto en que priman más los aspectos educativos y de desarrollo de recursos humanos que la mera y directa prestación de servicios (el caso de la ICTB). Más que un método concreto, la consulta es, en realidad, un enfoque con una cierta tradición y múltiples variantes, dentro del campo de la psicología (también en otros campos).

De las tres perspectivas o ámbitos conceptuales básicos de consulta (SM, organizativa y conductual) la de SM se origina (según Heller y Monahan, a quienes seguimos en esta exposición) entre clínicos de orientación analítica que tienen que atender zonas rurales extensas o poco desarrolladas con una población grande y dispersa y escaso número de profesionales de SM. La consulta con "cuidadores" locales es ahí la alternativa apropiada a la asistencia directa a la población, imposible en tales condiciones.

La consulta conductual resulta de la extensión al campo real de la experimentación de aprendizaje de laboratorio, intentando cambiar la conducta de las personas a través de los mediadores comunitarios (y "otros significativos") como dispensadores de refuerzos minimizándose, a la vez, los problemas de "generalización" del aprendizaje al contexto de la vida diaria de los sujetos.

La consulta organizativa (desarrollo organizacional, DO), se origina al intentar potenciar el desarrollo humano de los trabajadores junto a su productividad y desarrollo de la organización, que priman habitualmente, ocasionando problemas productivos y psicosociales como alcoholismo laboral, sabotaje y trabajo deficiente, desmoralización, conflictos personales y grupales, etc.

La exposición sobre la consulta que sigue se estructura en tomo a los puntos siguientes: Definición y criterios (precedidos de sus asunciones); proceso; tipos de consulta y descripción, resaltando el de SM y DO y, finalmente, crítica de la consulta como método de cambio social. Se basa fundamentalmente en Caplan (1970); Altrocchi (1972); Heller y Monahan (1977); Goodstein (1978); Rogawski (1979); Alpert y Meyers (1983) y ManninoyShore(1985).

11.1 Asunciones, definición y criterios

La consulta es una estrategia de trabajo comunitario que pretende la reforma de los sistemas sociales mediante el cambio o renovación de sus programas y la mejora o ampliación de la capacidad de trabajo de los agentes de socialización, cuidadores comunitarios primarios y personal relacionado (padres, educadores, médicos, sacerdotes, etc.), de forma que incluyan funciones psicológicas y de salud mental (ampliación de rol) y que respondan mejor a las necesidades humanas y sociales de los colectivos atendidos. Se espera así, no sólo mejorar la prestación de servicios a las personas —optimizando el uso de los recursos existentes— y la socialización humana, sino también —y como fin último— acrecentar e intensificar la calidad de la vida comunitaria en su conjunto.

El método de consulta asume (en general y en sus diversas variantes) que:

1. Las instituciones y su personal están abiertas al cambio programático y a la ampliación de sus competencias y responsabilidades funcionales. Si no es así —y se dan substanciales resistencias institucionales y del estaf— deberá recurrirse a otro tipo de métodos de cambio —persuasivos o coercitivos— desde fuera.
2. Pueden producirse cambios en los problemas humanos mejorando la prestación de servicios (salud, educación, seguridad, ocio, servicios sociales) en los sistemas sociales y el personal que los presta.
3. El impacto social producido es tanto mayor cuanto más cerca de la etapa de socialización o formación psicosocial de los individuos y sistemas sociales actuemos (escuelas, centros de formación, familias).
4. El fin a largo plazo de la consulta es el cambio permanente del consultante y de la situación social (comunidad, organización) o programa de que aquél es parte.

La consulta —como cualquier otra estrategia— será válida como método de cambio en la medida en que se cumplan esas asunciones en el caso o problema a resolver. Si no es así deberían usarse otros métodos más apropiados desde fuera del sistema (abogacía social, organización de la comunidad, activismo político o legislativo, etc.).

Definición y características

El término consulta se usa con varios significados distintos. De hecho, para algunos, la consulta define más un proceso o estrategia que unos contenidos interventivos concretos (lo cual podría decirse también de la intervención comunitaria en general).

Dentro del ámbito comunitario y organizacional el término tiene un significado restringido (que excluye la simple derivación a un especialista) de servicio indirecto en que un consultante (consultee) plantea una cuestión o problema (no personal del consultante, sino de un tercero) a un experto en los aspectos de servicios humanos de la cuestión (consultor, consultan!), trabajando los dos conjuntamente en su resolución, aunque la responsabilidad de implementación del plan resultante corresponde sólo al consultante.

El cliente y el consultante —que hace la demanda— puede ser una persona (por ejemplo, un clínico), un programa (por ejemplo, un programa comunitario o administrativo) o una organización (empresa, escuela, etc.); el consultor —que recibe la consulta— suele ser una persona, organización o servicio especializados.

Características básicas de la consulta (generalmente aceptadas como comunes a los varios tipos o modelos) y que la distinguen de psicoterapia, supervisión o relación administrativa (con todas las cuales tiene alguna comunalidad a la vez que diferencias) son:

1. Es una relación triádica, no diádica.
2. Los problemas tratados no son sólo de salud mental sino aquellos con un componente substancial del ámbito más general de servicios humanos.
3. Se da en el entorno natural, no en un centro o institución segregado y artificial.
4. Intenta cambiar la situación o contexto social del sistema cliente, no únicamente resolver el problema concreto.
5. Entre consultante y consultor se establece una relación cooperativa, de mutua confianza y coordinada (no subordinada y jerarquizada como en la supervisión, terapia o administración) en que cada uno es considerado experto en sus áreas de trabajo respectivas. Esa relación es además: a) Voluntaria en cuanto al inicio, mantenimiento y terminación; y temporal, acabando cuando el problema del cliente está resuelto. b) De apoyo hacia el consultante. c) Se basa en un contrato claramente establecido y de resultados predecibles (y evaluables, por tanto).
7. La información compartida es confidencial.
8. La consulta se centra directamente en problemas o cuestiones (de trabajo, se asume) no en personas o problemas personales del consultante (distinción clave con la psicoterapia).
9. El consultor es un "extraño" al sistema cliente (no pertenece a él) y al consultante, no teniendo autoridad sobre ellos o sobre la implementación de los planes o recomendaciones resultantes que son responsabilidad única del consultante. La consulta se diseña "desde fuera" del sistema, pero se ejecuta desde dentro de él.
10. E1 consultor es responsable de la involucración activa del consultante en el proceso y de no aceptar responsabilidades —como las ejecutivas—, que no le correspondan.
11. El fin de la consulta es doble:
a) Resolver la cuestión planteada por el consultante.
b) Incrementar su destreza para resolver problemas similares y educarle al respecto.

Este fin doble confiere a la consulta la característica básica —y diferencial respecto a la terapia e ICTB— de método de desarrollo de recursos humanos y no mera intervención reparadora o paliativa.

La consulta comenzó como una relación clínica diádica, pasándose después a intentar involucrar gradualmente al consultante para que pudiera resolver por sí mismo problemas similares en el futuro. En los años 70 se convirtió en una especialidad básica sobre todo en los campos de salud mental e industrial. Hoy día existen programas diferenciados de formación en consulta (ver, por ejemplo, Alpert y Meyers, 1983).

11.2 Proceso

Hay acuerdo sustancial —con algunas variantes menores— sobre el proceso de consulta que no difiere apenas del proceso general de intervención (capítulo 8) cuando éste es iniciado desde fuera (lo que significa que hay una fase de "entrada" al sistema ligada al establecimiento de una relación y negociación de un contrato). Ese proceso podría concretarse en las siguientes fases o etapas: 1) Entrada en el sistema; 2) contrato y establecimiento de la relación; 3) evaluación del sistema y definición del problema; 4) intervención; y 5) terminación y evaluación de resultados.

El proceso es en buena parte continuo, no meramente lineal o secuencial, sobre todo en las partes de evaluación (inicial y final, pero también a lo largo de la intervención, y muchas veces previa a la entrada en el sistema) y de desarrollo de la relación consultante-consultor. Algunas fases se distinguen con propósitos de análisis siendo en la realidad prácticamente simultáneas e interdependientes: Por ejemplo la 7 y la 2: La entrada al sistema consultante va ligada a la negociación del contrato entre éste y el consultor que marca, a su vez, el comienzo del

establecimiento de la relación entre ambos.
1. Entrada. La entrada al sistema o contacto formal inicial entre consultante y consultor sienta las bases para los pasos posteriores con los que es casi simultánea como se ha dicho. Frecuentemente es precedida de una evaluación o análisis exploratorio del sistema u organización consultante para determinar las posibilidades de la intervención.
2. Negociación del contrato y establecimiento de la relación, ligados al contacto inicial o entrada al sistema que, usualmente, conlleva negociar, más o menos explícitamente, las condiciones de la intervención, derechos y deberes mutuos y condiciones de evaluación. Esto condiciona y acompaña, a su vez, el tipo de relación complementaria a establecer entre consultante y consultor, proceso a más largo plazo que se desarrolla mientras dura la consulta.
3. Evaluación del sistema y definición del problema. El problema (o problemas) a resolver se define a partir del análisis del contexto sistémico-organizativo o relacional y de la información aportada por el consultante. Se determinan así los objetivos de la intervención.
4. Intervención. Aquí se diseña un plan —usualmente una serie de alternativas o cursos de acción pertinentes— para: a) Cumplir los objetivos marcados y resolver el problema planteado o identificado y b) generar los recursos (personal, programas, medios económicos, etc.), precisos. La implementación de la intervención es responsabilidad del consultante pudiendo modificarse lo inicialmente planificado en función de los resultados que se van obteniendo (evaluación de proceso).
5. Terminación de la intervención, una vez se hayan cumplido los objetivos de la intervención (o antes, por voluntad del consultante) y evaluación final de resultados, no sólo respecto del problema u objetivos planteados inicialmente, sino también en relación al impacto causado sobre el conjunto del sistema u organización.

11.3 Modelos: consulta de salud mental y comunitaria

Hay tres modelos (o "tipos") básicos de consulta desarrollados en la literatura: De salud mental, conductual y organizativo-industrial. Un cuarto (el comunitario o de abogacía social) es mencionado por algunos (Alpert y Meyers; Rogawski) pero no debidamente desarrollado como realmente diferenciado del de la salud mental. Aquí incluimos por tanto una breve descripción al final de esta sección. En la siguiente, nos centraremos en la consulta organizativa y —menos— en la conductual.

El contexto originario de la consulta de SM (medio rural o poco desarrollado, escasez de profesionales) ya ha sido citado. Sus bases teóricas y praxis han sido formuladas por Geraid Caplan (1970) quien la define como:

> "Un proceso de interacción entre dos profesionales —el consultor que es un especialista y el consultante que invoca la ayuda del consultor en relación con un problema de trabajo actual con el que está teniendo alguna dificultad y que ha decidido está dentro del área de competencia del otro. El problema de trabajo incluye el manejo o tratamiento de uno o más clientes del consultante o la planificación de un programa para atender a tales clientes" (p. 19).

Caplan ha distinguido tres tipos (hay un cuarto tipo que consideramos superfluo) de consulta, extrapolables al resto de modelos (centrada en el cliente, el consultante o el programa) según que el foco de la consulta sean problemas de los clientes (clientes del consultante o la agencia se entiende), del estaf o de los programas de la agencia. Examinemos los tres tipos:

Consulta centrada en el cliente. El consultante está teniendo problemas en el manejo de un caso y el consultor (un especialista en SM o en el ámbito de referencia) evalúa el problema y

sugiere soluciones —que el consultante pondrá en práctica— ampliando el conocimiento o destreza de éste para manejar problemas del mismo tipo.

Consulta centrada en el consultante. Aunque el problema se presente como de uno o varios casos concretos, la consulta se centra sobre las dificultades del consultante para resolverlos en la asunción —que se espera correcta— de que ésos se deben al propio consultante (que tiene alguna deficiencia a corregir o mejorar) y no al problema en sí.

Las deficiencias básicas del consultante son falta de conocimiento o destreza y problemas de objetividad profesional. Según Caplan, la primera se resolvería con procedimientos que van desde el adiestramiento o educación directos del consultante hasta indirectos, mejorando la preparación de los agentes socializadores (supervisores o responsables técnicos) de la agencia en que trabaja aquél. Este último método sería preferible al evitar problemas de interferencia con la jerarquía del sistema, producir cambios más amplios y duraderos y poder adaptarse a la cultura y procedimientos específicos del sistema en cuestión.

Los problemas de objetividad profesional estarían causados por la interferencia de sentimientos o ideas desplazadas al caso desde conflictos personales del consultante; por ejemplo, la influencia o proyección de problemas personales, creencias irracionales acerca de la gente o educación de un profesor sobre los contenidos de su enseñanza o sus relaciones con sus estudiantes. Han sido ampliadamente elaborados por Caplan, desde una óptica analítica. Soluciones propuestas a esa "interferencia temática" incluyen la confrontación directa del efecto de la interferencia sobre el trabajo o problema objeto de la consulta (si el consultante fuera capaz de asumir tal confrontación). También métodos indirectos, manteniendo la dificultad como parte del caso que se trabaja y sugiriendo explicaciones y soluciones alternativas a la interpretación transferida y a la conducta resultante, pero sin ligar esa dificultad a problemas personales del consultante (manteniendo así el criterio básico en consulta de no tratar sobre temas personales sino de trabajo).

Heller y Monahan (1977) han sugerido una acertada ampliación del método desde la formulación analítica de Caplan hasta considerar los problemas de interferencia temática como estereotipos sobregeneralizados formados a partir de la experiencia personal o del aprendizaje social y sugiriendo dos tipos de soluciones. 1) Ampliación del campo perceptivo del consultante en relación al grupo estereotipado y la predicción "fatal" resultante ("las mujeres no pueden dirigir un negocio", "el que no tiene trabajo es un perezoso..."), y mostrando la falsedad del estereotipo. 2) Excluyendo al individuo objeto del problema concreto de la categoría estereotipada ("esta mujer sí que puede dirigir un negocio").

Consulta centrada en el programa; sea ese programa de carácter educativo, administrativo, de prestación de servicios, o de otro tipo. Este es el tipo de consulta más ambicioso, con mayor cobertura poblacional y posibilidades en términos de cambio social. El proceso antes descrito se refiere más bien a este tipo de consulta (la entrada "al sistema" no tiene sentido, por ejemplo, en las consultas centradas en casos, sean éstos el cliente o el consultante).

La entrada en una organización o agencia de prestación de servicios no es fácil a menos que esté en estado de estrés interno o se produzcan fallos funcionales o tensiones externas. De no ser así, es difícil que un sistema —que tiende a automantenerse— solicite una opinión o formulación ajena o reconozca la necesidad de cambios programáticos (de dirección, gestión, curriculum académico, etc.). La resistencia puede provenir del temor general al cambio y la novedad. Del temor de un administrador a ser visto como débil (al aceptar el input extraño) o responsable de un programa u organización poco efectivos. El líder o administrador puede sentirse "atrapado" por una comunidad o estaf muy conservadores —que prevé se opondrá al cambio— o por la falta de medios o competencias para realizar el cambio deseado, necesitándose

en este caso un plan de apoyo decidido y revitalización del liderazgo como parte de la consulta. O pueden darse otras situaciones distintas.

El consultor necesita, en todo caso, en esta modalidad de consulta una serie de conocimientos (de planificación, gestión de personal, o fiscal, legislación y micropolítica, etc.), que sobrepasan el ámbito de la mera SM.

Consulta comunitaria o de abogacía social. Este enfoque o modelo — aún no bien formulado y desarrollado como ya se dijo— es una ampliación del de SM con una orientación distinta que lo acerca, en la práctica, al trabajo de abogacía social o a la organización y desarrollo de comunidad (la consulta con grupos o asociaciones comunitarias para lograr un determinado objetivo social o de servicios, por ejemplo).

Tal y como es caracterizada en Alpert y Meyers (1983) —e ilustrada en Rogawski (1977)— parece una extrapolación de la consulta de SM ampliando su ámbito de aplicación, acercándola a los grupos y mediadores comunitarios y usándola con una finalidad más orientada hacia la promoción del cambio social y la justicia distributiva que a la mera prestación de servicios o desarrollo de recursos humanos. Podría cuestionarse en este método de trabajo si —aparte de algunas diferencias formales menores— se trata de verdadera consulta o estamos ya entrando en el campo de otros métodos de cambio y organización social generalmente reconocidos como distintos de la consulta. O sea, no está claro que la consulta comunitaria exista en la actualidad como un modelo y praxis diferenciada.

11.4 Consulta organizacional y conductual

El modelo conductual de consulta es la traslación al entorno natural del trabajo clínico y de laboratorio basado en las "leyes del aprendizaje" (adquisición y mantenimiento) de la conducta "desajustada" desde una perspectiva distinta de la psicodinámica predominante en el modelo de consulta de SM de Caplan. Las metas conductuales son generalmente limitadas (reducción de la suciedad o el ruido en lugares públicos y semipúblicos, retomo de envases o incremento de la conducta prosocial, etc.).

Etapas básicas en la consulta conductual (similares a las de cualquier programa de modificación de conducta) serían: 1) Definición clara del problema en términos conductuales; 2) observación y registro preciso de la conducta a modificar, 3) selección de los refuerzos (y del mediador que los "expenderá"); y 4) establecimiento de contingencias sistemáticas entre conducta deseada y refuerzos pertinentes a través del mediador que tiene acceso a esos refuerzos.

Problemas planteados en este modelo de consulta se refieren a 3 aspectos: 1) El mediador, la agencia consultante y la comunidad (motivación del mediador, discrepancia entre fines del programa y fines o normas sociales, etc.). 2) De generalización y mantenimiento de los logros y refuerzos del programa en la propia comunidad. 3) Problemas relacionados con la relativa falta de desarrollo interno de la persona frente al control externo implicado en los programas conductuales, que contradicen, en parte, los objetivos del trabajo y filosofía comunitarios: A pesar de la probada eficacia de este tipo de tecnologías en algunos programas (la economía de fichas en los hospitales o correccionales, por ejemplo) su "neutralidad" valorativa hace que puedan ser usados con fines distintos al desarrollo y potenciación humano (como la promoción del orden y conformidad en la escuela o el hospital mental).

La *consulta organizacional*-industrial está centrada en el desarrollo organizacional (DO) y bascula entre la consulta misma y la dinámica grupal de los grupos de sensibilización y formación (training groups) donde se cuestionaría su carácter de consulta frente al de terapia. Técnicamente basada en las experiencias sobre dinamización y cambio grupal en el setting

natural de K. Lewin y las ideas de la psicología gestáltica, se sustenta en los valores e ideales humanistas de desarrollo y actualización de las personas a través de su extensión en la actividad productiva, intentando compatibilizar (y optimizar) la eficiencia productiva de la organización a la vez que el desarrollo humano y la satisfacción laboral.

Objetivos centrales del DO son (Friedlander y Brown): 1) Crear un clima abierto de resolución de problemas; 2) suplementar la autoridad basada en el rol y estatus (director, jefe, capataz) con la derivada del conocimiento y la competencia laboral; 3) poner la toma de decisiones y resolución de problemas lo más cerca posible de las fuentes de información para mejorar ambos procesos y la eficiencia de sus resultados; 4) aumentar la colaboración y confianza entre los miembros de la organización; 5) desarrollar un sistema de premios e incentivos que reconozca a la vez los fines de la organización y el desarrollo de las personas; 6) ayudar a que la gestión sea realizada en función de objetivos relevantes y no de la tradición o la rutina; y 7) aumentar el nivel de autocontrol y autodeterminación de los miembros de la organización.

Tradicionalmente se distinguen dos enfoques (separables pero no claramente diferenciables) en el DO:

1. Tecnoestructurales o sociotécnicos: Dirigidos a mejorar la estructura y métodos productivos de la organización, reduciendo a la vez efectos psicosociales negativos como absentismo, accidentes laborales, o baja productividad. Ejemplos de esta familia de métodos son la combinación horizontal de varias tareas en otras más globales (job enlargement); el enriquecimiento o la incorporación vertical de responsabilidades y funciones para aumentar el sentido y significado personal del trabajo y disminuir los efectos negativos de las "cadenas" de trabajo, así como el "flexitime" (horario flexible) o la remodelación grupal (no individual) de las primas de trabajo para aumentar la cohesión grupal en determinado tipo de labores en que esa cohesión es importante.

2. Enfoques *psicosociales* o de procesos humanos, destinados a alterar las relaciones interpersonales o intergrupales aumentando el nivel de autoconciencia personal, el desarrollo humano y la comunicación interpersonal abierta y honesta. Los enfoques de procesos humanos incluyen métodos variados tales como: Feedback organizativo a través de datos de encuesta (muy similar al método usado por Moos); desarrollo y consulta grupal e intergrupal; establecimiento de metas, planificación y resolución de problemas; y, sobre todo, el método básico de "adiestramiento de la sensibilidad" (sensivity training), basado en la mejora de la comunicación, y el feedback interpersonal a través de la experiencia personal directa en grupo.

El método de grupos de sensibilización ha sido criticado (Heller y Monahan, 1977) en base a sus asunciones sobre el cambio social y organizacional (estas críticas son extensibles en parte a otros métodos de consulta, sobre todo los de base humanista):

1) Sólo parte de las deficiencias de las organizaciones humanas son debidas a problemas de comunicación y de relación interpersonal. Cuando en una organización existen discrepancias o conflictos profundos entre sus diversas partes, este tipo de métodos pueden empeorar —en lugar de mejorar— el funcionamiento de la organización e incluso —al quebrar el frágil equilibrio previo— amenazar su propia existencia.

2) No todos los miembros de una organización son capaces —o están deseosos— de mantener relaciones interpersonales abiertas y honestas o de asumir mayor responsabilidad; pueden producirse, al contrario, ansiedad o rechazo de nuevas responsabilidades o falta de competencia profesional para asumirlas.

3) No es nada seguro que las mejoras conseguidas en el marco protegido del grupo T vayan a transferirse a la situación real de trabajo con un organigrama jerárquico real, objetivos a

conseguir, tensiones diarias, etc.

Quizá la mayor deficiencia de estos modelos es que ignoran los problemas de poder y las resistencias institucionales al cambio de forma que, en condiciones de conflicto, violencia o desconfianza extrema de los diversos grupos de intereses, no tienen soluciones alternativas. (Una crítica extensible a los diversos modelos de consulta.) La elección de una estrategia humanista de comunicación y cooperación frente a una de poder centrada en el conflicto y la reivindicación social, puede en consecuencia resultar en formas más sutiles y persuasivas de explotación y control personal en nombre de la ciencia y de la eficacia técnica: Dado que la consulta está pagada por la gerencia cuyos propósitos generales son aumentar los beneficios y no el crecimiento personal de sus empleados, éste puede tolerarse siempre que no interfiera con aquél. Incluso si los fines de crecimiento personal y autoconcienciación son aceptables para la organización al lograr cambios efectivos, pueden ser frenados por otros factores como presiones sociales externas (clientes, competencia, etc.).

11.5 Un ejemplo de consulta

Haas y Watherley (1981) han ofrecido un caso real —que resumimos a continuación— de utilización del método de consulta en la resolución de los problemas planteados por una biblioteca pública, sugiriendo soluciones posibles desde las tres líneas básicas de consulta —conductual, "caplaniana" y organizacional— y centrándose finalmente en, la organizacional, adoptada en la realidad. Nosotros sugerimos, por nuestra parte, líneas adicionales de actuación en la dirección comunitaria, más apropiada en este espacio expositivo.

Planteamiento del problema. Un consultor psicológico fue abordado por una bibliotecaria de la biblioteca del barrio, pidiendo ayuda en el "manejo" y resolución de dificultades registradas con algunos lectores. Problemas descritos por la bibliotecaria fueron: Personas que hablaban consigo mismas demasiado alto; lectores aparentemente intoxicados; madres —y padres— que abandonaban a sus hijos en la biblioteca durante buena parte del día mientras hacían compras o encargos, permaneciendo los niños desatendidos con las consiguientes incidencias de travesuras, peleas y desórdenes por su parte; y, finalmente, lectores "difíciles" y exigentes que pretendían desoir las reglas de préstamo o lectura de libros, pedían cosas irracionales o "daban la lata" a las bibliotecarias, sintiéndose estas molestas y maltratadas por este tipo de comportamiento.

Como resultado de todo ello, las bibliotecarias parecían estar alcanzando altas cotas de estrés, frustración e impotencia, viéndose expuestas a una serie de demandas que excedían los roles y preparación que como profesionales habían recibido. (Téngase en cuenta, para dar la verdadera dimensión del problema y la situación, que las bibliotecas comunitarias en Estados Unidos son considerablemente más amplias en personal, instalaciones y lectores que las bibliotecas populares o de barrio de nuestro país, pudiendo equipararse a una biblioteca pública de una capital de provincia o de una facultad universitaria mediana.)

Alternativas posibles. Naturalmente, la solución del consultor dependerá de como construya o conceptualice el problema. Veamos las posibilidades, según se adopte una de las tres perspectivas básicas descritas en las páginas precedentes, a las que añadiremos, más adelante, la comunitaria:

a) Desde la perspectiva conductual, las dificultades se construirían esencialmente como resultantes de deficiencias de habilidades o destreza de las bibliotecarias proponiéndose, en consecuencia, una solución en la línea de realizar de talleres de entrenamiento de habilidades en el manejo de las situaciones y conductas problemáticas. Por ejemplo, entrenamiento asertivo frente a los lectores difíciles, ayuda a los individuos semicontrolados (que hablaban consigo

mismos o, quizá también, los intoxicados), o manejo de ciertos premios y castigos, con los niños "abandonados".

b) El consultor de orientación más "caplaniana" incluiría también esos talleres de mejora de las habilidades (para superar las deficiencias de destreza) pero lo haría a través de los supervisores —o "jefes"— de las bibliotecarias que, como agentes socializadores del sistema, estarían en mejor posición (por capacidad de influencia, conocimiento del estaf y la biblioteca y contacto personal diario con personas y problemas) de transmitir y enseñar las destrezas concretas precisas a partir de unas recomendaciones técnicas generales realizadas por el psicólogo, que la supervisora traduciría al estilo y demandas de trabajo diarias del lugar. Además, añadiríamos nosotros, evitaríamos eventuales, susceptibilidades relacionadas con "saltarnos el escalafón" o comunicar implícitamente, por nuestra forma de operar o relacionarnos con el sistema bibliotecario, la incapacidad del estaf directivo para resolver el problema.

También observaría este consultor, si las dificultades son planteadas sobre todo por alguna —o algunas— bibliotecarias en concreto —en lugar de ser compartida por todas— y si, en ese caso, son mediadas por la pérdida de objetividad o por algún conflicto o dificultad mal resueltos que pudieran interferir con la solución del problema (por ejemplo, hipersensibilidad a las quejas de algunos lectores o al mínimo murmullo de alguna persona, dificultad en el trato con clientes ligeramente agresivos o exigentes). Se centraría entonces en ayudar a esas personas a superar esas dificultades particulares en su trabajo sin entrar en el terreno terapéutico (que podría ser derivado externamente si se diera algún caso extremo que no respondiera a la consulta, centrada, no lo olvidemos, en el problema de la biblioteca, no de la bibliotecaria).

c) El consultor organizacional, se preguntaría cómo es que una organización conteniendo personas educadas y de un alto nivel de formación es incapaz de hacer frente por sí sola a un problema relevante, precisando ayuda externa. Sospechando la carencia de mecanismos propios de resolución de problemas, vería la consulta como una ocasión para que el sistema desarrollara estructuras o procesos que sirvieran para resolver, no sólo este problema, sino otros que pudieran presentarse en el futuro (perspectiva de desarrollo organizacional). Esta fue la solución realmente elegida por el consultor en este caso. Veamos como se orientó el proceso.

Solución desde la perspectiva del desarrollo organizacional. Dado que la consulta había sido inicialmente planteada por una sola persona "de base", el consultor comenzó por contactar al director de la biblioteca para conocer su punto de vista sobre el problema y obtener el permiso para iniciar el proceso de consulta. Obtenido éste, se entrevistó con miembros relevantes del estaf para conocer sus percepciones del problema y la situación. De ellas resultó que existía un amplio acuerdo sobre los problemas existentes y-sobre la necesidad de encontrar métodos apropiados de tratar con lectores molestos o problemáticos. Sorprendentemente, sin embargo, nada se había hecho en el pasado para desarrollar política o normativa organizacional al respecto.

El consultor descubrió que el director se había resistido a desarrollar una normativa punitiva o correctora que, de aplicarse a todos, podía causar malestar y ofensa a lectores influyentes o generar quejas ante la administración local de algunos sectores. Dado que la biblioteca dependía, en buena parte, para su sostenimiento de la buena voluntad de los ciudadanos, el director deseaba mantener buenas relaciones con ellos, temiendo que unas medidas duras o restrictivas pudieran perjudicar seriamente la propia continuidad de esa biblioteca. El estaf captó la preocupación del director, pero, dado que el tema no fue debatido abiertamente, nunca fue resuelto, interpretando así la falta de normativa sobre los clientes problemáticos, como una resistencia del director a delegar responsabilidad y una desconfianza hacia, ellos y su capacidad de solventar las dificultades.

El consultor abordó entonces el proceso de solución convocando una reunión inicial de

todo el personal de la biblioteca para discutir abiertamente el tema y permitir, también, que el estaf ventilara su frustración y tensión, lo cual contribuiría a relajar el clima, aumentando desde el principio la implicación en la resolución del problema y facilitando la búsqueda racional de alternativas.

Se formaron a continuación, y según el interés de las personas, grupos de trabajo centrados en la discusión y clarificación de cada una de las problemáticas básicas. Cada grupo debía desarrollar normas y líneas de actuación sobre su respectivo tema pero, además, discutir planes para eventualidades extremas (esto es, qué hacer en caso extremos o cuando la situación se fuera de la mano). Fue precisamente el resultado del trabajo de los grupos, lo que dio confianza al director de que el estaf podía manejar adecuadamente las diversas dificultades planteadas, codificándose entonces las alternativas sugeridas como política general de actuación de la biblioteca.

Como se ve, se adoptó una perspectiva básicamente organizacional pero se la complementó con otros aditamentos encuadrables en las otras perspectivas. Por ejemplo, se impartieron conocimientos sobre conducta problemática (a cargo de psicólogos del centro de salud mental local) sobre la que las bibliotecarias tenían las mismas mal percepciones y temores irracionales que el público en general. También se enseñaron algunas destrezas básicas sobre como manejar las situaciones problemáticas típicas presentadas por el estaf a través del role-playing y ensayo de respuestas así como técnicas de entrenamiento asertivo para manejar adecuadamente a los lectores exigentes o molestos y de relajación para reducir el nivel de estrés y ayudar a mantener la calma del personal de la biblioteca.

El caso ilustra bien cómo, aunque el problema podría haberse abordado desde las perspectivas caplaniana o conductual, ninguna de ellas hubiera sido suficiente por sí sola para resolverlo globalmente, puesto que había un serio déficit de comunicación y confianza entre el director y el estaf. El problema podría, no sólo no haberse solucionado, sino haberse agravado si el consultor hubiera comenzado a trabajar directamente con el estaf. El trabajo en esas dos direcciones resultó, eso sí, necesario y útil como complemento del organizacional, más apropiado al implicar en el caso a la organización en su conjunto, y no sólo a las personas de las bibliotecarias y los lectores.

Naturalmente que desde la perspectiva comunitaria, que centra nuestro interés —y que no es contemplada por los autores—, plantearíamos importantes modificaciones y revisiones a la solución adoptada. Esas modificaciones irían en la línea de intentar implicar a la comunidad —también involucrada en las dificultades— en la solución del caso, de forma que, además de resolver el problema inmediato, se desarrollara su competencia o capacidad de autogestión en general así como sus interrelaciones con las instituciones locales (la biblioteca en este caso). Para ello el consultor intentaría implicar a representantes significativos de las entidades comunitarias (sobre todo de las relacionadas con la biblioteca y su sostenimiento) desde el principio de la evaluación, una vez constatada la existencia generalizada del problema y obtenido el visto bueno del director.

Estos representantes podrían (previa ausencia del personal de la biblioteca, ya que, aunque el problema es compartido, ellos son los más directamente afectados en principio) embarcarse en la búsqueda de soluciones a las dificultades que involucran —y afectan a— algunos de sus miembros. Podrían rastrearse así problemas no tocados en la solución descrita que, al estar centrada en la organización, no se planteó eventuales soluciones a los grupos o personas problemáticas (como los que hablan solos o los intoxicados) que parecen pasar parte de su tiempo en la biblioteca por carecer quizá de otros lugares o procedimientos de hacer algo útil y significativo en el barrio.

Además de ayudar a resolver los problemas de la biblioteca, el consultor de orientación comunitaria plantearía a los representantes de la comunidad qué es lo que se está haciendo para acoger a esa parte de sus miembros, embarcándose así en la búsqueda de soluciones a las que podrían unirse la parte del estaf de la biblioteca (un centro de la comunidad, a la postre) interesada en esa parte de las dificultades, una vez resuelta la que les afectaba directamente a ellos.

11.6 Crítica a la consulta como método de cambio

Podrían resumirse en los siguientes 4 puntos (algunos ya tocados en los distintos modelos):

1. No todos los trabajadores de servicios humanos pueden beneficiarse de la consulta (por su preparación o características personales), ni es lógico esperar que personas sin formación en SM quieran o puedan ocuparse de esas funciones además de las propias.
2. El método de consulta asume una razonable disposición al cambio en la organización o agencia consultante y una congruencia básica entre los fines de aquéllas y el consultor. Si esas asunciones no se dan de hecho, podría intentarse persuasivamente conciliar las discrepancias de fines y convencer a la agencia de la necesidad del cambio. Si esto no es posible, vale más trabajar con la comunidad o los grupos políticos para conseguir el cambio desde juera de la agencia.
3. Los beneficios de la consulta pueden ser usados (como ya se ha explicado) para fines de opresión, explotación o promoción de la conformidad en nombré de "la ciencia psicológica".
4. La rigidez o conflictividad interna de una agencia o sistema pueden hacer que los métodos de consulta disminuyan —en lugar de aumentar— su eficacia y deterioren gravemente la situación al destruir un equilibrio interno tenue y precario, desencadenando problemas de consecuencias incalculables.

Otros aspectos de las estrategias de consulta e ICTB no tratados aquí, son la evaluación de su eficacia y la formación.

La evaluación empírica de los resultados de la consulta es tratada por Bloom (1984; capítulo 4) y Rogawsti (1979); el tema de la formación del consultor es ampliamente tratado en Alpert y Meyers (1983). En el caso de la intervención de crisis y terapias breves, Butcher y Koss (1978) y Gibbs y cois. (1980; capítulo 9) han revisado su eficacia en relación a la terapia tradicional. Kalafat (1984) ha cubierto monográficamente la formación del interventor de crisis y terapeuta focal (varias otras publicaciones de las citadas al final tocan el tema más de pasada).

Referencias bibliográficas

ALPERT, J. y MEYERS, J. (1983). Training in consultation. Springfield, DL, Charles Thomas. ALTROCCHI, J. (1972). "Mental Health Consultation". En S.E. GOLANN y C. EISDORFER (eds.). Handbook of Community Mental Health. Nueva York, Appleton-Century-Crofts. BENNIS, W.G.; BENNE, K.D. y CHIN, R. (eds.) (1985). The planning of change. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston.

BLOOM, B.L. (1984). Community Mental Health (2* ed.). Monterey, Cal., Brooks/Cole. BUTCHER, J.N. y KOSS, M.P. (1978). Research on Brief and Crisis-oriented Psychotherapies. En I. WEINER (ed.), Clinical methods in Psychology. Nueva York, Wiley.

CAPLAN, G. (1961). An approach to Community Mental Health. Nueva York, Gruñe and Stratton.

—— (1970). The Theory and Practice of Mental Health Consultation. Nueva York, Basic Books.

—— (1979). Principios de Psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós.

CONOLEY, J.C. (1981). Consultation in schools: Theory, research and procedures. Nueva York, Academic.

COOPER, S. y HODGES, W.F. (eds.) (1983). The mental health consultation field. Nueva York. Human Sciences Press.

DURLAK, J.A. (1979). "Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers", Psychological Bulletin, 86, pp. 80-92.

GIBBS, M.; LACHENMEYER, J. y SIGAL, J. (1980). Community psychology:Theoretical and empirical approaches. Nueva York, Carden Press.

GOODSTEIN, L.D. (1978). Consulting with human service systems. Reading, Addison-Wesley. GURIN. G.; VEROFF, J. y FELD, S. (1960). Americans view their mental health. Nueva York, Basic Books.

HAAS, L.J. y WHEATHERLEY, D. (1981). Community Psychology in the library: Potentials for consultation. American Journal of Community Psychology, 9, 109-122.

HATTIE, J.A.; SHARPLEY, C.F. y ROGERS, H.J. (1984). "Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers", Psychological Bulletin, 95, pp. 534-541.

HELLER, K. y MONAHAN, J. (1977). Psychology and community change. Homewood, 111., Dorsey Press.

HELLER, K., PRICE, R.H., REINHARZ, S., RIGER, S. y WANDERSMAN, A. (1984). Psychology and community change. Challenges of the future (2" edic.). Chicago, Dorsey. KALAFAT, J. (1984). Training community psychologists for Crisis Intervention.

American Journal of Community Psychology, 12,241-251.

KORCHIN, S. (1976). Modern clinical psychology: Principies of intervention in the clinic and community. Nueva York, Basic Books.

MANNINO, F.V. y SHORE, M.F. (1985). "Understanding consultation: Some orienting dimensions", The Counseling Psychologist, 13, pp. 363-367.

MANNINO, F.V., TRICKETT, E.J., SHORE, M.F., KIDDER, M.G. y LEVIN, G. (1986). Handbook of mental health consultation. Washington, National Institute of Mental Health. MASSERMAN, J.H. (1990). Psychiatric consultations for public organizations: Principies and practice. Springfield, III Charles C. Thomas.

O'NEILL, P. y TRICKETT, E.J. (1982). Community consultation. San Francisco, Jossey-Bass. PERLMAN, R. y GURIN, A. (1972). Community organization and social planning, Nueva York, Wiley.

ROGAWSKI, A.S. (ed.) (1979). Mental Health Consultation in Community Settings. San Francisco, Jossey-Bass.

ROTHMAN, J. (1974). Planning and organizing for social change: Action principies from social science research. Nueva York, Columbia University Press.

Capítulo 12
La comunidad terapéutica

Joan A. Sales, Frederic Boix y Alipio Sánchez

12.1 La comunidad terapéutica: introducción y caracteres básicos

En esencia, una comunidad terapéutica (CT) es un espacio social construido con fines terapéuticos. Un grupo artificial duradero y residencialmente localizado (de carácter comunitario, por tanto), pero con una finalidad terapéutica respecto a problemas compartidos por sus residentes —drogadicción y trastorno mental, habitualmente—, lo que supone un correctivo significativo a la condición "natural" e integralidad inherentes a las comunidades sociales, no creadas con propósitos instrumentales preestablecidos, como ya se ha indicado en los capítulos 3 y 4 (4.7).

Una vez apuntado esto, intentar perfilar con más precisión y claridad las características y funciones básicas de la CT, resulta difícil, tanto en razón de su relativa juventud como fenómeno social y profesional, como de la constante evolución y diversidad de realidades acogidos a la denominación genérica de "comunidad terapéutica". Como dice Schittar (1972): "No existe un modelo de Comunidad Terapéutica, sino diversas modalidades de aplicación, que, por el mismo hecho de mantener su estructura en continuo devenir, son difícilmente esquematizables" (pág. 178). Refuerza lo ya dicho, el hecho de que hasta la fecha no existe —que nosotros sepamos— ni una delimitación "definitiva" ni una sistematización teórica general del tema, válidas para las diversas CCTT existentes.

El hecho de agrupar habitualmente esas realidades en una denominación única (como se hace de hecho en este libro sobre Psicología Comunitaria) sugiere, sin embargo, que los aspectos comunes (que confieren a la metodología de la comunidad terapéutica identidad substantiva y diferencial frente al trabajo clínica o el internamiento psiquiátrico convencional) son substanciales, prevaleciendo, en todo caso, sobre los diversificadores, teniendo, además, el fenómeno un carácter comunitario, cosas ambas que serán concisamente justificadas en las líneas que siguen.

1) En efecto, la CT es una forma de prestación de servicios —de salud— alternativa a la clínica tradicional, poco apropiada para encarar determinados problemas psicosociales —como las drogas— o los aspectos relaciónales y sociales ligados a otros problemas de salud mental. Esta búsqueda de formas alternativas de prestar servicios, optimizando la utilización de recursos profesionales con criterios poblacionales, sociales o comunitarios ha sido definida (capítulo 8; 8.6) como una de las funciones o componentes básicos del quehacer comunitario.

2) La metodología utilizada por la CT es de carácter comunitario en cuanto a los siguientes criterios: a) Se constituye en comunidad territorialmente basada; b) el cambio se produce a partir de elementos compartidos por sus miembros y de la creación de lazos e interacciones comunes (convivencia, reglas de comportamiento, actividades, interacción personal y grupal, etc.); c) el estilo de trabajo y formato relacional ayudador-ayudado comparte muchos de los caracteres distintivamente comunitarios: Igualitarismo, integralidad de la atención, énfasis en los recursos y capacidades de personas y grupos, actividad y protagonismo del cliente en el proceso de su propia recuperación, interdisciplinariedad profesional, utilización de paraprofesionales, etc.; d) énfasis en la rehabilitación social, constituyéndose así la CT en comunidad artificial temporal, de transición (desde una problemática psicosocial significativa) hacia la comunidad o contexto social mayor.

Existen, sin embargo, algunos rasgos claros de diferenciación de las CT y el estilo de trabajo comunitario asumido en la PC o SMC. El principal es la segregación espacial y social de la comunidad "natural" en que viven —y se asume, desarrollan sus problemas— los futuros residentes y la descontextualización social consiguiente del trabajo realizado. Eso, aun cuando, en línea con la transicionalidad descrita, se intenta realizar la reinserción —y contextualización— social en etapas posteriores, lo cual complementaría desde criterios más comunitarios el paréntesis social transitorio que viene a representar la CT.

3) Común denominador de las diversas CCTT es la reproducción —dentro de un contexto institucional— de un microgrupo o microsistema social en que se promueve —dentro de la familia de estrategias de cambio supra-individual en que participa la intervención comunitaria— el aprendizaje social y psicosocial. En este sentido, la CT ilustra perfectamente la estrategia de cambio socio-comunitario dirigida a crear instituciones o sistemas sociales paralelos (8.6).

Resumiendo, la filosofía general de la CT postula una intervención, de carácter globalmente comunitario, que proporcione los elementos y experiencias dirigidas a lograr la reinserción social del cliente en condiciones óptimas de autonomía personal e interacción positiva con su medio social. Esto se conseguiría aportando un espacio social y residencial que facilite los procesos de maduración y crecimiento personal y promueva los cambios —individuales, relaciónales y sociales— conducentes a tal objetivo de reintegración social.

Según sus características, las CCTT pueden utilizar también un mayor o menor número de técnicas provinientes de la Psicología Clínica (psicoanálisis, psicoterapias conductuales o humanistas, etc.). Estas técnicas —pensadas para conseguir cambios en los problemas psicológicos desde un encuadre de gabinete— nunca serán, sin embargo, las que predominen en el trabajo de las CCTT, cumpliendo simplemente la función de auxiliares terapéuticos complementarios al servicio de la estrategia global y objetivos de la CT. que se definen a continuación a partir de su carácter interventivo alternativo y de otros rasgos comunes a las CCTT.

El carácter alternativo e innovador de la CT —citado en sintonía con el estilo interventivo comunitario— vendría definido principalmente por los siguientes aspectos:

—Énfasis en el grupo, la cohesión grupal y las interacciones entre sus miembros para promover el aprendizaje social.

—Participación activa del paciente y cambio de su estatus respecto al que se deriva de la relación convencional (asimétrica) médico-enfermo o terapeuta-paciente. La persona objeto de atención pasa, en consecuencia, a denominarse residente o usuario —o con otros calificativos similares— para subrayar su carácter de colaborador activo y no objeto pasivo ("paciente").

— Relevancia y hegemonía de la Socioterapia (entendida ésta-como el proceso de ayuda que se deriva de la intervención generada en el seno de un grupo humano controlado) sobre las demás técnicas utilizadas en la institución. También, la utilización de otras dos variantes terapéuticas no centradas en el individuo:

— La terapia ambiental ("milieu therapy"), entendida como utilización de los diferentes elementos del medio como estímulos positivos y de efectos potencialmente terapéuticos.

— La terapia ocupacional, fundamentada en la utilización —con finalidad educativa y terapéutica— del trabajo y de la actividad y creatividad personal.

— La existencia de una cultura institucional propia y distintiva que, como conjunto de creencias, actitudes y pautas de conducta, regulan la vida cotidiana de la CT, proporcionándole cohesión y, a sus miembros, sentido de comunidad.

Rasgos comunes y diferenciadores de las CCTT. Hemos de reiterar aquí la dificultad, señalada al comienzo, de intentar encontrar constantes y rasgos definitorios compartidos en una

serie de realidades sociales diversas y dinámicas en la esperanza de destilar una "esencia" común que podamos llamar genéricamente "comunidad terapéutica". Quizá resulte más productivo describir tipologías de CCTT (cosa que haremos más adelante; 12.2 12 3 y 12 4) Esa heterogeneidad de realidades de CCTT es debida a una triple fuente de variabilidad: 1) El continuo proceso de cambio y adaptación de las comunidades, no sólo a los problemas atendidos, sino a los avances en su terapéutica; 2) el proceso de desarrollo y maduración característico de cada CT (no carente por otro lado, de paralelismos observables) para alcanzar su propia identidad institucional y social; 3) la multiplicación de experiencias concretas diversas, junto a la convivencia e influencia mutua, tanto de esas experiencias, como de los modelos generales ("europeo" y "americano", descritos más adelante), que ha provocado convergencias e interacciones a la vez que divergencias.

Dicho eso, podemos citar como rasgos comunes más generales a las CCTT los siguientes:
— Régimen de internado.
—Grupo de residentes de ambos sexos.
— Ingreso voluntario.
— Valoración del grupo como medio terapéutico y reeducador preferente
—Aprovechamiento de todos los hechos que acontecen como experiencia de realidad y factor reeducativo.
—Deliberación común cotidiana.
Entre los rasgos variables o diversificadores, cabe mencionar los siguientes:
—Ubicación: CCTT urbanas, semiurbanas y rurales —mayoritarias en la actualidad—.
—Personalidad jurídica: Con personalidad propia; pertenecientes a asociaciones, entidades u organismos. Algunas son satélites de grupos ideológicos o movimientos internacionales; otras bordean, incluso, la ilegalidad y el delito.
— Carácter económico: Privadas, públicas, subvencionadas o concertadas.
— Programas terapéuticos: Con un diseño y planificación terapéutico, sin diseño profesional y variantes intermedias; con y sin sistemas de evaluación formalizados; etc.
—Equipo responsable: De índole religiosa o sectaria; constituidos por ex-toxicómanos; profesionales; mixtos.

12.2 Origen histórico: el modelo europeo

Resulta difícil comprender la realidad actual de las CCTT sin examinar antes el modo en que surgieron y se desarrollaron históricamente.

Debemos distinguir antes, no obstante, dos modelos generales de CCTT claramente diferenciados en cuanto a su origen, problemática abordada y metodología usada y llamados, en función de su origen geográfico, modelo anglosajón o europeo (también, modelo "democrático") y modelo americano (o "autoritario"). A pesar de la diferencia de denominación de los 2 modelos —calificada por alguno de "maniquea"—, su evolución y expansión ha sido paralela en sus ámbitos geográficos respectivos. (Últimamente, además, se observa una cierta tendencia hacia la homogeneización como fruto de una serie de desarrollos ligados a la creciente profesionalización del campo). La modalidad europea de CT está centrada en pacientes con problemas psicológicos, desarrollándose dentro de instituciones psiquiátricos. La americana, en cambio, se ha centrado en drogodependientes no internados.

El modelo europeo es el que alumbró el fenómeno de la CT. El término "comunidad terapéutica" aparece por primera vez en 1946 de la mano de T.F. Main, psiquiatra británico del hospital de Birmingham, en el artículo "The Hospital as a Therapeutic Institution", publicado en

un número especial del "Bulletin of the Menninger Clinic". En él se narra el trabajo realizado en 1943 por el "grupo de Northfield" (Bion, Rickman, Fouikes; Main perteneció también al grupo) en el Hospital Militar Northfield con soldados con trastornos psiconeuróticos graves a quienes organizaron de forma comunitaria, en grupos de discusión y participación en las decisiones sobre la marcha de la unidad. Prestaron también atención especial al estudio de la estructura de esos grupos y de las fuerzas que operaban en ellos.

Pero fue Maxwell Jones quien imprimió contenido y cuerpo teórico al término "comunidad terapéutica" a partir de la publicación de su labor en diversos hospitales desde 1941, vinculándose desde entonces este concepto a su nombre. Estos hospitales fueron:

• 1941-44. Mili Hill School, en cuyo departamento de medicina psicosomática —destinado a pacientes con trastornos funcionales cardíacos— reunía diariamente a pacientes y personal para analizar el funcionamiento del servicio.

• 1945-47. Hospital para prisioneros de guerra de Dartfort. Trabajó en su re-adaptación social mediante la convivencia en una comunidad de "transición" prosiguiendo también las reuniones diarias citadas.

• 1947-59. Belmont Hospital de Surrey, en el que creó en 1947 una unidad para inadaptados "industriales" ("Industrial Neurosis Unit"), que en 1954 pasó a tratar inadaptados "sociales", ("Social Rehabilitation Unit"), para convertirse más tarde en el hospital Henderson, para psicópatas. Durante este período Jones elabora las ideas básicas sobre la comunidad terapéutica, funcionamiento y aplicaciones. Cabe destacar como prácticas más innovadoras las reuniones cotidianas de personal y pacientes —llamadas "reunión mundial"—, que contribuyeron a desmitificar la imagen autoritaria del hospital y, el énfasis puesto en la autoayuda, ayuda mutua y en el trabajo conjunto de todos para ayudarse a sí mismos y a los demás.

Fueron las exigencias resultantes de la Segunda Guerra Mundial, en el contexto de los servicios de reinserción social para ex-prisioneros de guerra y marginados sociales, las que propiciaron —junto a la preocupación preexistente en el mundo anglosajón por la reforma de los asilos psiquiátricos tradicionales— la aparición de la comunidad terapéutica. Estas exigencias se derivaron principalmente de:

— La incapacidad de los hospitales psiquiátricos para atender al numeroso contingente de soldados con trastornos mentales secundarios a la contienda.

— La necesidad de recurrir, por razones económicas, a tratamientos colectivos, desestimándose las terapias individuales en la mayoría de los casos.

Exigencias que convergen con otros factores no menos decisivos:

— La sensibilización de los psiquiatras que participan en las cajas de reclutamiento (y obligados con ello a salir del universo cerrado de los hospitales psiquiátricos y de la tranquilidad de sus gabinetes de psicoterapia) sobre la enorme influencia de los factores sociales sobre los pensamientos, sentimientos y conducta de los individuos.

— La experiencia de muchos profesionales en campos de concentración facilitó un cambio de actitud, especialmente de los psicoanalistas, que se mantuvieron al principio al margen del fenómeno de las CCTT. Bruno Bettelheim, uno de los más conocidos y respetados, estuvo recluido en los campos de Buchenwaid y Dachau y reflejó así ese cambio de actitud: "...Observé cambios rápidos no sólo en el comportamiento, sino también en la personalidad; cambios increíblemente rápidos y a menudo mucho más radicales que los que pudieran producirse en el tratamiento psicoanalítico ... tuve que aceptar que el medio ambiente podía cambiar la personalidad totalmente, no solo la del niño, sino también la del adulto" (citado por Comas, 1988).

— La aparición de varios estudios sobre los efectos perniciosos (agravantes y de cronificación de

los trastornos) del hospital psiquiátrico tradicional (Barton, Caudill, Goffman, Stanton y Schwartz, entre otros). Esos estudios, no sólo resultaron decisivos para la imposición de una reforma institucional psiquiátrica, sino que tuvieron el efecto de avalar los aspectos negativos que la CT quería superar a través de la "terapia comunitaria".

— Los cambios legislativos durante la guerra y postguerra —reflejo de la conciencia de asumir responsabilidades sociales antes ignoradas—, que suponen un viraje de la actitud social hacia los enfermos mentales: Creación del "National Health Service" en 1947 y ley sobre personas incapacitadas ("DisabledPersons Act") en 1944.

— En 1953 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el tercer informe del Comité de Expertos en Salud Mental —que recoge todas las reformas intentadas en el campo— afirma que: "la atmósfera del hospital mental es el factor más importante en la eficacia del tratamiento" añadiendo que el hospital psiquiátrico debía ser, en su totalidad, una comunidad terapéutica regida por determinados principios:

— Conservación y protección de la individualidad del paciente.

— Confianza en el paciente y en su capacidad para tomar iniciativas y asumir responsabilidades propias.

— Ocupación del tiempo de los pacientes en determinados tipos de trabajos y actividades.

— Promoción y mejora la comunicación con el equipo.

— Evitación de las sanciones disciplinarias por mal comportamiento.

El Quinto y séptimo informes del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, reafirmaron —en 1957 y 1959 respectivamente— la consideración del Hospital Psiquiátrico como una comunidad terapéutica en interacción con el medio social así como la relevancia de la terapia ambiental y ocupacional. Estas recomendaciones no conducirían necesariamente, sin embargo, a la transformación de los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas tal como la entendieron los renovadores ingleses, particularmente M. Jones. Partiendo de la reforma necesaria de esas instituciones, estos añadieron otros principios —calificados de revolucionarios— que suponen una utilización deliberada de los recursos de la institución (médicos, pacientes y personal auxiliar) como conjunto orgánico no jerarquizado con finalidad terapéutica, así como la supresión del formato tradicional de relación médico-enfermo o terapeuta-paciente. Los siguientes principios:

—Libertad de comunicación. La comunicación se da entre los distintos niveles y en todas direcciones y no sólo en forma unidireccional y jerárquica, de arriba a abajo.

—Análisis de todo cuanto sucede cotidianamente en términos de dinámica individual e interpersonal.

—Provisión de experiencias de aprendizaje, tanto espontáneas y derivadas de la relación y convivencia cotidianas como planificadas a través de actividades (salidas individuales o grupales, asistencia a actos públicos, etc.), orientadas hacia la reeducación social y que permitan ensayar esquemas de comportamiento social.

Sintetizando las aportaciones posteriores de otros autores (Rapoport, entre los más destacados) con nuestra propia visión, citaremos como constantes fundamentales características de las comunidades terapéuticas del modelo europeo las siguientes:

1. En la CT no se produce la separación y el distanciamiento entre equipo médico y grupo de pacientes característico del internamiento hospitalario, evitándose así las interacciones rígidas, estereotipadas y rutinarias de los grandes hospitales.
2. No existe ni la jerarquización autoritaria ni los procedimientos casi carcelarios propios los asilos psiquiátricos.
3. Todas las relaciones que se producen en el seno de la comunidad son consideradas como

potencialmente terapéuticas.
4. Por lo tanto, toda la ambientación juega un papel de cura importante. Se da gran valor al clima emocional de la institución.
5. Se busca una forma de organización democrática y socializada que facilite el máximo de ocasiones de participación activa de los residentes en la vida de la pequeña colectividad.
6. La comprensión y la aceptación de la conducta distorsionada —entendida por muchos como permisividad— es una de las reglas terapéuticas básicas.
7. El paciente reside en la comunidad voluntariamente. No se le encierra ni coacciona; vive en un régimen totalmente abierto.
8. El grupo humano acogido en la CT es numéricamente reducido a fin de evitar las deformaciones psicológicas y sociales asociadas a la masificación de las grandes instituciones.

El plan de actividades es una de las grandes preocupaciones de los responsables de una CT ya que del acierto o fracaso en éste aspecto se deriva, inmediatamente, un nivel u otro de posibilidades terapéuticas. Las actividades cotidianas se suelen agrupar de la siguiente manera (más adelante se ofrece una descripción más detallada del calendario de una CT concreta):
1. Actividades de mantenimiento de la CT.
2. Trabajo preprofesional (talleres, granja, campo, etc.).
3. Comidas y sobremesas.
4. Reuniones comunitarias.
5. Reuniones específicas, comunitarias o grupales, de carácter educativo, terapéutico (incluyendo técnicas individuales) o sobre la organización funcional de la CT.
6. Actividades de ocio y diversión.
7. Espacios de descanso.

La programación del tiempo pretende favorecer los objetivos terapéuticos reproduciendo, a la vez, los horarios de actividades que se observan en la vida social cotidiana del exterior de la CT. La actividad del residente es, por otro lado, uno de los recursos terapéuticos principales tanto para limitar el campo de los soliloquios y los pensamientos delirantes como para estructurar hábitos conscientes y realistas.

No hay que olvidar, finalmente, la regla fundamental"... que todas las reglas estén siempre abiertas a los procesos de análisis, revisión y actualización" (Laing), dado que toda institución, más tarde o más temprano, muestra tendencias a esclerotizarse y a viciarse.

12.3 El modelo americano

Este modelo nace en Estados Unidos (EE.UU.) en los años 60, en el contexto de un amplio movimiento antiinstitucional en el campo de la Salud Mental, como estrategia de tratamiento residencial de drogodependientes. Pretende ser una alternativa antiprofesional y antiinstitucional aunque, contrariamente al modelo europeo, surge como reacción relativamente inmovilista o reaccionaria frente a los intentos de apertura y democratización de los Servicios Sociales y de Salud Mental en EE.UU. Con un sustento ideológico crítico, alimentado por las investigaciones sobre los efectos de las instituciones psiquiátricas (por ejemplo, Goffman, 1984) y por algunas de las ideas de la antipsiquiatría (Cooper, Laing, Szasz...), tomó fuerza este movimiento que preconizaba la abolición de las instituciones y la ineficacia de los profesionales enfatizando, en cambio, la resolución de los problemas a abordar a través de la autogestión institucional, la autoayuda y la ayuda mutua.

Por otra parte su carácter de radical oposición a toda institución y profesionalismo, propició la tendencia a la ubicación rural creando un referente estético de comunidad terapéutica

rural ampliamente aceptado —con independencia de sus contenidos reales— por los medios de comunicación, los jóvenes y los grupos "progresistas", que se ven especialmente atraídos por sus connotaciones "bucólicas", de alejamiento de los núcleos de conflictividad social y familiar y de "retomo a la naturaleza". El modelo, que goza de una vigorosa expansión, representa un cierto retroceso respecto a los logros de la CT defendida por M. Jones y otros reformadores psiquiátricos: Disminuye la multidireccionalidad de la comunicación, se acentúan las relaciones de autoridad y la diferenciación de los roles y se jerarquiza el sistema comunitario, desapareciendo prácticamente la participación grupal en las decisiones en la medida en que existe de antemano un programa de tratamiento y código normativo al que el paciente debe adaptarse o, de lo contrario, abandonarlo.

Se trata, pues de un fenómeno social reaccionario con la suficiente fuerza como para generar instituciones alternativas, capaces de rescatar antiguos métodos autoritarios y jerárquicos de tratar a los pacientes. "Lo que pasó en EE.UU. a fines de los años 50 y principios de los 60, momento en que se produjo uno de los ciclos altos de consumo de heroína, fue precisamente que las instituciones de Salud Mental, en plena reforma, no podían jugar el papel represor y totalizador que el drogodependiente exigía, muchas instituciones sanitarias no eran lo suficientemente totales ni represivas para las necesidades de un colectivo que vivía la libertad como un riesgo" (Comas 1988-Pág.31).

Este modelo de CTD (Comunidad Terapéutica para Drogodependientes) representa una filosofía parcialmente contraria al de la CT descrita más arriba. Comparte, sin embargo, con ella la mayoría de las características restantes en cuanto a modelo comunitario-residencial de intervención y, sobre todo, el objetivo fundamental de conseguir (excepto Synanon) la reinserción social del residente, en este caso, como individuo productivo y libre del consumo de drogas. Estos dos aspectos de productividad y abstinencia de drogas serán los ejes —a la vez que los objetivos fundamentales— de la reinserción en las CTD.

Describiremos a continuación brevemente dos experiencias que, además de ser pioneras, ilustran la aparición y la evolución de los estilos de trabajo más extendidos en las CTD, siendo, al tiempo, referentes básicos de algunos de las redes de CTD en España.

12.3.1 SYNANON

Charles Dederich, miembro de Alcohólicos Anónimos (AA), empezó a reunir en 1958 en su casa de Ocean Park (California) un grupo al que paulatinamente se añadieron dependientes a los narcóticos que buscaban la abstinencia a través del método de AA. Observando que, efectivamente, estos últimos conseguían cesar el consumo de drogas, fundó un año más tarde en Santa Mónica (California), con un grupo de unas 40 personas adictas a toda clase de substancias, la primera comunidad residencial de Synanon, que, concebida inicialmente como un grupo de autoayuda, fue evolucionando hacia las siguientes características finales:

—Autofinanciación a partir de los negocios dirigidos por los propios residentes y de donaciones particulares —con rechazo de subvenciones estatales o condicionadas—, reinvirtiendo en la propia comunidad todos los beneficios. "Synanon Foundation Inc." creció hasta convertirse en una empresa de millones de dólares.

— Autosuficiencia a todos los niveles. La dirección de la comunidad es llevada por los propios ex-adictos, quienes se organizan en forma jerárquica distribuyéndose todas las tareas y funciones del centro sin la intervención de ningún personal cualificado y rechazando cualquier método de tratamiento formal y de evaluación de resultados terapéuticos.

—Rechazo de la reinserción social. Se considera a la sociedad como incompatible con el

toxicómano, planteándose por ello como única posibilidad al de permanencia indefinida en la organización.
—Madurez por el rango. Se utiliza el rango jerárquico dentro de la organización como reflejo de la actitud y conducta del residente, produciéndose frecuentes y rápidos cambios de posición jerárquica en función de la conducta puntual.
— Los "Synanon Gomes" (juegos Synanon). En ellos, el residente es expuesto, en reuniones grupales, al continuo ataque por parte de los demás miembros de la comunidad en todos los aspectos personales que se piense han de ser modificados, persiguiendo una reacción "catártica" o purificadera.
— Culto al líder. Culto que, junto al rechazo del mundo exterior y a determinados aspectos megalomaníacos llevó al grupo a adoptar características de una secta con objetivos centrados en la propia expansión y sin planteamientos realmente asistenciales.

Este modelo de CT se sustenta sobre la base de proveer al residente de un "medio familiar" que desarrolla el sentimiento de pertenencia grupal y la autoidentidad y autoestima personal en función del rol desempeñado. Esto se hace a través de un método (los "juegos Synanon") con que destruir —más que resolver— los sentimientos y comportamientos inadecuados, para conseguir un grado de "maduración personal" y responsabilidad de los que supone carece el toxicómano. El modelo ha dado lugar a toda una generación de CTD cuyo referente en España son las comunidades de la red de El Patriarca.

12.3.2 DAYTOP VILLAGE

La CTD más importante y que sirvió de modelo referencial para multitud de experiencias en diversos países. Se inicia en 1963, con la contratación por parte de la administración pública norteamericana de un grupo de miembros disidentes de Synanon para ocuparse, conjuntamente con un equipo profesional, de un centro para drogodependientes en situación de libertad vigilada y de tratamiento obligatorio. Su denominación (Daytop) se deriva de "Drug Addicts Treated on Probation" (drogadictos en tratamiento bajo libertad provisional). Su financiación provenía de un distrito judicial de Nueva York. La filosofía y métodos interventivos de Daytop evolucionaron desde una posición inicial en que —al igual que Synanon— considera que la sociedad no es apta para los toxicómanos recuperados —no contemplando, por tanto, la reinserción social—, hasta una etapa posterior en que crea un programa intermedio de reinserción (de 6 a 8 semanas, con pisos terapéuticos y psicoterapia de apoyo) en I que la terapia familiar adquiere protagonismo terapéutico.

Mantiene de Synanon el modelo de roles y estructura jerárquica y relacional similares a los de Synanon. Los Synanon Games también se utilizan, aunque bajo modalidades de grupos de encuentro diferenciados.

Entre sus características principales pueden mencionarse:
— Estaf mixto de profesionales y extoxicómanos. — Su objetivo es la reinserción, cumpliendo la CT una función de recurso rehabilitador para su consecución.
— Existencia de un "programa" que viene delimitado por la duración orientativa del tiempo regular de permanencia en el centro (de 12 a 18 meses) previo a la segunda fase de reintegración (6 a 8 semanas).
—Selección previa para evaluar la motivación de ingreso, por lo general difícil y con una duración variable entre días y meses.
— Modificación de la conducta, a través de un sistema de recompensas y castigos en que la movilidad en el rol jerárquico del centro desempeña un papel importante.

— Grupos de encuentro —tres veces por semana y con una duración aproximada de 2 horas— orientados a la expresión de la vivencia interna de los residentes así como al examen del comportamiento de los miembros y a la confrontación grupal. En estos grupos se realiza una aproximación de los Synanon Games a la terapia de grupo más convencional.
—Grupos terapéuticos de mayor especificidad que los anteriores: Grupo dinámico, de expresión y clarificación de sentimientos; grupo estático, de profundización de los conflictos a partir de la historia del residente; y otros. — Terapia familiar, a través de grupos de encuentro. Representa uno de los aspectos terapéuticos más significativos de Daytop.

El sinónimo de Daytop en Europa (y España) son las CTD del "Progetto Uomo" (Proyecto Hombre) nacido —en colaboración con Daytop Village— en los años 70, a partir de las actividades del Centro Italiano de Solidaridad. Como antes decíamos, el modelo de Daytop ha sido el de mayor difusión, dando lugar a una segunda generación de CTD. A ello ha contribuido la labor de sus dirigentes (especialmente de su director W. 0'Brien) que, al frente de la TCA ("Therapeutic Communities of América Inc."), viene organizando desde mediados de los 70 las "Conferencias Mundiales de Comunidades Terapéuticas", entre otras actividades.

12.4 Características comunes del modelo americano

Si bien las particularidades de cada una de las más de 500 CTD que existen en EE.UU. son numerosas, existe una filosofía común —fruto principalmente de las relaciones que han tenido entre sí— que puede resumirse en los siguientes principios:
—Rechazo del modelo médico de tratamiento y relación (Roig, 1986), utilizándose, en consecuencia, un lenguaje "no médico" (programas residenciales, graduados, etc.).
— Funcionamiento determinado por programas terapéuticos que definen la duración del tratamiento, por lo general entre 1 y 2 años.
— La finalidad, excepto en Synanon, es la reintegración del residente en la sociedad. —Ingreso en el centro tras haber demostrado el candidato la suficiente motivación para el mismo, con valoración especial del reconocimiento del abuso de tóxicos como causa del deterioro de su estilo de vida.
— Se considera la toxicomanía como la manifestación de un desorden más profundo que afecta a totalidad de la persona —en las esferas cognitivas, conductuales, caracteriales, etc.— y al toxicómano como a un individuo detenido en su desarrollo afectivo y con dificultades para controlar sus impulsos.
— La CT ofrece un sistema comunitario de convivencia que provoca el fracaso de las conductas inmaduras y permite el aprendizaje de patrones de conducta más adaptativos y maduros.
— Favorece el sentimiento de pertenencia a un grupo "familiar", con sus respectivos roles jerárquicos, que proporciona a sus miembros afecto, comprensión y apoyo, al mismo tiempo que le exige el cambio personal.
—Sistema de recompensas y castigos de las conductas de los miembros de la CTD (con frecuencia a través de la humillación pública del paciente y el cambio de rango jerárquico) según su adecuación y ajuste a la "cultura institucionar.
— Sistema rígido de normas que delimitan claramente los comportamientos permitidos en el centro. Las siguientes actividades están comúnmente prohibidas en la mayoría de las CTD, de forma que su transgresión comporta generalmente la expulsión de la misma son:
• El consumo de drogas.
• La. violencia física.
• Las relaciones sexuales.

— Identificación con el equipo terapéutico (profesionales-extoxicómanos) que ejemplifica los roles y comportamientos a imitar.
— Etapa inicial de máximo aislamiento del adicto respecto de su medio y relaciones habituales a través de la incomunicación total con el exterior (eliminando las salidas de la CT, la correspondencia o las llamadas telefónicas).
— Consideración de la convivencia y experiencia de vida comunitaria como forma de autoayuda, estableciéndose, en consecuencia, un paralelismo entre motivación personal para el cambio y efectividad del tratamiento (ver capítulo 13).

12.5 Las comunidades terapéuticas en España

Con excepción de alguna experiencia aislada (como el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, en los años 60), las comunidades terapéuticas no aparecen en nuestro país hasta el década de los 80. Esto es debido, sobre todo, a la tardía democratización del país respecto a Europa, retraso que encuentra su reflejo concreto en las Diputaciones Provinciales de que dependían entonces la mayoría de instituciones psiquiátricas. Y esto, a pesar de darse en la década de los 70 un movimiento reformista en el campo de la salud mental que denuncia la situación de miseria y abandono en que se encontraban las instituciones manicomiales. Desde unos planteamientos ideológicos claramente antiinstitucionales, afines a la antipsiquiatría británica y a las experiencias de desinstitucionalización italianas, se preconiza el desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos, aunque sin contemplar ni alternativas institucionales sustitutorias, ni la reforma eventual de esas instituciones.

En este contexto ideológico, la clara hegemonía numérica de las CT para drogodependientes en los años 80, más la irrupción masiva del problema de la droga por esa época, hace que en España se aplique el término "comunidad terapéutica" casi únicamente a las CT para drogodependientes, que en pocos años pasan a representar el modelo institucional con mayor índice de crecimiento.

Las primeras CTD en España fueron:
•1976, REMAR en Málaga; dependiente la fundación de la Iglesia Evangélica.
•1978. "La Plana", en Barcelona; dependiente del Instituto Genus. Hasta 1980 para pacientes psiquiátricos; desde entonces para drogodependientes. Entre sus cofundadores figuran dos de los autores de este capítulo (JAS y 1 FB).
• 1979. "El Monasterio" de la Trinidad, en Valencia; dependiente la Asociación de El Patriarca; para drogodependientes.
• 1979. "Casa Lanza", en Valencia; dependiente del Hospital Psiquiátrico de Bétera; también para drogodependientes.

En un primer estudio de las CTD en España (Polo y Zelaya, 1985) se distinguen tres categorías en función de quién controle su funcionamiento: 1) Profesionales; 2) de ex-toxicómanos; 3) de instituciones religiosas. Posteriormente Comas (1988) realiza una clasificación más operativa en base al tipo de red a que pertenecen las CTD. La pertenencia a una red implica usualmente ligazones orgánicos o institucionales entre las CTD, a la vez que la utilización de programas, recursos y sistemas terapéuticas similares. Se reconocen 6 redes: 1) Pública; 2) privada; 3) Le Patriarche (El Patriarca); 4) ligadas a las Iglesias Evangélicas; 5) "Proyecto Hombre"; 6) Narconón. El estudio mencionado contabilizó 117 CTD abiertas y en actividad, cifra que ha continuado incrementándose desde entonces.

Actualmente existe una tendencia general a la profesionalización de las CTD. Las actitudes y filosofías antiprofesionales, autogestionarias y de "opción de vida" que alimentaron

las primeras CTD, van siendo substituidas por planteamientos progresivamente más asistenciales para la reintegración del toxicómano a la sociedad. Esto se realiza a través de programas que, aprovechando los aspectos positivos de sus precedentes, incorporan un estaf profesionalizado y multidisciplinarr, estando a la vez coordinados y vinculados con los servicios de salud. Mantienen una diferenciación clara entre equipo institucional y grupo de residentes y predominan criterios profesionalizados de: admisión, programa terapéutico, alta, derivación a otros centros de reinserción o tratamiento, intervención en el medio socio-familiar inmediato y evaluación de resultados.

Por otra parte —y sin renunciar a la "jerarquización" y a los métodos "autoritarios"— se produce un acercamiento al principio de "democratización" del modelo original de M. Jones a base de proporcionar espacios (siempre "controlados" por el equipo) de debate y de toma de decisiones por parte del grupo de residentes. En este sentido hay que destacar en España la creación en 1986 de la A.P.C.T.T. (Asociación de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos) que viene realizando anualmente jornadas estatales de trabajo en torno a las CTD y que, si bien jurídicamente se compone de profesionales asociados, funciona —y está pensada— como asociación institucional de las CT profesionales.

Sus fines básicos son (APCTT, 1989): "La promoción y el desarrollo de las Comunidades Terapéuticas como modalidad de atención y tratamiento profesional para la deshabituación y reahabilitación de personas toxicómanas". También, la formación de los profesionales y promoción de la investigación; facilitar la obtención de recursos técnicos; y adoptar las iniciativas propias o ajenas sobre cuestiones profesionales, legales o sociales pertinentes y relacionados con el tema de la drogodependencia y su tratamiento.

La asociación propugna un modelo de CT profesional en base a los siguientes principios (APCTT, 1989):

— Equipo terapéutico pluridisciplinario, diferenciado del grupo de clientes asistidos y con contrato laboral.
— Programa terapéutico descrito y argumentado con perspectiva científica.
— Criterios de diagnóstico, admisión y alta.
— Protocolos médico, psicológico y social.
— Sistema de evaluación de resultados y análisis autocrítico.
— Colaboración con programas de tratamiento amplio y global.
— Tiempo límite de estancia del toxicómano en la comunidad.
— Propósito de reintegración de éste a la vida social común.
— Cumplimiento de la declaración de los derechos del enfermo.
— Control objetivo y garantizado de la abstinencia de drogas psicótropas.
— Inexistencia de adoctrinamiento ideológico.
— Condiciones higiénicas y sanitarias propias de un centro de tratamiento.
— Que el centro no pertenezca a ningún movimiento u organización proselitista/expansionista.

12.6 Evaluación de resultados

Resulta difícil hablar de cifras de resultados sobre la eficacia terapéutica y rehabilitadora de la CCTT para drogodependientes cuando existen centenares de experiencias diferentes, con objetivos terapéuticos no siempre concordantes y, sobre todo, sin un sistema estandarizado de evaluación.

Por otro lado, los datos de resultados son, muchas veces, difíciles de recoger —o no existen, sin más—; su interpretación resulta a menudo parcial o interesada y no existe consenso

sobre cuales deberían ser los instrumentos válidos de evaluación. Todo lo cual contribuye a que los resultados existentes no sean, con frecuencia, homologables. En este sentido, no existen datos significativos sobre las tasas de retención, o el mantenimiento de la abstinencia posterior al ingreso en CT, ni sobre las variables sociales que influyen significativamente en el consumo de drogas.

Así, frente a las cifras que señalan, en general, elevados porcentajes de "curación" —alrededor el 80— al alta de los residentes —y en base a criterios subjetivos de los equipos de tratamiento—, otras, de seguimiento posterior al alta, arrojan cifras —probablemente más realistas o menos "interesadas"— de alrededor del 20 al 40.

Además, en la medida en que cabe considerar a la CT no como un recurso aislado y finalista en sí mismo sino como parte integrante de una red asistencial y de ayuda social más amplia, habrá que precisar los objetivos a evaluar en ella, por encima de la simple abstinencia. En todo caso, esa abstinencia sería objetivo global de toda la red y no de la CT por sí sola. Cabe decir, no obstante, que está demostrada la correlación entre tiempo de permanencia en la CT y mantenimiento posterior, tanto de la abstinencia como del estilo de vida que la favorece. Dato éste indicativo del potencial terapéutico y rehabilitador del entorno comunitario (probablemente en conjunción, sin embargo, con otras variables personales —de motivación— y psicosociales —entorno familiar, social, etc.— ligadas tanto a la selección inicial de residentes en la CT como a su permanencia en ella).

12.7 Descripción de una comunidad terapéutica concreta

Para ilustrar mejor qué es una Comunidad Terapéutica describiremos el funcionamiento de la CTD "La Plana" de Barcelona, en la que trabajamos JAS y FB.

"La Plana" se define a sí misma como una "comunidad rural educativa y terapéutica", un centro socio-sanitario para el tratamiento de deshabituación y rehabilitación de drogodependientes, en que se aplica un programa terapéutico y reeducativo amplio de tipo institucional. Como se ha dicho ya, data de 1978. Los dos primeros años se dedicó a la atención de enfermos psíquicos: Desde 1980 atiende exclusivamente a toxicómanos. A partir de 1985 pertenece a la "Xarxa (Red) de Atención a la Drogodependencia" de la Generalitat de Catalunya a través del convenio con el Instituí Cátala desistencia i Servéis Socials (ICASS).

Respecto a la deshabituación se propone la: 1) Modificación de hábitos perjudiciales; 2) eliminación de los actos compulsivos; 3) ruptura de la situación de dependencia. Respecto a la rehabilitación: 4) La mejoría o resolución de los conflictos psicológicos condicionantes; 5) reestructuración positiva de la personalidad; 6) el desarrollo de mejores aptitudes convivenciales y de adaptación social. Esos objetivos se persiguen proporcionando al drogodependiente un ambiente libre de droga que le facilite un cambio de vida radical lejos de su entorno social habitual y dotándolo del apoyo psicoterapéutico y educativo apropiado.

Descripción física del centro. La CT está instalada en una finca rural a unos 100 km. de Barcelona. Ocupa tres edificios: Una masa reconstruida de unos 300 m y dos pabellones de 225 m2. Estas edificaciones contienen: 20 habitaciones para residentes, 3 duchas, 1 bañera, 5 W.C., 7 lavabos, 1 cocina, 1 despensa, 1 comedor, 1 sala de estar (con chimenea, cadena musical y televisión), 1 sala para reuniones de grupo, 3 salas (para entrevistas, visita médica y sesiones de psicoterapia), 1 biblioteca, 1 taller artesanal y de mantenimiento, 1 despacho para el equipo, 1 sala para registros y recogida de muestras de orina, 1 farmacia y 1 despacho de intendencia. Existe también agua comente (fría y caliente), electricidad, teléfono, cocina de butano, nevera, congelador, lavadora y calefacción. También dispone de campo de deportes, huerta y espacio

para granja.

Equipo institucional. El centro está dirigido y dinamizado por un equipo profesional pluridisciplinar compuesto por: 1 director-gerente; 2 psicoterapeutas; 1 médico responsable de la atención sanitaria; 1 responsable de los monitores-socioterapeutas; 5 monitores-socioterapeutas; 1 responsable de admisiones y atención a las familias y 1 administrativo. Además, colaboran habitualmente monitores de taller contratados y un equipo de terapia familiar en la sede de Barcelona de la CT.

El centro establece un contacto previo con los profesionales o equipos derivantes antes de atender al drogodependiente derivado, solicitando: Diagnóstico, informe de las características psicológicas y sociales del caso, resultado de las pruebas de exploración médica, estrategia terapéutica establecida y pronóstico. También se acuerdan las formas de comunicación y de colaboración entre los dos servicios, durante el período de internamiento en la CT y el proyecto posterior de reinserción.

Características y criterios terapéuticos y residenciales. El programa de tratamiento del centro se fundamenta en:

— Ingreso y permanencia voluntarios.
— Estancia mínima de 8 meses y máxima de 14 meses.
— Interdicción de toda droga psicoactiva.
— Cambio ambiental radical.
— Atención personalizada.
— Automotivación y participación activa del propio drogodependiente.
— Interacción en el grupo.
— Actividad ocupacional.
— Psicoterapia individual.
— Psicoterapia de grupo.
— Control médico del estado físico y de su evolución.
— Tutoría permanente del equipo institucional.

El régimen es de internado y la capacidad del Centro es de 30 personas (de ambos sexos).

Normas. El toxicómano, al ingresar, firma un "contrato terapéutico" en que se compromete a cumplir la siguiente normativa:

— Permanecer durante los 90 primeros días de estancia en el espacio de la CT sin realizar salidas autónomas, recibir visitas, comunicaciones telefónicas o correspondencia postal.
— Afrontar los efectos residuales de la intoxicación y la dependencia psíquica de la droga con recursos propios y naturales, prescindiendo de productos farmacológicos.
— Participación habitual, completa y con buen rendimiento, en todas las actividades diarias que le correspondan.
— Tener una o dos sesiones semanales de psicoterapia individual con el psicólogo asignado.
— Asistir a todas las reuniones de grupo que se convoquen.
— Cumplir puntualmente el horario establecido.
— No introducir, poseer o consumir alcohol, drogas o fármacos no autorizados dentro de la CT.
— No consumir cualquiera de estas substancias fuera de la CT en las salidas ocasionales que el residente pueda hacer durante su estancia.
— No agredir físicamente a nadie, ni formular amenazas de daño.
— No hurtar dinero u objetos pertenecientes a otros residentes, a visitantes o a la propia institución.
— No abandonar el recinto de la CT sin autorización expresa.
— Aceptar someterse a medidas de control analítico y registro de su persona, ropa, objetos y de

su habitación, siempre que el equipo institucional lo estime necesario.
— Aceptar y cumplir cualquier disposición o reglamento complementario que establezca la institución.

Esta normativa marca los límites indispensables para poder realizar el trabajo terapéutico. Ante las faltas graves, la institución puede determinar la expulsión inmediata del autor. Ante las más leves, se responde con avisos o amonestaciones a modo de advertencias educativas correctoras, más que castigos sensu strictu. Es condición indispensable para el ingreso no estar bajo el efecto de substancias que puedan ocasionar síndrome de abstinencia o deprivación en la CT, cuestión controlada mediante la analítica de orina.

Orientación y aplicación del programa reeducativo. El modelo de tratamiento adoptado trata de proporcionar los conocimientos, condiciones psicológicas y apoyo emocional al drogodependiente para que este pueda conseguir:
— La comprensión y superación de su dependencia multifactorial de las drogas.
—La reestructuración de hábitos y actitudes.
—La mejoría de las aptitudes críticas, la lucidez y el autocontrol.
—El aprendizaje o recuperación de los comportamientos básicos de adaptación social.
—La construcción de un proyecto de vida significativo y realista.
—El progreso en la salud y calidad de vida.

El programa se desarrolla en varias fases contemplando diversas actividades específicas. Esas actividades terapéuticas y reeducativas regulares—interactivas y complementarias entre sí—son:
• Psicoterapia individual dirigida a los problemas psicológicos mediante la comunicación dual residente-terapeuta. Se intenta inducir un proceso dinámico-evolutivo que se propone promover un aprendizaje corrector en las áreas de la experiencia interna y de los mecanismos psicológicos de control de la conducta. Una o 2 sesiones semanales.
• Socioterapia. Tratamiento psicosocial que trata de producir cambios colectivos o grupales a través del manejo y la utilización controlada de la dinámica convivencial y de la cotidianeidad. Se diferencia de la psicoterapia por:
1) Utilizar un encuadre amplio y multiforme dado que se sirve de toda la estructura institucional sin delimitación de espacio ni tiempo concretos;
2) proceder con múltiples socioterapeutas que desarrollan roles y secuencias de intervención diversos.
Las actividades regulares incluidas en la socioterapia son:
— Sociodinámica.
— Ergoterapia:
. Tareas domésticas: Cocina y comedor; limpieza; calefacción.
. Talleres: Obras y mantenimiento; horticultura y jardinería; horticultura y bosque.
— Actividades lúdico-recreativas: Deportes; expresión plástica y cerámica; lecto-escritura; teatro; tertulias; video forum.
— Reuniones de grupo: Reunión diaria y reunión del "Comité de responsables".
• Terapia Ocupacional. Fundamentada en el trabajo y en la actividad personal regular. Actividades ordinarias que incluye (con un total de unas 8 horas semanales) son:
— Trabajos domésticos.
— Trabajos de construcción y mantenimiento.
— Trabajos de producción.
— Taller artesanal y de decoración.
• Terapia ambiental. Utiliza diferentes elementos del medio como estímulos facilitadores del

proceso de rehabilitación.

Se realizan también actividades deportivas, corporales, lúdicas y convivenciales que, sin estar estrictamente encuadradas en ninguno de los apartados previos, tendrán efectos psicoterapéuticos, relaciónales y sociales positivos.

• Control sanitario y educación para la salud. Comprende: La vigilancia del estado físico individual; establecimiento de medidas profilácticas; el asesoramiento para la práctica de hábitos saludables; y la didáctica de los fundamentos de la salud humana.

• Grupo de reflexión y concienciación. Ejercicio de razonamiento basado en el análisis y debate grupal de temas de drogodependencia, rehabilitación, comunicación y convivencia. Se pretende que el drogadicto supere progresivamente su egocentrismo y aprende a objetivar y a entender cuestiones importantes que le afectan.

El proceso terapéutico en la CT se divide en desfases:

1. Deshabituación y recuperación psico física. Los objetivos de esta primera fase son:

—Ruptura con el consumo de drogas y las situaciones de dependencia.
—Reducción de la compulsividad y ansiedad.
—Corrección de los hábitos más perjudiciales.
—Progreso en la percepción objetivizada de sí mismo y de la realidad a modificar.
— Clarificación de la motivación de cura.
—Recuperación progresiva de la salud integral.
—Adaptación a la normativa y a la dinámica comunitaria.
—Progresiva desinhibición y comunicación más cualitativa.

La duración de esta fase es de 3 a 4 meses aproximadamente. Durante el primer mes (período de prueba), el residente permanece en la CT sin ningún contacto con el exterior. Después de haber cumplido el período de prueba, realiza salidas de sábado o domingo por la tarde acompañado de un monitor-socioterapeuta.

2. Rehabilitación. Objetivos de esta segunda fase son:

—Reestructuración de la personalidad.
—Trabajar en el desarrollo de mejores aptitudes laborales y convivenciales.
—Ejercitación de funciones organizativas y de responsabilidad en la jerarquización funcional del grupo de residentes.
—Progreso en la capacidad autocrítica y maduración.

Esta fase dura aproximadamente entre 3 y 5 meses. Durante este período el residente realiza salidas autónomas de prueba a su medio habitual —los fines de semana, habitualmente— con un ritmo progresivo en función de los resultados. Estas salidas se realizan bajo la tutoría de la familia o responsables.

2. Pre-reinserción social. Objetivos de esta tercera fase son:

—Preparación del proyecto de futuro.
—Gestiones para estructurar la vida cotidiana después del alta de la CT
— Reconexión con el equipo terapéutico o terapeuta de referencia en el exterior de la CT.

La duración de esta tercera fase es de 2 a 3 meses, durante los cuales el residente realiza salidas autónomas de 2 ó 3 días entre semana.

La superación del primer mes de prueba y el cambio sucesivo de fases viene precedido por una evaluación de la etapa realizada por parte de todo el equipo en la sede de Barcelona y se materializa en la reunión diaria de grupo de la CT. En ella intervienen el propio residente, el resto de compañeros y el monitor-socioterapeuta, transmitiendo la valoración previa del equipo.

Horarios. Un día normal transcurre en la CT de La Plana de acuerdo al siguiente horario aproximado:

8 horas	Levantarse. Despiertan, por tumo, los propios residentes.
8-8,30	Recogida diaria de orina a todos los residentes, por parte del socioterapeuta; aseo y arreglo de habitaciones y preparación del desayuno por parte de los residentes a quienes corresponda.
8,30-9,30	Gimnasia-deporte.
9,30-10	Desayuno.
10-13,30	Trabajos ocupacionales y servicios de la casa (huerta, jardinería, leña) obras limpieza mantenimiento, cocina, etc.).
13,30-14,30	Comida y sobremesa.
14,30-15,30	Descanso, música, televisión, juegos y fregar platos a quienes corresponda.
15,30-17	Talleres artesanales varios, y según el día de la semana (cerámica, teatro, revista, lecto-escritura, tertulia, video-forum maquetería, etc.).
17-17,30	Merienda.
17,30-19	Continuación de los talleres y preparación de la cena a quienes corresponda.
19-19,15	Descanso, aseo.
19,15-21	Reunión diaria del grupo, dirigida por el monitor-socioterapeuta de tumo.
21-22	Cena y sobremesa.
22-24	Fregar platos a quien corresponda, música, TV, tiempo libre y juegos.
'24	Silencio. Todos los residentes deben estar en su habitación.

Los horarios de inicio y fin de cada actividad, excepto el despertar y el silencio de las 24 horas, se marcan mediante toques de campana, por parte del socioterapeuta, estando sujetos —lógicamente— a variaciones en función de los cambios de clima estacionales y disponibilidad de luz natural.

Las terapias y reuniones de grupo se distribuyen igualmente según el día de la semana. Por ejemplo: miércoles y viernes psicoterapia individual; martes, grupo de reflexión; jueves psicodrama; sábados (algunos), educación para la salud; etc. Los residentes que participan en el programa de terapia familiar lo realizan en la salidas del centro (a partir de la segunda o tercera fase) en la sede de Barcelona.

El equipo institucional que no está de tumo en la CT se reúne sistemáticamente en la sede de Barcelona un día por semana en grupos diferenciadas según los temas monográficos a tratar: Coordinación general; reunión de monitores-socioterapeutas; estudio de clínico de casos, cambios de fase, altas y bajas; coordinación de psicoterapeutas, socioterapeutas y responsables de atención a familias; etc. Una vez al mes se hace una reunión de todo el equipo —excepto el monitor-socioterapeuta de tumo— para tratar como "Consejo de Equipo" de todo lo relativo al funcionamiento del equipo institucional, así como la toma de decisiones organizativas y sobre la línea terapéutica del equipo.

También se llevan a cabo reuniones periódicas con el equipo de terapia familiar, de cara a: proponer nuevos casos para esa modalidad terapéutica; revisar los que ya están en marcha; y reunirse con los equipos derivantes (CAS; "Centros de Asistencia y Seguimiento") para el seguimiento y valoración de estrategias respecto de los residentes que cada CAS sigue en la comunidad terapéutica. Son también actividades regulares —en la sede de Barcelona— las visitas de admisión. En ellas intervienen el responsable de admisiones, los psicoterapeutas y el médico, realizándose la pasación de los cuestionarios y pruebas apropiados a los candidatos al ingreso.

Referencias bibliográficas

ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS PARA TOXICÓMANOS (1989). Estatutos Sociales, aprobados en asamblea del 7-10-1989. Documento no publicado.

BASAGLIA, F. (1972). La institución negada. Barcelona, Barral.

BETTELHEIM, B. (1973). El corazón bien informado. México, Fondo de Cultura Económico. BOIX, F. (1988). Les comunitats tcrapéutiques professionals a I'Estat Espanyol i llur associació. En J. ROYO, A. OBRADOR y M. FONTANILLES (comps.), Drogodependéncies: Experiéncies d'intervenció a Catalunya. Barcelona, Diputación de Barcelona.

CASTEL, F.; CASTEL, R.; LOVELL, A. (1980). La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona, Anagrama.

COMAS, D. (1988). El tratamiento de la drogodependencia y las comunidades terapéuticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas.

EXPERT COMMITTE ON MENTAL HEALTH, O.M.S. (1953). The community mental hospital. Informe técnico no. 73. Ginebra, O.M.S.

GOFFMAN, E. (1984). Internados. Buenos Aires, Amorrortu.

HINSHELWOOD, R.D. y WANNING, N. (edit.) (1979). Therapeutic communities. Londres. Routledge & Kegan Paúl.

JONES, M. (1970) La Psiquiatría Social en la práctica. La idea de la comunidad terapéutica. Buenos Aires, Americalee.

MAIN, T.F. (1946). The Hospital as a Therapeutic Institution. Bulletin ofthe MenningerClinic, 10-66.

POLO, LL. y ZELAYA, M. (1985). Comunidades para toxicómanos. Madrid, Dirección General Acción Social-Cruz Roja.

RAPOPORT, R.N. (1974). La communauté thérapeutique. Paris, Maspero.

ROIG, A. (1986). La comunidad terapéutica y El modelo americano de comunidad terapéutica y su difusión en Europa. Palma de Mallorca; XIII Jornadas Nacionales de Sicodrogalcohol, pág. 185-192.

SCHITTAR, L. (1972). La ideología de la comunidad terapéutica. En F. BASAGLIA (comp.), La institución negada; pág. 173 a 185.

Capitulo 13
Ayuda mutua (autoayuda)

I. Aspectos teóricos

El tema de la ayuda mutua (popularmente conocido como autoayuda) es central entre los procedimientos de cambio social desde la perspectiva comunitaria por varias razones:
1. Representa una visión realmente comunitaria (basada en elementos compartidos) autogestionada y desde abajo de la ayuda —y cambio— psicosocial que contrapesa el énfasis en la intervención profesional y planificación social (desde afuera y desde arriba) con frecuencia asociado a los programas comunitarios.
2. Ilustra bien el enfoque positivo, de recursos de un colectivo social, frente al negativo de déficits y patología.
3. Destaca las potencialidades —terapéuticas y de desarrollo humano— de las relaciones simétricas entre iguales frente a las asimétricas y prescriptivas, características de los sistemas profesionales de prestación de ayuda, basados en transferencias técnicas de ayudadores a ayudados dentro de un marco relacional jerárquico.

A nivel más global, la autoayuda es un auténtico fenómeno social de nuestros días tanto por su extensión como por su significado de indicador de la desintegración social —e insuficiencia institucional— alcanzada, a la vez que de reacción (a través de formas esencialmente solidarias, cooperativas y comunales, no contractuales) de reconstrucción frente a ella. En el aspecto teórico, la ayuda mutua está ligada a los conceptos de apoyo social (capítulo 5) y redes de apoyo informales y al interés volcado en ellos en la última década, aunque como praxis sea anterior a estos desarrollos conceptuales.

En las páginas que siguen intentamos describir y analizar la ayuda mutua desde una perspectiva teórico-práctica a través de las siguientes secciones. Parte teórica: Extensión y orígenes del movimiento; definición y elementos básicos; clasificación de los grupos de autoayuda; dinámica y mecanismos de funcionamiento; dimensiones o funciones y teorías explicativas. En la parte práctica: Roles; cuestiones organizativas y formales; también se tocan brevemente otros temas .y conceptos relacionados. En principio usamos indistintamente las expresiones ayuda mutua (AM) y autoayuda (AA) así como las de grupos de ayuda mutua (GAM) o de autoayuda (GAA) aunque, como luego veremos, la expresión "ayuda mutua" es más correcta y apropiada que la de "autoayuda", expresando ambas dos aspectos diferenciados del mismo fenómeno.

13.1 Extensión y causas

Más allá de su mero interés y valor técnico como procedimiento de ayuda, las cifras sobre la extensión de la AM reflejan su dimensión y significado adicionales de fenómeno social. Debemos advertir, sin embargo, que las cifras y datos disponibles proceden de Estados Unidos (EE.UU.) en su casi totalidad y su fiabilidad es cuestionable dado el limitado conocimiento actual y la escasa propensión de los propios GAM a salir a la luz pública o ser investigados.

Las cifras de personas pertenecientes a GAM oscilarían en EE.UU., según algunos autores, entre 12 millones (Hurley, 1988) y 23 millones (Iscoe y Harris, 1984), pasando por los 15 millones de Riessman (1985). El número de grupos estimado por Hurley en ese país es de 500.000 y el de clearing-houses (centros de recogida, intercambio y distribución de información), de 40. Sólo Alcohólicos Anónimos, uno de los grupos más populares, ha pasado de unos 50

grupos en 1940 a 40.000 hoy —en EE.UU. y Canadá— con algo más de 800.000 miembros en ese área y 1,5 millones en todo el mundo.

Jacobs y Goodman (1989), sin embargo, creen que estas estimaciones son notablemente exageradas y sin base empírica, rebajando a 6,25 millones el número de estadounidenses adultos (el 3,7 de esa población) que usan los GAM en base a varios sondeos disponibles. Dado el entusiasmo y seguidismo —algo acríticos— que transpira la literatura sobre la AM, más valdrá retener por ahora estas últimas —y más conservadoras— estimaciones como más fundamentadas y realistas.

13.1.1 Origen y determinantes

El origen de los GAM se sitúa en EE.UU. en los años 1930-40 tras la Gran Depresión. En 1935 Bill W. y el "doctor B", alcohólicos, deciden reunirse para permanecer sobrios, originando así el primer núcleo del movimiento de Alcohólicos Anónimos, posteriormente (1957) complementado con Alateen, para adolescentes y familiares de los alcohólicos y Manon, para familias de alcohólicos. Recovery Inc. (Recuperación Incorporada, otro grupo importante) fue comenzado en 1937 por el psiquiatra Abraham Low en un hospital psiquiátrico con un grupo de pacientes, independizándose después —del mentor y del centro— para acoger ex-pacientes mentales. No es, sin embargo, hasta la década de los 70 que los profesionales empiezan a prestar atención al movimiento de autoayuda en conexión con el gran auge del tema del apoyo social.

Las previsiones de futuro son de un crecimiento sostenido del campo como una de las formas de trabajo alternativas que florecerán en el contexto de un sistema de prestación de servicios de salud que los futurólogos (véase Jacobs y Goodman, 1989; Cummings, 1986; o Califano, 1986) pintan como más amplio (en su componente de salud mental), flexible y específico al problema a resolver, preventivo, competitivo, y dominado por grandes compañías de prestación de servicios en lugar de profesionales individuales.

Factores originantes. Más que el "cuanto" y el "como" de los GAM, nos interesa su "porqué", para ver si el análisis socio-histórico ilumina el significado del movimiento, ayudando a comprenderlo. En este sentido, el vertiginoso crecimiento de los GAM en el período histórico de entreguerras, tras la catástrofe de la Gran Depresión (cuyo mensaje —revalidado en nuestros días con la "liquidación" del "Estado del Bienestar"— parecía ser: "Sálvese quién pueda; el sistema ha fallado; ahora, que cada cuál se organice por su cuenta"), hasta alcanzar un reconocimiento y estatus social en la década pasada, apuntan hacia unas causas —con causas, mejor— socio-históricas que trascienden la tendencia "natural" y siempre asumible a la afiliación social.

Causas y factores originantes, por cierto, íntimamente ligadas a las del propio movimiento comunitario, lo que abunda en la ya señalada centralidad y paralelismo entre este fenómeno y la propia Psicología Comunitaria, y que, a partir de Jacobs y Goodman (1989), Levine y Perkins (1987) y Schure y otros (1982) resumiremos en:

1. Afiliación social como tendencia motivacional básica del comportamiento humano desde el punto de vista psicosocial. En el caso concreto de los GAM debemos añadir el deseo de cambio —y concienciación— grupal y social solidario que subyace a varios de los esfuerzos de AM. Como se ha dicho, estas tendencias no explican, por sí solas, el desarrollo del movimiento.
2. Desintegración social y ruptura de las redes sociales —ya descritas (capítulo 1) como acompañantes de los procesos de industrialización, "terciarización" económica y urbanización—, que se concretarían en una serie de efectos psicosocialmente nocivos como:

— Ruptura y desaparición de grupos primarios de referencia normativa y afectiva, sobre todo la familia extendida —que ha pasado a nuclear— y separaciones matrimoniales.
—Movilidad geográfica y ocupacional. El valor "trabajo" tiende a sobrepasar en importancia al más tradicional de la afiliación social.
—Declive de redes relaciónales y sociedades de ayuda mutua tradicionales; gremiales, deportivas, benéficas y de "socorros mutuos", mutuas, peñas y clubs políticos, culturales o sociales, congregaciones religiosas, etc.

Todo esto ha originado una desvertebración social y un déficit, tanto de grupos primarios de relación afectiva y social, como de grupos socializadores —y de referencia normativa—, que ha debido ser asumido por otros grupos y sociedades no institucionales.

Como puede verse, el origen y mayor desarrollo del movimiento de AM se da en EE.UU. ¿Por qué? Pensamos que ese hecho se deriva del estatus acordado en la cultura socio-política de ese país a la autoresponsabilización ciudadana, patentemente distinto del atribuido en la europea y resumible en la (simplista) ecuación: Más sociedad y menos Estado. Significando, la primacía de la acción desde la sociedad civil, la iniciativa privada e individual —con mínima intervención gubernamental— frente a la responsabilidad pública y el intervencionismo estatal con mayor contenido político, característico de la cultura social europea.

Evidentemente, de cada postura pueden derivarse efectos positivos y negativos, según la perspectiva y el tema concreto. En el caso de la prestación de servicios, el auge en EE.UU. de la AM y las iniciativas ciudadanas y autogeneradas (paraprofesionales, voluntarios, asociacionismo de consumidores, etc.), es expresión visible de esas premisas culturales, mientras que los movimientos sociales (capítulo 14) de transformación política o la provisión de servicios públicos y planificados —casi desconocidos en muchos sectores de la vida norteamericana— reflejan la perspectiva europea.
3. Insuficiencias, fallos (y éxitos) de los sistemas de ayuda profesional. Incapacidad de resolver los problemas psicosociales acuciantes (drogas, alcoholismo, abusos familiares...) así como aspectos o consecuencias de otros problemas físicos o mentales no cubiertos por los sistemas establecidos; desvinculación de grupos alienados o marginados que no usan habitualmente los servicios tradicionales de salud mental u otros. También, paradójicamente, el propio éxito de la Medicina —u otras tecnologías— para conservar la vida de las personas, hace a estas más vulnerables a problemas físicos crónicos e insolubles o a la soledad.

13.2 Definición y componentes

El sentido y significado de la ayuda mutua ha sido certera y agudamente capturado por algunos de los nombres, subtítulos y lemas de los propios grupos y publicaciones como "la fuerza está en nosotros" (Katz y Bender, 1976) o "ayudándose a sí mismo al ayudar a otros" (Hurley, 1988). Es difícil resumir mejor la esencia de esta forma de ayuda microsocial basada en mecanismos de solidaridad y, más específicamente, de intercambio recíproco e igualitario de ayuda y apoyo.

Examinemos más formalmente el significado y algunas ideas básicas de la AM, haciendo antes una precisión terminológica. Las dos denominaciones, "autoayuda" y "ayuda mutua", subrayan dos aspectos, distintos pero complementarios, del mismo fenómeno: La primera refleja la autonomía del grupo en relación con otras agencias o profesionales (el grupo se ayuda a sí mismo); la segunda, más informativa, subraya el mecanismo básico de funcionamiento de estos grupos, la reciprocidad o mutualidad.

Podemos partir de la sumaria definición de Richardson y Goodman (1983) para quienes los GAM son: "Grupos de personas que piensan que tienen un problema común y se han reunido para hacer algo al respecto". Aproximación simple y apropiada, aunque escasamente informativa.

Katz y Bender (1976) en uno de los documentos más autorizados sobre el tema, proponen una definición más completa y precisa. Según ellos,

(1) Los grupos de autoayuda son estructuras grupales voluntarias y pequeñas de ayuda mutua para alcanzar un objetivo específico. Están usualmente formadas por iguales (peers).

(2) que se han reunido para la asistencia mutua con el fin de (a) satisfacer una necesidad común, (b) superar un obstáculo común o problema que perturba seriamente la vida y (c) conseguir cambios sociales o personales deseados.

(3) Iniciadores y miembros de estos grupos piensan que sus necesidades no son, o no pueden ser, satisfechas a través de las instituciones sociales existentes. Los GAA hacen hincapié en las interacciones cara a cara y en la asunción de responsabilidad por parte de sus miembros. Proporcionan con frecuencia asistencia material y apoyo emocional; están frecuentemente orientados hacia una "causa" y promueven una ideología o valores a través de los que los miembros pueden alcanzar un sentido de identidad social más profundo" (Subrayado, numeración y letras indicativas añadidos).

En estos párrafos están concisamente reunidos prácticamente todos los elementos básicos de los GAM que irán apareciendo a lo largo del capítulo (y que nos hemos permitido subrayar y dividir para mayor claridad expositiva). La parte 7 define qué son los GAM y sus características estructurales básicas. La 2, sus fines u objetivos más comunes (que serán ampliados al tocar la clasificación). La parte 3 destaca algunas características comunes añadidas de los GAM: Su papel de complementación institucional; autoresponsabilidad de sus miembros; y relevancia del apoyo material y emocional sentido de finalidad social y cultural ("causa", ideología y valores) y de identidad y normalización social que proporcionan esos grupos, así como de las interacciones psicosocialmente significativas (cara a cara) que vehiculan esos aportes.

13.2.1 Componentes básicos

A partir de los análisis de Killilea (1976), Caplan (1976) y Levine (1988) así como los resúmenes de Sauber (1983) y Jacobs y Goodman (1989), hemos extractado 6 aspectos o ingredientes centrales en el concepto y funcionamiento de los GAM: Mutualidad y reciprocidad; experiencia común de los miembros; compromiso de cambio de los miembros; autogestión del grupo; control social grupal sobre los miembros; e importancia de la acción —junto a la información y el apoyo— para producir cambios. Examinémoslos como complemento de las definiciones previas.

1. Mutualidad (y reciprocidad). Es el mecanismo básico de los GAM, esencialmente distinto —sobre el papel al menos— de los ingredientes básicos de otros tipos de ayuda o prestación de servicios asimétricos. La idea central subyacente a mutualidad y reciprocidad, el "principio terapéutico del ayudador" (helper therapy principie) ha sido formulada por uno de los estudiosos más sobresalientes del campo, Frank Riessman (1965) para explicar cómo y porqué funcionan los grupos de ayuda mutua.

Este interesante y sugestivo principio viene a decir que ayudar a otros es —en sí mismo— terapéutico para el propio ayudador, no sólo para el ayudado. Más aún, la mejor forma de ayudarse a sí mismo no es: a) Recibiendo graciablemente esa ayuda sin ninguna obligación a cambio (caridad); ni (b) recibiéndola prescriptivamente de un profesional a cambio de un pago monetario; sino (c) ayudando a los demás (Lo mismo sucedería con otras actividades

complementarias: La mejor forma de aprender no es sentarse a escuchar una lección sino tener que enseñar lo que se quiere aprender).

Es decir, uno se ayuda a sí mismo ayudando a los demás y, viceversa, para ser ayudado (o recibir algo de otros) hay que estar dispuesto a darlo uno mismo a los demás. Este principio paradójico expresa la reciprocidad (puntual y entre 2 partes) y mutualidad (permanente, entre varias partes) de los GAM, basados en intercambio igualitarios entre personas mutuamente interdependientes. ¿Qué significa todo esto? Varias cosas:

a) Los intercambios se basan en la mutualidad e interdependencia, no en la caridad o la relación profesional remunerada.

b) Son igualitarios en dos sentidos: 1) Se dan entre panes iguales o coordinadas, no entre una subordinada (ayudado) y otra supraordinada (ayudador); 2) se intercambia lo mismo (información, apoyo emocional, etc.). No es que uno dé una cosa (apoyo emocional; el profesional) y recibe otra (dinero) a cambio: Lo que se da y se recibe es lo mismo, aunque el dar y recibir se realicen en momentos o secuencias distintos, que corresponden, como veremos, a roles diferentes pero intercambiables.

c) Para recibir algo hay que estar dispuesto a darlo; y viceversa, al dar algo a otro se puede esperar recibirlo de él. Es decir, existen: 1) La expectativa estable de recibir o ser correspondido; 2) la obligación de devolver, o dar. La expectativa 7 y la obligación 2 son, además, interdependientes.

d) El que más se beneficiaría de esta situación de múltiples intercambios recíprocos, es aquél que esté más dispuesto a corresponder y dar a los demás, no a recibir más.

La solución ideal para hacer realizables y maximizar las posibilidades de intercambios mutos (o voluntarios) consistiría en crear un entorno o situación social en que se facilite (e induzca) un cambio continuo de los roles complementarios de dar y recibir, de forma que los que reciben ayuda en un momento dado tengan que hacer de ayudadores en otro y, viceversa, los donantes o ayudadores puedan pasar en su momento a receptores o ayudados. O sea, un contexto social en que se fuerce (y sea socialmente aceptado) un intercambio continuo roles que, además, elimina la asimetría de las relaciones. Esta situación es precisamente la que se da en los grupos de ayuda mutua.

2. Experiencia común de los miembros, todos los cuales han padecido el mismo problema o pasado por la misma situación vital en un momento u otro: Alcoholismo, enfermedad física crónica, orientación homosexual, violación, ser padre de un hijo mongólico o paralítico cerebral, etc. Esta experiencia común o compartida por los miembros del grupo constituye el criterio específico de pertenencia al grupo, que es por tanto homogéneo respecto a ese criterio. De ahí se deducen varias consecuencias relevantes para el funcionamiento del GAM:

— Prestador y receptor de ayuda tienen (o han tenido) el mismo problema, al contrario que en la terapia y servicios humanos profesionalizados, donde sólo el ayudado ha soportado el problema, estando el profesional en la situación en función de sus conocimientos profesionales, no de su experiencia pasada.

— Prestador y receptor de ayuda pueden, por tanto, intercambiar roles (condición para que se materialice el "principio terapéutico del ayudador").

— El GAM se basa en la experiencia y la "autoridad" del igual (que conoce el problema por haberlo sufrido), no en la autoridad científica del técnico que la deriva de los conocimientos adquiridos (Esto no es del todo cierto en orientaciones como la de Rogers que coinciden en la relevancia de ciertas actitudes personales, aunque no de la experiencia específica).

— Se da un reconocimiento de la "universalidad" social del problema —el individuo que lo padece no es único, distinto, especial— y, por tanto una validación social —o "normalización"—

de quienes lo sufren que (muy importante) actúa como antídoto contra la marginación y aislamiento del mundo social externo. Piénsese, por ejemplo, en el alcohólico, el heroinómano o el familiar del deficiente psíquico. En consecuencia,

— Existe la certeza para el individuo de encontrar un entorno social acogedor (que actúa como una familia extensa) y de ser aceptado aunque haya transgredido las normas o costumbres sociales que lo hacen censurable o rechazable en otros contextos.

— La asociación diferencial. Dentro de este esquema general de homogeneidad experiencial, algunos han introducido modificaciones interesantes y sugestivas, como la noción de asociación diferencial de Cressey (1965). La idea básica es asociar a individuos con una experiencia común antisocial (digamos, la delincuencia juvenil) por la que no son aceptados por otros grupos sociales, con otros individuos que han tenido la misma experiencia pero que, a diferencia de aquellos, están contra esa experiencia en la actualidad, promoviendo valores e ideas contrarios a la reproducción de esa experiencia.

De esta forma el grupo fomenta (a través de mecanismos de control social, punto 5) el cambio actitudinal y conductual socialmente positivos (contrario al crimen y la delincuencia, en este caso).

3. Compromiso individual de cambio, de estar dispuesto a involucrarse como igual en el grupo y de hacer de modelo de rol para otros. Estos son los tres elementos que parecen maximizar —desde la perspectiva del individuo— el cambio en un entorno grupal y basado en la reciprocidad. En parte se derivan de las ideas anteriores sobre mutualidad, con el añadido motivacional importante del compromiso de cambio.

4. Autogestión —o autogobiemo— del grupo. Fundamental para definir los GAM e implicada en la denominación "autoayuda". Se traduce básicamente en:

— Autoresponsabilidad de los miembros del grupo; no responsabilidad delegada en un profesional o agencia externa (aunque a veces sí es delegada en un líder grupal carismático).

— Autogestión. El programa y la política del grupo son decididos por los propios miembros (por ejemplo, drogadictos) que en su día recibieron los servicios de ese grupo.

Consecuencia de todo esto es que los miembros del grupo harán atribuciones internas de causalidad respecto a sus progresos y logros, lo que contribuye significativamente a su validación competencial, aumentando su propia estima. De basarse en la responsabilidad externa (profesional), las atribuciones serían externas y la estima y nivel de competencia mejoradas serían las de esa agencia externa (el profesional, por ejemplo), no las del propio sujeto.

5. Control social del grupo. Mecanismo de los grupos para facilitar el cambio actitudinal y conductual de sus miembros a través de la conformidad individual con las normas y conductas definidos por el grupo como aceptables y apropiadas. El grupo contribuye así a eliminar la desviación tanto con sus propias normas y estándares (por ejemplo, confesar las faltas propias, o no interrumpir a otro mientras habla) como, más importante, con las normas sociales que el grupo adopta como propias (por ejemplo, no beber o consumir drogas). De esta forma, el grupo actúa como agente delegado de control social y como grupo de referencia normativa. Mecanismos habituales usados para promover ese control son: Presión grupal, conformidad individual con las normas y conducta del grupo y el liderazgo carismático.

6. Importancia de la acción que parece ser —junto a la información y el apoyo social— ingrediente básico para facilitar —desde el grupo, no desde el individuo, esta vez— el cambio de sus miembros. Esa importancia se concreta prácticamente en que los miembros del GAM no sólo deben compartir los ideales del grupo y asistir a las reuniones, sino que, además, van a actuar —desde el compromiso personal ya mencionado—para alcanzar los objetivos comunes. La acción permitirá verificar experiencialmente la verdad de las ideas compartidas y sus efectos (es posible

mantenerse sobrio, luchar contra la discriminación social, etc.), contribuyendo, además, a la validación competencial de los sujetos. (No sólo, "es cierto lo que me decían en el grupo sobre la sobriedad", sino, además, "soy tan capaz como cualquiera de mantenerme sobrio"),

También la información, guía y orientación aparecen como elementos importantes que facilitan la actuación y el cambio con frecuencia a través de las "recetas" o formas de actuar que han dado resultado a otros miembros del grupo con el problema en cuestión y que se intercambian en las reuniones grupales. La información por sí sola es, sin embargo, insuficiente: Parece que los mejores resultados de movilización y cambio se obtienen combinando información y el apoyo social implícito en la ya mencionada mutualidad (junto, claro es, al compromiso de cambio por parte de los individuos).

13.3 Clasificación y tipos

La cantidad y variedad de GAM es enorme (ver, por ejemplo, Gartner y Riessman, 1980), cubriendo casi todos los problemas y condiciones imaginables como: Alcoholismo y adicciones, problemas de la sangre, endocrinos, de mantenimiento de la salud, trastornos mentales, desórdenes neuromusculares, obesidad, incapacidades físicas y sensoriales, cirugía, fundamentalismo religioso, homosexualidad, mujeres maltratadas, viudedad, padres solos, etc., etc.

Existen, por otro lado, varios intentos (recogidos en buena parte por Killilea, 1976) de agrupar y clasificar esos grupos (Bean, 1975; Levine y Perkins, 1987; Levy, 1973; Lieberman, 1975) de acuerdo a distintos puntos de vista o parámetros básicos como: Tipo de cambio perseguido, énfasis cognitivo-afectivo, lazos con los sistemas profesionales, orientación interna o social; y tipo de problema atendido. Revisemos brevemente algunas de esas tipologías y agrupaciones.

• Lieberman (1975) establece, desde el campo de la terapia de grupo, una clasificación general, útil para tener una visión global de los distintos tipos de grupos —aunque algunos no sean estrictamente de ayuda mutua— distinguiendo 4 tipos:

a) Grupos conducidos por profesionales con fines básicamente terapéuticos (que, por tanto, no son auténticos GAM). No tienen claros criterios de admisión y siguen generalmente el modelo conceptual e interventivo médico.

b) Movimientos de autoayuda; el polo opuesto. Grupos que cumplen los criterios de los GAM, constituyendo auténticos movimientos sociales (a nivel micro). Tienen claros criterios de admisión y sus miembros comparten un problema. Ejemplos: Alcohólicos Anónimos y Synanon (para drogadictos).

c) Grupos (o movimiento) de potencial humano (grupos de encuentro, de entrenamiento de la sensitividad, de crecimiento, etc.). Buscan el desarrollo y crecimiento humano —no la resolución de un problema— desde los principios humanistas.

d) Grupos de concienciación sobre un factor o tema humano (edad, comportamiento sexual, raza, sexo...) que sufre discriminación o maltrato social. Ese factor sirve de criterio —más laxo— de admisión. Desarrollan cohesión como movimiento social en base a la ideología compartida.

• Levy (1973) ha propuesto una clasificación bastante conocida de los GAM en 4 categorías según que función o fin que persiguen sea:

I. Reorganización y autocontrol de sus miembros que —como individuos desviados de la norma de conducta social— han de cambiar su propio comportamiento (como drogarse o beber en exceso). Ejemplos: Synanon y Alcohólicos Anónimos.

II. Disminución del estrés o malestar ligado a una condición o problema común (trastorno mental, padres solos, etc.) a través del apoyo social y la mutualidad. Ejemplos: Recovery Inc. o Padres sin Compañera/o.
III. Supervivenciales: Buscan la supervivencia de un grupo, estilo de vida o cultura socialmente acosados o amenazados (equivalente a los grupos supervivenciales de Lieberman).
IV. Crecimiento y mejora personal; equivalentes a los anteriormente mentados de potencial humano.

De esta clasificación podemos rescatar dos tipos —I y III— que son frecuentemente citados como una tipología en sí misma según que un problema o tema socialmente conflictivo (racismo, sexismo, marginación) sea manejado por el grupo cambiando la propia conducta de los afectados (tipo I) o cambiando la norma social que la hace problemática (tipo III). O, más globalmente, como grupos expresivos (con una orientación interna, hacia el autointerés y satisfacción de los miembros) y grupos de influencia social (de orientación externa, hacia el cambio social). Los grupos de potencial humano ilustrarían la primera categoría y los de derechos civiles o feministas, la segunda.

• Levine y Perkins (1987) han propuesto una clasificación mixta, más descriptiva que incluye 5 tipos de grupos formados por:
a) Personas que tienen una condición o estado común que los descalifica como no-normales por: 1) Tener una identidad social degradada que produce una estigmatización social (jugadores, homosexuales, ex-presidiarios, alcohólicos); o 2) padecer una condición física no agradable (enanismo, obesidad, parálisis cerebral, etc.).
b) Familiares de afectados por esas condiciones o estados (hijos de alcohólicos, padres de retrasados mentales, etc.).
c) Personas que padecen problemas que los aislan socialmente: Viudas, padres solos, ciegos, etc.
d) Grupos ligados a una ideología o característica racial, o social (cooperativas, organizaciones fraternales, étnicas o feministas, etc.).
e) Grupos cuasipolíticos que buscan preservar unos intereses dados (movimientos sociales, en realidad) como: "Amigos" de un barrio, grupos de desarrollo comunitario o de interés ciudadano.

• Finalmente Bean (1975) —desde el campo de Alcohólicos Anónimos— establece la siguiente tipología según perspectiva temporal de la intervención:
a) Ayuda en crisis (mastectomias, crisis alcohólicas, accidentes...) de cara a obtener cambios relativamente grandes en un tiempo muy breve.
b) Personas con condiciones estigmatizantes crónicas o fijas (enanos, ex-presidiarios) que requieren ayuda a más largo plazo.
c) Personas atrapadas en hábitos perniciosos y destructivos —como el alcoholismo o la adicción a drogas— que también requieren atención más larga (lo cual tampoco excluye periódicamente la atención en crisis, a veces como punto de entrada de cualquier ayuda posterior).

13.4 Dinámica y funcionamiento

Revisemos, antes de entrar en el análisis de su dinámica de funcionamiento, algunos datos descriptivos sobre los GAM.

A partir de 80 respuestas (el 67 de los cuestionarios enviados) a un sondeo de 17 grupos de ayuda mutua de varias regiones de EE.UU. para obtener "la perspectiva de los propios miembros" sobre los GAM, Knight y otros (1980), han aportado unos datos que pueden ser de cierta utilidad para comprender esos grupos si los relativizamos con la distancia cultural del país de procedencia respecto de nuestro propio medio cultural y con la precaución debida a una

información no revalidada en un campo, además, tan desconocido empíricamente como éste. De hecho, otro estudio (ver Jacobs y Goodman, 1989) realizado en otra región (California) del mismo país ha arrojado resultados parcialmente discordantes en puntos más bien importantes (como el tipo de personas que acuden a los GAM).

Según el informe de Knight y cols., la población que acude a los GAM es básicamente diferente (clase trabajadora, educación de nivel medio) de la que acude a psicoterapia (clase social medio-alta y nivel educativo alto), por lo que ambos sistemas no entrarían en competencia en este aspecto. Los datos recogidos por Jacobs y Goodman revelan, sin embargo (y para California), una clientela de clase media y educada para esos grupos. A falta de mayor información, la primera descripción de la población atendida en los GAM parece mucho más plausible en general —por otros datos indirectos— que la segunda.

Otra conclusión de Knight y cols., es que los GAM funcionan esencialmente al margen del sistema de salud mental institucional en lo relativo al reclutamiento de sus miembros procedentes fundamentalmente de los anuncios aparecidos en medios de comunicación (el 54) y de la referencia de amigos, familiares u otros conocidos (el 40).

13.4.1 Estado inicial y proceso

Levine y Perkins (1987) han descrito el estado inicial general en que se encuentran los futuros miembros de los grupos de autoayuda (admitiendo que ese estado puede variar para distintos grupos de condiciones y casos) como:

— Personas que luchan con un problema o circunstancia que se aparta de un ideal normativo social (por ejemplo, permanecer sobrio).

— Como consecuencia de ello han desarrollado un proceso de automarginación y se sienten aislados, diferentes, alienados e impotentes, sin poder para enfrentarse eficazmente con ese problema.

— Las agencias y servicios institucionalizados de ayuda se han mostrado insuficientes, inapropiadas o negativas en la solución del problema (o así lo cree el sujeto). Y, por tanto,

— La persona busca ayuda externa alternativa.

Killilea (1976) ha descrito el proceso típico de integración de un miembro en un GAM en 3 fases:

a) Contacto entre 2 —o más— individuos que tienen el mismo problema, e identificación del segundo con el primero a través del problema que comparten.

b) Contacto del individuo con el grupo y aceptación pasiva de su programa o ideología.

c) Identificación del individuo con el programa del grupo y participación activa en él.

13.4.2 La familia como sistema modelo de apoyo

A la hora de examinar el funcionamiento de los grupos de ayuda mutua, algunos analistas los han comparado a una "familia artificiar (extensa) que serviría de substituto o complemento de la familia natural para aquellos que, o no la tienen o funciona incorrecta o negativamente, no aportando los suministros preciosos para el desarrollo vital de sus miembros. En base a esa analogía, se podrían analizar sus mecanismos y dinámica funcional. Con esa idea in mente, Caplan (1976) ha realizado una estimable aportación, describiendo los suministros o aportes de una familia natural funcional como sistema modelo de apoyo social. Examinamos a continuación la descripción del autor como paso previo para identificar los mecanismos básicos de los GAM en el próximo apartado y las dimensiones relevantes en 13.5.

Caplan describe 9 funciones que emanan de la familia como sistema modelo de apoyo social (y que nosotros agrupamos a continuación en 5): Colector y difusor de información sobre el mundo; sistema de guía y retroalimentación sobre la conducta personal; fuente de ideología; guía y mediador en la resolución de problemas; fuente de ayuda concreta y servicios prácticos; lugar de reposo y recuperación; grupo de referencia y control; validador de identidad personal; y elemento contribuyente a la maestría y control emocional.

Las 5 funciones a que nosotros las reducimos son estas:

1. Suministrar, a) Información sobre el mundo y la vida personal y b) evaluación y orientación sobre la propia persona.

a) La familia recoge y disemina información sobre la vida y el mundo bidireccionalmente: Los padres transmiten a los hijos —como parte de su socialización— el fruto de su aprendizaje vital de forma que estos no tienen que recoger esa información por sí solos. Los jóvenes devuelven, a su vez, a sus mayores información sobre lo que sucede en la calle actualmente, algo importante en épocas, como la actual, de cambio acelerado.

b) Orientación y feedback evaluativo sobre la persona y su comportamiento que van más allá de la mera información. Se refieren a la evaluación y retroalimentación válida de sus miembros respecto a lo sucedido con otras personas en la escuela o el trabajo cuando esos regresan a casa, valorando también su comportamiento o reacciones (sobre todo en situaciones nuevas, ambiguas o confusas), según la cultura y valores familiares que son, al mismo tiempo, implícitamente transmitidos en lo que podríamos llamar socialización evaluativa.

2. Socialización, tanto en la parte (a) de transmisión de cultura y valores como (b) actuando como grupo de referencia y control. a) Transmisión de ideología y cultura (implícitos —en parte— en la información y retroalimentación comportamental citados en el punto previo) que permiten al individuo entender el mundo y su propio lugar en él a través de valores, significados y códigos de comportamiento transmitidos en un triple proceso a través de:

— la enseñanza explícita.

— la introyección de significados y asunciones implícitos (como los mencionados en el punto anterior) y

— la imitación de —e identificación con— modelos de: 1) Roles asumidos en la familia; 2) interrelaciones familiares; y 3) relaciones de miembros de la familia con otras personas exteriores al grupo familiar.

Según Caplan, esta transmisión —y su eficacia socializadora— son fortalecidas por la concordancia de la cultura familiar con la del entorno social mayor (y debilitadas por su discordancia), así como por las expectativas sociales de que el individuo conformará su comportamiento a los dictados de esa cultura familiar y por el consecuente encargo socializador otorgado por la sociedad a la familia. De esta forma, una familia fuerte e integrada (interna y socialmente) tiene mayor capacidad de confrontar las crisis y problemas (como grupo y al ayudar a alguno de sus miembros) que una familia débil, poco definida (en término de asignación de roles, por ejemplo) o desintegrada. b) Grupo de control y referencia (el complementario socializador del anterior). A través de esta función la familia juzga —como buena o deseable, mala o indeseable— la conducta de sus miembros según los códigos y valores sociales citados en a) y, en consecuencia, distribuye los correspondientes premios y castigos, modulando por ese medio el comportamiento de sus miembros.

El proceso se ve facilitado por el hecho de que las personas son particularmente sensibles al juicio y valoración su familia sabiendo, además, que pueden fiarse de ella y que, a pesar de los castigos y reprimendas, no serán rechazadas, sino que van a ser aceptadas como personas y miembros de la familia. (Recuérdese que estamos asumiendo una familia funcional y sana; en

otro caso, muchos de estos procesos no se darían o se darían negativa y disfuncionalmente).
3. Ayuda (guía y mediación) en la resolución de problemas o afrontamiento de crisis; también ayuda material. El coping conductual se da tanto en épocas de crisis agudas, como de disfunciones y problemas a más largo plazo que incluyen las transiciones vitales, cambios de rol (entrada en el trabajo o la escuela, adquisición o pérdida de un hijo) o necesidad de alterar los patrones actitudinales o conductuales como consecuencia de cambios o demandas del mundo externo. La familia actúa en estos casos como mediador, guía o facilitador de la resolución de los problemas por los individuos.

También actúa la familia como fuente de servicios prácticos y ayuda concreta (cuidado de niños o ancianos, compras, regalos y ayudas monetarias en cumpleaños o Navidad, etc.) particularmente apreciados en períodos de crisis o transiciones vitales en que los miembros son más débiles y vulnerables.
4. Fuente de validación de la identidad social. La claridad y seguridad de la autoimagen y la confianza en la estabilidad de la propia identidad son particularmente importantes en épocas de transición, inseguridad y crisis. La familia contribuye poderosamente al mantenimiento de la identidad a través de:
a) El modelado de roles (role taking) que ayuda, no sólo a formar la identidad personal sino, como se ha dicho, a facilitar la resolución de problemas, "modelando" comportamientos eficaces frente a ellos.
b) Recordando la propia identidad, así como las capacidades, destrezas y realizaciones de épocas y circunstancias pasadas.
c) Mostrando afecto y amor, siempre fundamentales para la afirmación y apoyo a la persona.

Complementando la descripción del autor, podríamos llamar a estos tres componentes de validación de la identidad personal: Validación social (a) competencial (b) y afectiva (c). Deberíamos añadir que su formulación y reconocimiento es relevante como correctivo a la estrecha visión neo-conductista de la competencia y eficacia, recordando la importancia fundamental de la identidad personal y social (llamémosla rol, o de otra forma) para el comportamiento y la adaptación humana, sobre todo, en momentos o situaciones caracterizados por el cambio, la ambigüedad o confusión. En esos momentos y situaciones, parece que, la falta de definición y significado de una de las partes adaptativas (el entorno externo) precisa verse compensada por una mayor definición o aportación de significado en la otra (la persona) ya que si no, el equilibrio adaptativo se rompería por la parte más débil, descontextualizada (en el caso de que la familia sea disfuncional) o consciente (el entorno no tiene conciencia de debilidad o inseguridad y está siempre interconectado) que es—obviamente— la persona.
5. Ayuda afectiva en la doble dimensión de: a) Apoyo el dominio y control emocional en situaciones de crisis o problemas a más largo plazo y b) servir como santuario" protector en momentos difíciles. a) La ayuda en el afrontamiento de crisis y situaciones vitales inciertas se concreta en circunstancias y aspectos como:
—Transiciones vitales (como paternidad o jubilación); aportando solidaridad, apoyo y afecto; suplementando el vacío energético o afectivo y ayudando a combatir los efectos negativos que crisis y transiciones vitales; comportan (capítulo 10).
— Ayuda a elaborar el duelo y la preocupación causados por pérdidas personales amorosas o sociales, combatiendo la desesperación e impotencia y ayudando a recuperar -como se ha dicho- el sentido del valor personal b) Proporciona también apoyo afectivo, sirviendo como refugio de fatigas y lugar de recuperación y reposo en épocas difíciles o cuando las circunstancias vitales se vuelven más duras o estresantes. En el seno de la familia el individuo puede ser "él mismo", descansando de las máscaras y obligaciones sociales, siendo entendido -y reconocido- en su

propio lenguaje y por sus propias necesidades -no como un papel o actor social- y pudiendo reposar, sin estrés añadido, mientras lo necesita.

Estas funciones y aportaciones de la familia podrían transcribirse al lenguaje concepta, más popular hoy, del apoyo social como componentes aproximadamente equiparables a los ya reconocidos en aquél (capítulo 5) con lo que la familia podría efectivamente ser tomada -tal y como pretende.

Caplan en el título de su trabajo— como sistema modelo de apoyo social (AS). En ese lenguaje, la función 7 (información sobre el mundo, evaluación de la persona) equivaldría al componente informativo y —en parte— evaluativo del AS. La función 2 (cultura y grupo de control), al —más plenamente— evaluativo-normativo: La 3 (ayuda a la resolución de problemas) al de coping conductual. La 5 (maestría afectiva y protección) al afrontamiento afectivo o emocional. La función 4 (validación de la identidad) no acaba de corresponderse con ninguno de los componentes del apoyo social, lo que probablemente indica que la familia es algo más —y más estable— que un sistema de apoyo social, estando, en todo caso, más cerca de un componente social-identificativo.

Naturalmente que todas estas funciones y aportaciones se asumen ideales (bien claro queda en la descripción hecha), factibles en una familia funcional y sana. En el caso de una familia real, Caplan reconoce que las aportaciones que pueda realizar dependerán de hasta qué punto esa familia es (está) intacta, estable, integrada —interna y externamente— y posee capacidad de comunicación verbal y afectiva. En la medida en que esos parámetros no se den, o sean negativos, las relaciones familiares pueden ser nocivas (tanto más por ser más cercanas). Si hay una disonancia familia-entomo (en épocas de cambio social rápido, por ejemplo) el efecto adaptativo de la familia puede ser también negativo respecto de la sociedad mayor.

13.4.3 Mecanismos básicos de los GAM

La exposición anterior es un excelente punto de partida (siempre que se tengan en cuenta las diferencias entre una familia y un grupo de autoayuda) para examinar las funciones básicas de los GAM: Aquellos ingredientes o elementos característicos por los cuales funcionan y tienen los efectos positivos —terapéuticos, de crecimiento u otros— que se le atribuyen. Hay bastante consenso en la literatura de revisión del tema y la experiencia de los trabajadores del campo sobre este punto. Aquí, siguiendo básicamente los resúmenes de Levine y Perkins (1987) y Hurley (1988), agrupamos los mecanismos funcionales (qué es lo que hace funcionar a los GAM; qué es lo que básicamente aportan a sus miembros) esenciales de los GAM en 6 tipos de suministros o apones (bastante paralelos o similares, en general, a los propuestos por Caplan): Sentido de comunidad, ideología o "antídoto cognitivo", oportunidad de catarsis y crítica, modelado de roles, estrategias de coping y red de relaciones sociales.

1. Sentido (psicológico) de comunidad y pertenencia, derivado, como ya se señaló, de la experiencia compartida con el grupo y de ser aceptado como de igual. Se resuelve así el sentimiento —y situación— inicial de alienación y marginación social. La "normalización" resultante ayuda, además. Y, como se ha indicado, a la validación social de los miembros del grupo. El papel de "familia extensa substitutiva" de las GAM se transparenta claramente en esta función.

2. Ideología (creencias o fe), que funciona como "antídoto cognitivo" y da sentido vital a los individuos que carecen de él. Este ideario o conjunto de creencias es un elemento esencial de identificación del miembro con el grupo. Esa identificación se produce a través de la ideología.

Lo importante no es tanto el contenido de esa fe, sino, más bien, el hecho mismo de creer

y la identificación de todos los miembros con la fe. Así, el ideario de Alcohólicos Anónimos (los famosos "12 pasos") se centra en el reconocimiento de la impotencia del miembro para controlar su conducta (beber) y su consecuente sumisión a un poder divino externo. En Recovery Inc., por el contrario, la idea central es que el ex-paciente mental tiene poder de voluntad para controlar su problema por sí mismo. Son creencias opuestas y —al parecer— de similar eficacia (Habría que tener en cuenta, en cada caso, el tipo de problema y la adecuación de la ideología a ese problema).

3. Oportunidad de *catarsis, confesión y crítica*, que ayuda a liberar la tensión y sentido de culpa interno, a la vez que desarrolla un sentido de solidaridad afectiva entre los miembros como fruto de la experiencia común. Es frecuente oir a miembros de los GAM que se identifican (además de con la ideología) con las "historias de vida" de otros miembros del grupo en el que I ven reflejada su propia historia o "guión" vital. La conocida "confesión" inicial de los Alcohólicos Anónimos es un buen ejemplo.

Estas ceremonias actúan también como formas rituales de control grupal de la desviación. La crítica y confrontación —en ocasiones muy duras— son también acompañantes en algunos grupos (de delincuencia o drogaadicción, por ejemplo), dándose, sin embargo, sobre el trasfondo de la aceptación de la persona por el grupo. (No es infrecuente, además, que esa aceptación esté más o menos implícitamente condicionada a la confesión y crítica previas).

4. Modelos de roles de ayudador (suministrador de apoyo, información, etc.) y ayudado, que son intercambiables y reversibles según el principio terapéutico del ayudador de Riessman. Habitualmente, los miembros recién llegados son ayudados, tomando a los más veteranos como modelos ("si el ha podido hacerlo, yo también puedo"). Esos pasan, con el tiempo, a ayudar a los principiantes en dificultades similares (o a otros miembros con otro tipo de intereses o problemas).

5. Aprendizaje de estrategias y formas de *confrontar problemas*, que se descubren y comparten —y se ponen a prueba cuando es factible— en las discusiones del grupo: Siempre hay alguien que puede aportar un tipo u otro de solución para problemas o situaciones que suelen ser comunes y preocupan a los miembros (de ahí su efecto motivador), sirviendo así las reuniones —en parte— como foro apropiado de resolución grupal de problemas. Eso es, además, un eficaz antídoto contra la impotencia que acompaña inicialmente a los miembros al grupo.

6. Red de relaciones sociales potenciales (proyectos comunes, socialización fuera del grupo, posibles amistades, compañía, etc.), que ayudan a resolver el estado previo de aislamiento y soledad inicial del nuevo miembro.

Los datos disponibles (Knight y otros, 1980) confirman la corrección de esta formulación sobre mecanismos funcionales básicos de los GAM (Recuérdese, sin embargo, la provisionalidad de esta información). A la pregunta de "cómo" les había ayudado" el grupo, los 80 miembros de los 9 grups sondeados respondieron (en orden descendiente según los porcentajes acompañantes):

a) Compañerismo e implicación en actividades sociales (41%).
b) Ayuda del grupo a alcanzar los fines de los miembros (21%).
c) Ayuda en la comprensión y aceptación de sus problemas (11%).
d) Facilitación del crecimiento personal (8%).

A la pregunta de "por qué era efectivo el grupo", aportaron las siguientes causas de efectividad (en porcentajes no acumulativos; la evaluación global de la efectividad de los grupos fue apabullantemente positiva: 4,3 puntos sobre un máximo de 5):

a) Ambiente de apoyo y aceptación suministrado (83%).
b) Mejora en la comprensión de sus problemas y de sí mismos (33%).
c) Darse cuenta (aprender) que es posible alcanzar los propios fines (10%).

Parece claro, entre otras cosas, que —tal y como se había hipotetizado con frecuencia— el apoyo social es el elemento clave en el funcionamiento de estos grupos; sus miembros así lo perciben, corroborando tal hipótesis.

13.5 Otras dimensiones y funciones relevantes

Killilea (1976) ha hecho una valiosa contribución al campo de la ayuda mutua al revisar 220 documentos publicados sobre ese tipo de organizaciones y destilar su contenido en una elaboración sistemática que aparece en el volumen —de la que es coeditora (con G. Caplan)— de exploración multidisciplinar de los sistemas de apoyo y ayuda mutua (Caplan y Killilea, 1976). De ese Corpus de literatura, la autora ha extraído —entre otras cosas lo que ella llama "categorías de interpretación": Formas de ver o concebir los GAM que vienen a formalizar dimensiones o funciones relevantes en grado variable- de los grupos. Y complementan las funciones y componentes básicos y comunes examinados en secciones precedentes.

Debemos aclarar que, dada la gran variedad de GAM, no todas las dimensiones o concepciones son válidas y aplicables a cada grupo (al contrario que los componentes y funciones de las secciones 13.2 y 13.4 que en general son válidas para la práctica totalidad de grupos), siendo más bien características de una u otra modalidad, aunque pueden, no obstante, existir en grados distintos en otro tipos de grupos. Killilea distingue 20 "categorías interpretativas que nosotros hemos reducido a 9 agrupadas a su vez en 4 perspectivas mas generales: A) socio-políticas o globales; B) profesionales y prestación de servicios; C) culturales-socializadoras (comunitarias); D) terapéuticas. Examinémoslas sumariamente:

A. Significado global: *Dimensiones socio-políticas.* Recogen perspectivas -o interpretaciones- en la literatura del significado más global y social de los GAM, subrayando sus dimensiones sociales, que caracterizan, sobre todo, a las variantes más cercanas a los movimientos sociales. Incluye las siguientes dimensiones:

1. Expresión de la *solidaridad o cooperación humana*, que el filósofo P. Kropotkm (1914) vio como críticas para la supervivencia humana frente al darvinismo social dominante, que afirma la supervivencia del individuo más fuerte en competición con sus compañeros humanos

En esta misma línea, Caplan concibe los GAM como sistemas de apoyo similares a una familia, basados en la solidaridad y que mejoran su competencia adaptativa a través de los mecanismos ya examinados de maestría emocional, información y guía, validación social etc.

2.*Movimiento social*, producto de los factores políticos-sociales de nuestros días (Invine y Levine, 1970), en que se busca colectivamente el cambio a través de la unión con otros, sea para resolver un problema personal compartido (que tiene por tanto una dimensión social) o para producir cambios sociales. Otras características propias de esta dimensión son

— Están basados en la redistribución de poder implícita en la organización desde abajo, algo típico también (Vattano, 1972, "poder para el pueblo") de los movimientos sociales. Como parte de esa redistribución se cuestiona el sistema relacional profesional por su jerarquización y asimetría en favor de la relación igualitaria y simétrica.

— Tienen una ideología o visión del mundo propia, característica del contexto de inseguridad -y de la consiguiente búsqueda de la seguridad a través de la solidaridad, como sugería Kropotkin— de la época post-depresión y de entre-guerras.

3. Religión secular o movimiento espiritual que busca la regeneración de sus miembros para salir de condiciones socialmente "pecaminosas" o estigmatizantes (el juego, el alcohol, etc.), a través de una/e compartida y reflejada en el ideario o "biblia" del grupo (los "12 pasos", etc.). El libro de Gartner y Riessman (1980) recoge los idearios de varios GAM.

B. *Prestación de servicios y perspectiva profesional*: Aspectos más concretos de las organizaciones de AM. Los GAM podrían ser vistos desde aquí como:

4. Sistema alternativo de prestación de servicios:

— Desarrollado fuera de la familia tras la Revolución Industrial como parte del sector económico quinario (educación, salud, bienestar social, recreo, etc.).

—Desprofesionalizado y más igualitario.

— Que cubre insuficiencias básicas de los sistemas establecidos, que ni alcanzan a toda la demanda existente ni a los grupos marginales.

— Integral y más flexible que el sistema institucional al adaptarse mejor a las demandas desde abajo.

— Mejor adaptado al ideal de todo sistema de prestación de servicios: Lograr la convergencia —o paralelismo— de las demandas del consumidor o cliente y la oferta del sistema. Al estar generado desde abajo, el sistema de AM optimiza así la congruencia entre necesidades del ciudadano y oferta del sistema de servicios.

— Congruente con la meta de toda sociedad democrática de maximizar la participación del consumidor en el sistema de servicios y desarrollar un sistema lo más acorde posible con las creencias y cultura del propio ciudadano.

C. Perspectiva cultural-socializadora. Comprende las dimensiones y funciones de estos grupos relacionadas con la socialización y transmisión cultural, destacando los aspectos comunitarios (lo que refuerza el paralelismo entre ambos fenómenos y la centralidad de la autoayuda en lo comunitario, ya destacados en la introducción del capítulo).

5. Comunidad "intencional", es decir, forma de vida integral —que cubre todos los aspectos básicos de la vida humana—, voluntariamente elegida por sus miembros y que difiere significativamente de la sociedad mayor. Grupos como Synanon (para ex-adictos o narcóticos) o El Patriarca ilustran esta dimensión.

Muy similar es la concepción de los GAM como "subcultura" diferenciada dentro de un conjunto cultural mayor, en que el estatus de miembro tiene un significado o connotación positivos de que normalmente carece en la sociedad. Ejemplos, Alcohólicos Anónimos o el propio Synanon.

6. Comunidad temporal o suplementaria que sirve para hacer una transición temporal entre dos sistemas sociales (por ejemplo, un club social para ex-pacientes mentales o un piso urbano para reinserción de toxicómanos) en el primer caso. También —segundo aspecto— para apoyar o suplementar las capacidades de los miembros en situaciones de dificultad o cubrir necesidades de colectivos que las instituciones existentes no cubren. Ejemplos: Los mismos citados antes, grupos de mujeres maltratadas, etc. En ambas instancias los grupos funcionan como "muletas" —temporales o parciales— de apoyo a colectivos minoritarios o en situaciones especiales.

7. Agencia de control social que ayuda a resocializar a sus miembros y a contrarrestar la desviación y estigmatización que esos padecen fuera del grupo, induciendo —como ya se comentó antes— la conformidad a través de la presión grupal o el liderazgo. El grupo se basa de una serie de normas, reglas —en general una cultura— contrarias al fenómeno a erradicar (el alcoholismo, las drogas, la delincuencia...) que constituyen los criterios de admisión y la base del funcionamiento del grupo. Las comunidades terapéuticas, Synanon o Alcohólicos Anónimos vuelven a ser ejemplos ilustrativos.

D. Ayuda terapéutica. Desde esta perspectiva —más específica que la B— se pueden atribuir a los GAM las funciones de:

8. Método terapéutico tal y como es formulado en la terapia del medio o comunidad terapéutica, de Maxweil Jones (capítulo 12) y que parece eficaz con ciertos problemas psicosociales

específicos (frecuentemente mencionados en este capítulo) como las drogas, en función de las virtualidades terapéuticas de los procesos relaciónales, de reciprocidad y apoyo descritos. 9. Vehículo de ayuda a personas con problemas vitales generales, como déficits físicos crónicos o cirugía, en transiciones vitales o crisis o para aprender nuevas funciones o roles sociales.

13.6 Teorías explicativas

Algunas de las teorías y principios explicativos de la ayuda mutua han sido ya desarrolladas —sobre todo en su parte dinámica, el "cómo" de su funcionamiento— en las secciones 13.2, 13.4 y 13.5. En esta sección nos limitamos a revisarlas y complementarlas con otros conceptos y propuestas sobre "por qué" funcionan los GAM, extraídos a partir de Caplan (1976), Killilea (1976), Gottiieb (1983) y Levine y Perkins (1987). Los 5 principios y conceptos explicativos básicos (más que teorías elaboradas) de la AM son: Apoyo social, principio terapéutico del ayudador, teoría de la atribución social, teoría de la equidad y congruencia ecológica individuo-entorno.

1. Apoyo social; ya explicado (13.4.2) en la elaboración de Caplan y descrito como concepto teórico en el capítulo 5. Por los datos empíricos revisados, parece claro que el apoyo social es el principio fundamental —junto a su variante y añadido de mutualidad— de funcionamiento de la AM a través de sus componentes informativo, evaluativo-normativo, instrumental (coping) y afectivo o, según Caplan, de maestría emocional y conductual, guía e información sobre el entorno y validación social. El apoyo social actuaría —a través de su componente instrumental o de mejora de la competencia o coping— según la "hipótesis de la amortiguación" (capítulo 5), como atenuante o moderador del estrés y contribuyendo a la prevención al disminuir la vulnerabilidad de los individuos. Eso explicaría el valor preventivo de los GAM.

2. Helper therapy principie; el principio terapéutico del ayudador —como se puede traducir aproximadamente esta perspicaz formulación de Riessman— ha sido ya explicado junto a sus implicaciones y aplicaciones (13.2.1). En el fondo es una variante del apoyo social que añade un complemento de reciprocidad y estabilidad —expresado en el término "mutuo"— siendo la base de la autoayuda. Para explicar por qué funciona el principio (por qué se autoayuda el ayudador), Killilea (1976) ha sugerido que actuar de ayudador produce o genera:

a) Un aumento del nivel de competencia del ayudador, al mostrar que puede mejorar la vida de otros.

b) Sentimientos de igualdad e intercambio entre ayudador y otras personas, lo que contribuye a su "normalización social".

c) Aprendizaje experiencial y personalizado, distinto —y valioso per se— del adquirido a partir de los libros.

d) Aprobación social de los ayudados. Nosotros, añadiríamos también,

e) Sentimientos de utilidad social y de valía como persona, en el que ayuda.

Existe cierto apoyo empírico para algunas de estas hipótesis explicativas (Gesten y Jason, 1987).

3. Teoría de la atribución social. Gottiieb (1983) ha intentado explicar específicamente por qué funcionan los intercambios de ayuda simétrica —como la ayuda mutua— frente a los asimétricos o profesionales. Desde la Psicología Social, ha encontrado dos teorías que pueden responder la cuestión: La de la atribución social y la de la equidad.

La teoría de la atribución social trata de la causalidad social desde el punto de vista del sujeto, centrándose en las atribuciones que éste hace sobre las causas de acontecimientos significativos en su vida, que pueden ser externas (la causalidad está fuera de él y de su alcance)

o internas (las causas están en él mismo, por tanto es responsable y puede controlar el fenómeno). Los intercambios simétricos e igualitarios serían positivos desde este punto de vista porque:
a) Se hacen atribuciones externas sobre las causas de los problemas (están en el entorno social, no en la persona) apoyando, además, la normatividad (normalidad) de buscar ayuda sin considerarlo como evidencia de desviación o inadecuación personal —lo cual sería otra atribución interna negativa—. Hay que puntualizar, que esto sólo es cierto en algunos grupos, otros hacen atribuciones internas sobre las causas de los problemas tratados.
b) Los miembros hacen atribuciones internas sobre las soluciones o resultados del proceso grupal, ya que lo han logrado por sí mismos, sin ayuda profesional externa. Esto ha sido ya subrayado como muy valioso al conferir a la persona un estimable sentimiento de control sobre sus problemas, aumentando su sentido de potencia (poder psicológico) vital. Los datos aportados por Knight y cols. (1980) apoyan moderadamente la relevancia de este proceso de atribución interna.
5. Teoría de la equidad. Según esta teoría psicosocial, las personas tienden a entrar —y permanecer— en relaciones en que pueden devolver _o "reciprocar"— lo que reciben, tendiendo, en cambio, a retirarse de aquellas en que los intercambios son desiguales o asimétricos recibiendo más —o menos— de lo que se da. Según esta teoría los pacientes tenderían a retirarse de una relación terapéutica (aladica y asimétrica) al recibir más de lo que dan y no poder "reciprocarlo". Las redes y grupos de apoyo y autoayuda, en cambio, serían más duraderas, estables y beneficiosas para esas personas al ser más simétricas e igualitarias y permitir por tanto, devolver lo que se recibe. Esta sugerente hipótesis es, como puede verse, otra reformulación teórica de los principios de mutualidad y reciprocidad centrales a la AM que merece, de todas formas, investigación empírica.
6. Congruencia ecológica individuo-entorno. Desde el punto de vista ecológico, los GAM mejoran esa congruencia adaptativa: a) Aumentando los recursos adaptativos ("nichos" adaptativos sociales) disponibles y aceptados (los propios grupos).
b) Mejorando el repertorio conductual eficaz de los propios individuos (lo que aprenden en los grupos).
c) Mejorando la congruencia o ajuste entre los dos sistemas —individuo y entorno— al darse -como ya se dijo en 13.5— mayor correspondencia entre oferta y demanda, entre necesidades de los individuos y respuestas del sistema social.

Finalmente, desde el modelo de clima social de Moos (capítulo 7), los GAM constituyen settings o entornos sociales autocreados que priman dos de las 3 dimensiones básicas subyacentes al modelo —relacional y desarrollo personal— que son, precisamente, dos ingredientes básicos de los grupos de ayuda mutua

II. Aspectos prácticos y valoración

Las características propias de la ayuda mutua, su funcionamiento autogestionario y "desde abajo", suponen un cuestionamiento del papel de los profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras) en este tipo de organizaciones y, en último extremo, de la inclusión de un capítulo de AM en un manual de Psicología Comunitaria. El tema es amplio, poco tratado y desborda con mucho este espacio expositivo. Sí queremos, de todas formas, hacer algunas constataciones previas al examen de los roles de los profesionales en esos grupos y de algunos aspectos organizativos relevantes. Los que siguen.
1. Revisando la literatura (por ejemplo, Gartner y Riessman, 1980) y la experiencia de algunos grupos y profesionales, es bien patente el rol que diversos profesionales han jugado para echar a andar y auxiliar a muchos grupos de ayuda mutua. Sería lamentable que esa realidad —y las

posibilidades de colaboración que muestra— se perdieran por desinterés u oposicionalismo mutuo irracional.
2. Los GAM jugarán un papel central —y creciente— en el sistema de prestación de servicios del futuro que diferirá notablemente del presente (Jacobs y Goodman, 1989). Se predice también un mayor involucramiento de los profesionales en esos grupos.
3. Los profesionales (psicólogos incluidos) han prestado poca —si alguna— atención a los sistemas de autoayuda y redes informales de ayuda (paraprofesionales incluidos) bajo la absurda y simplista asunción de que el sistema verdadero y eficaz de atención es el profesional.

Algunos datos existentes muestran una disposición más que positiva de los GAM a la colaboración y asistencia técnica de profesionales. Un estudio realizado en California (Jacobs y Goodman, 1989), encontró que un 83 de los grupos encuestados eran favorables a la asistencia técnica de profesionales.

13.7 Roles de los profesionales

Es, pues, apropiado y relevante definir la relación entre ambos sistemas y las funciones posibles de los psicólogos —u otros profesionales— en los GAM, desde una postura de respeto de esos sistemas no profesionales, sin tratar de pervertir sus fines, socavar su autonomía funcional o "traducirlos" a los de la psicoterapia o sistemas profesionales de ayuda —algo en que los sistemas profesionales son expertos—. Se trata de colaborar e involucrarse, siendo útiles a esos grupos y aportando información sobre su funcionamiento pero sin intentar controlarlos, reconociendo la pluralidad de sistemas de ayuda (que crecerá en el futuro) y su diversidad funcional. De lo contrario estaremos malpreparando el porvenir, el nuestro y —más importante— el de los usuarios. Como ha advertido Sarason (1974), mientras construyamos los problemas deforma que requieran atención profesional (sólo profesional, se entiende) no habrá solución definitiva para ellos.

A partir de Gartner y Riessman (1980), podemos mencionar 5 roles o funciones que los profesionales pueden desarrollar —y han desarrollado-respecto a los GAM: Creación y desarrollo, derivación e información, consulta, fortalecimiento de redes de apoyo y ayudadores indígenas e investigación. También Froland y otros (1981), Schure y otros (1982) y Whittaker y Garbarino (1983) —entre otros— incluyen información relevante a este respecto.
1. Creación y desarrollo de grupos. Los profesionales de salud mental o servicios humanos pueden ser instrumentales en la creación de un grupo si detectan tal necesidad entre sus clientes o poblaciones asociadas, o un problema para el que no existe solución institucional apropiada:
— localizando grupos o indicadores de riesgo o identificando grupos en estado de necesidad o riesgo.
— sugiriendo lugares y formas de comenzar las reuniones y animándolas inicialmente.
— apoyando a los que coordinan o apoyan las reuniones (cuando el grupo ya funciona) y contribuyendo a darles continuidad.
— formando una "cadena humana" de sujetos (A-B-C, etc.), procedimiento que algunos consideran más idóneo para formar un grupo que convocar una reunión de posibles interesados.
2. Derivación/Información sobre los GAM, forma de entrar en contacto con ellos, condiciones de admisión, etc. Un procedimiento todavía muy poco utilizado entre los profesionales, probablemente por una mezcla de desconfianza y falta de información. Recuérdese que la inmensa mayoría de los miembros en el estudio de Knight y otros (1980) eran reclutados a través de los medios de comunicación o de la "cadena humana".

Los profesionales o estudiosos pueden, además, recoger información en forma de guías,

directorios —o insertada en boletines y revistas—, charlas o conferencias en que se disemine esa información y se aumente la conciencia
—entre otros profesionales y el público— de la existencia y utilidad de estos recursos así como sus criterios y condiciones de admisión.
3. Consulta y educación. Probablemente la función más frecuente e importante. Se asume, obviamente que la asistencia técnica ha sido solicitada por el grupo. Temas habituales de educación/consulta con grupos son:
— información y técnicas de trabajo sobre determinados problemas o métodos terapéuticos.
— organización de talleres de entrenamiento de líderes o de desarrollo de recursos organizativos.
— consulta centrada en el programa u organización (capítulo 11) con cuestiones de financiación o subvenciones, entrenamiento de personal, administración, etc.
— propuesta de planes de acción y desarrollo de un grupo o conjunto de grupos asociados.
4. Fortalecimiento de las redes de apoyo social —formales o informales— a través de diversas estrategias innovadoras como (en las redes formales) la terapia de la red familiar (family network therapy), terapia de las redes comunitarias o formación de entorno comunitarios artificiales (clubs sociales, pisos asistidos, hogares autogestionados, etc.).

En cuanto al desarrollo de redes de apoyo informales o de trabajadores indígenas (vecinos, ayudadores "naturales", relacionados por el rol, compañeros de problema, etc.), las tareas a realizar incluyen:
— identificación y reclutamiento de ayudadores locales (anuncios de prensa, folletos, voluntariado de agencias o de calle, etc.).
— poner en contacto a los ayudadores ya existentes (o reclutados).
— mejorar sus capacidades y conocimientos a través de paquetes específicos (como los de Egan, Goodman, habilidades sociales).
— estimular y apoyar las redes locales existentes y su contacto positivo (tanto horizontal como vertical).

El campo de las redes de apoyo y ayudadores no profesionales es de un interés y potencial enormes, que rebasan con mucho estas páginas, centradas específicamente en la autoayuda. Referimos al lector a las obras de Biegel y Naparstek (1982), Froland y otros (1981), o Whittaker y Garbarino (1983) para una ampliación de la parte más aplicada del campo.
5. Investigación, fundamental en este campo porque —como se ha constatado en las páginas previas— apenas existe en la actualidad y la que hay —sobre todo los análisis de experiencias y literatura— son muy útiles, aunque —a falta de más datos— desconocemos con certeza su validez. Como excepciones relevantes podemos citar, en el aspecto analítico, el trabajo de Killilea; los de Levy (1976), Lieberman (1986) y Rappaport y otros (1985) en la empírica.

Aspectos relevantes a averiguar en la investigación futura incluyen: Efectividad real de los GAM, mecanismos de funcionamiento, formas de organización y liderazgo, procesos y cambios producidos en los miembros y el propio grupo. Tampoco debe ocultarse que la actitud de estos grupos no es, en general, favorable a la investigación y escrutinio ajeno.

13.8 Algunos aspectos organizativos

De acuerdo con Gartner y Riessman (1980), a quienes seguimos en este punto, los aspectos y principios organizativos de los GAM se derivan de sus diferencias básicas respecto a los habituales grupos terapéuticos, con los que no deben ser confundidos. Dos principios organizativos básicos a tener en cuenta por el organizador (sobre todo si es profesional, lo que no es preciso) son:

1) El grupo va a ser autónomo —no dependiente— respecto del organizador.
2) El grupo debe depender esencialmente del conocimiento exponencial acumulado por sus miembros, no de los conocimientos científico-técnicos aportados por el organizador.
También es relevante:
—Desarrollar el liderazgo en el grupo desde el principio.
— Dar tiempo al tiempo: Lograr la confianza y alcanzar un funcionamiento regular lleva tiempo. No conviene forzar el ritmo natural del grupo aunque el organizador lo considere lento, porque va, en general, en contra de la consolidación y funcionamiento efectivo del grupo a medio o largo plazo.

13.8.1 Proceso y funciones

Las funciones del organizador van pasando por un proceso (que tendrá siempre en cuenta los principios mencionados) a lo largo de los cuales se irá "eclipsando", perdiendo protagonismo e iniciativa gradualmente, para cederla al grupo. Ese proceso puede concretarse en 3 etapas o momentos:
1) Constitución del grupo. El organizador hace básicamente de catalizador del proceso:
— identificando miembros potenciales
— encontrando tiempo y lugar apropiados para las reuniones
— presentando el concepto de ayuda mutua y conduciendo las sesiones iniciales
— ayudando a que los miembros se conozcan.
2) Consolidación. A medida que el grupo se va consolidando, el organizador cede iniciativa al grupo pasando a un segundo plano, como asistente técnico:
— buscando líderes grupales y apoyando su papel
— observando el proceso grupal y comentándolo, generalmente cuando se lo piden
— apoyando y animando determinados procesos de construcción del grupo u ofreciendo sugerencias cuando es preguntado en áreas como: Participación, comunicación, cohesión y subgrupos, atmósfera grupal, estándares y normas grupales, establecimiento de metas, consecución de metas, mecánica del proceso y feedback y autoevaluación grupal.
3) Una vez consolidado el grupo, el organizador —que no tiene necesariamente los mismos intereses que el grupo— se limita a apoyar el proceso a través de las 3 funciones ya definidas de: Observar el proceso, comentar y apoyar sólo si se lo piden y como un miembro-recurso del grupo. No tiene porqué estar presente en las reuniones (en todas, al menos), aunque si disponible y en contacto con el grupo. En esta fase podrá también ayudar al grupo con proyectos y necesidades puntuales como contactos institucionales u obtención de fondos.

En general, otros aspectos organizativos —como la logística, el contenido de las reuniones o el proceso y forma de la dinámica grupal— deben conducirse o analizarse a partir de los principios básicos mencionados.

Un aspecto clave es el liderazgo. Existen distintos tipos de liderazgo en los GAM; algunos funcionan a base de un líder carismático e indiscutido. Para el caso del liderazgo democrático y compartido —y desde el punto de vista del organizador— es esencial para garantizar la futura autonomía del grupo buscar desde el principio personas interesadas y dinámicas que —como "líderes especializados"— puedan hacerse cargo de distintos aspectos funcionales como: Facilitar la participación; hacer resúmenes; transiciones y cambios de tema; comprender y apoyar; ocuparse de la logística; estimular a los miembros a la acción; etc.

Otra posibilidad es el liderazgo rotatorio, asumido por tumos por los miembros del grupo y que da ocasión —a la vez que fuerza un poco— a miembros que nunca participarían a hacerlo y

poner de manifiesto los diferentes estilos de organización y liderazgo: Jefe, innovador, energetizador, ayudador, constructor de cohesión grupal, manager, modelo de roles, interpretador, representante del mundo exterior, entrenador, narrador y contador de anécdotas, etc., etc.

13.9 Valoración y crítica

En conjunto podemos considerar la ayuda mutua como un enfoque alternativo de ayuda y prestación de servicios -a tener en cuenta junto (no frente) al sistema profesional- imaginativo e innovador, basado en mecanismos y procesos de mutualidad y apoyo sustancialmente distintos de los de los métodos terapéuticos y de ayuda profesionales. Un enfoque más democrático, participativo y cooperativo que el profesional, por lo que resulta más bien complementario que competitivo respecto a éste. La progresión futura que se augura a la AM es creciente y positiva, y los psicólogos (y otros profesionales) deberían tenerlos en cuenta como sistema alternativo colaborando con él como un valioso partener y no intentando controlarlo, asimilarlo o rivalizar con él, como si se tratara de un adversario o un competidor

La ayuda mutua no es -sin embargo y a pesar del tono marcadamente favorable que toman muchas revisiones sobre el tema- panacea de nada bien realidad, y en lo tocante a datos objetivables, es prácticamente un desconocido y eso, como sabemos, alimenta con frecuencia la mitología Debemos reconocer también sus limitaciones y problemas. Algunas de las críticas vertidas en esta dirección son:

1. Su efectividad no está probada. Las evaluaciones existentes -entusiastas, con frecuencia- se limitan a la satisfacción de los miembros. Hacen falta valoraciones objetivas, externas y menos reactivas pues, como sabemos por la investigación en psicoterapia, estas medidas son las más fáciles de alterar y el efecto placebo" planea amenazadoramente sobre las valoraciones positivas de entornos guípales como los GAM. La actitud de rechazo de la evaluación externa de muchos grupos debe cambiar substancialmente para permitir tal valoración. La efectividad de la ayuda mutua debe ser como cualquier otra, probada, no asumida como auto de fe.
2. La autoayuda puede usarse para reducir la responsabilidad pública o profesional en la prestación de servicios y, secundariamente, para favorecer discriminatoriamente -vía subvenciones, por ejemplo- unos tipos de enfoques —políticamente más dóciles o menos conflictivos— sobre otros.
3. Puede fomentar la dependencia -a veces de por vida- de sus miembros, sobre todo, aquellos grupos autoritarios y que "predican" nuevas formas de ortodoxia —mas bien simplista— o de sumisión irracional, fomentando la idea de que para estar "sano" hay que permanecer en el grupo.
4. Los miembros pueden obtener participación y apoyo, pero no ayuda real para sus problemas. La AM puede ser preferida en estos casos por muchas personas por el apoyo y solidaridad obtenidos y por no requerir enfrentarse seriamente a esos problemas e intentar resolverlos. Naturalmente, los problemas pueden así permanecer intactos eliminándose, a la vez, la mala conciencia del que los padece sobre no estar haciendo nada para resolverlos.
5. Representan una tendencia a fragmentar el cambio social en pequeñas unidades —no siempre interligadas— en detrimento de un enfrentamiento global y unitario a los problemas más sociales como alcohol, drogas o discriminación.
6. En línea con lo anterior, pueden suponer una forma particularmente perniciosa de "victimizar a la víctima", haciéndola responsable de problemas que tienen una raíz social no reconocida o atacada en el grupo.

Referencias bibliográficas

BARRÓN, A., LOZANO, P. y CHACÓN, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. GONZÁLEZ, F. CHACÓN y M. MARTÍNEZ (comps.) Psicología Comunitaria. Madrid, Visor.

BEAN, M. (1975). Alcoholics Anonymus. Psychiatric Annual, 5 (2), 7-61 y (3),7-57.

BIEGEL, D.E. y NAPARSTEK, A.J. (1982). Community support systems and mental health. Nueva York, Springer.

CALIFANO, J.A. (1986). América's health care revolution. Nueva York, Random House. CAPLAN, G. (1974). Support systems and mutual help. Nueva York, Behavioral

Publications. CAPLAN, G. (1976). The family as a support system. En G. CAPLAN y M. KILLILEA (eds.), Support systems and mutual help. Nueva York, Gruñe & Stratton.

CAPLAN, G. y KILLILEA, M. (eds.) (1976). Support Systems and mutual help: Multidisciplinary explorations. Nueva York, Gruñe & Stratton.

COLECTIVO DE MUJERES por la Salud de Bostón (1972). Our bodies, ourselves: A book by and for women. Nueva York, Simón & Schuster.

CRESSEY, D.R. (1965). Social-psychological foundations for using crimináis in the rehabilitation of crimináis. Journal of Research in Crime Delinquency, 2, 49-59.

CUMMINGS, N.A. (1986). The dismanding of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. American Psychologist, 41,426-431.

FROLAND, Q, PANCOAST, D.L., CHAPMAN, N.J. y KIMBOKO, P.J. (1981). Helping networks and human services. Beverly Hills, Sage.

GARTNER, A. y RIESSMAN, F. (1977). Self-help in the human services. San Francisco, Jossey Bass.

—— (1980). Help: A Working guide to self-help groups. Nueva York, New View-points/Vision. —— (1983). The self-help revolution. Nueva York, Human Sciences Press.

GESTEN, E.L. y JASON, L.A. (1987). Social and community interventions. Annual Review of Psychology, 38,427-460.

GOTTLIEB, B.J. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. American Psychologist. 38,278-287.

HURLEY, D. (1988). Getting help from helping. Psychology Today, 22,63-67.

JACOBS, M.K. y GOODMAN, G. (1989). Psychology and self-help groups. American Psychologist, 44,536-545.

ISCOE, I. (1977). Commonalities in models and approaches to training in Communitiy Psychology. En, I. ISCOE y cols., pp. 133-136.

ISCOE, I. y HARRIS, L.C. (1984). Social and community interventions, Annual Review of Sociology, 7,129-155.

KATZ, A.H. (1984). Self-help and mutualaid: An emerging social movement?Annual Review of Sociology, 7,129-155.

KATZ, A.H. y BENDER, E.I. (eds.) (1976). The strength in us; Self-help groups in the modern worid. Nueva York, New Viewpoints.

KICKBUSCH, I. y HATCH, S. (ed.) (1983). Self-help and health in Europe. Copenage, Worid Health Organization.

KILLILEA, M. (1976). Mutual-help organizations: Interpretations in the literature. En Caplan y KILLILEA (eds.).

KNIGHT, B., WOLLERT, R.W., LEVY, L.H., FRAME, L. y PADGETT, V.(1980). Self-help groups: The member's perspectives. American Journal of Community Psychology, 8,53-

65.
KROPOTKIN, P. (1914). Mutual aid. Boston, Extending Horizon Books.
LEVINE, M. (1988). An analysis of mutual assistance. Amer. J. of Community Pgy, 16,167-183.
LEVINE, M. y LEVINE, A. (1970). A social history of the helping services. Nueva York, Appleton-Century-Crofts.
LEVINE, M. y PERKINS, D.V. (1987). Self-help groups. En autores, Community Psychology, 234-257. Nueva York, Oxford.
LEVY, L.H. (1973). Self-help groups as mental health resources. Bloomington, documento no publicado.
LEVY, L.H. (1976). Self-help groups: Types and psychological processes. Journal of Applied Behavioral Science, 12, 310-322.
LIEBERMAN, M. (1975). Group therapies. En G. USDIN (ed.), Overview of the psychotherapies. Nueva York, Brunner-Mazel.
LIEBERMAN, M. (1986). Self-help groups and psychiatry. American Psychiatric Association Annual Review, 5,744-760.
MATÓN, K.I. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. American Journal of Community Psychology, 16,53-77.
—— (1989). Towards an ecological understanding of mutual-help groups: The social ecology of fit". Amer. J. of Community Pgy, 17,729 -754.
MATÓN, K.L, LEVENTHAL, G.S., MADARA, E.L. y JULIEN, M. (1989). Factors affecting the birth and death of mutual-help groups: The role of national affiliation, professional involvement, and member focal problem. American Journal of Community Psychology, 17, 643-71.
POWELL, T.J. (1987). Self-help organizations and professional practico. Silver Spring, National Association of Social Workers.
RAPPAPORT, J., SEIDMAN, E., TORO, P.A., MCFADDEN, L.S., REISCHL, T.M., ROBERTS, L., SALEM, D.A., STEIN, C.H. y ZIMMERMAN, M.A. (1985). Collaborative research with a Mutual help organization. Social Policy. 50,12-24
RICHARDSON, A. y GOODMAN, M. (1983). Self-help and social care: Mutual aid organisations in practico. Londres, Policy Studies Institute. REESSMAN, F. (1965). The "helper" therapy principie. Social Work, 10,27-32.
RIESSMAN, F. (1985). New dimensions in self-help. Social Policy, 50,2-5.
RIVLIN, L.G. y IMBIMBO, J.E. (1989). Self-help effoits in a squatter community: Implications for addressing contemporary homelessness. Amer. J. of Community Pgy., 17,705-728.
ROCA, F. y VILLALBI, J.R. (1989). Els grups d'ajuda mutua en el camp de la salut. Revista de Treball Social, 114, 38-51. ROCA, F., FIOL, C. y VILLALBÍ, J. (1989). Directori d'organizacions i grups d'ojuda mutua de Barcelona. Barcelona, Instituí Municipal de la Salut, Ayto. de Barcelona.
SALEM, D.A., SEIDMAN, E. y RAPPAPORT, J. (1988). Community treatment of the mentally ill: The promise of mutual help organizations. Social Work, 33, 403-408.
SARASON, S.B. (1974). The psychological sense of community. San Francisco, Jossey-Bass. SAUBER, S.R. (1983). The human services delivery systems (cap. 8). Nueva York, Columbia Univ. Press.
SCHURE, M., SLOTNICK, R.S. y JEGER, A.M. (1982). Behavioral-ecology and self-help/professional collaboration. En A.M. JEGER y R.S. SLOTNICK (eds.), Community Mental Health and behavioral ecology. Nueva York, Plenum.

TOCH, H. (1965). The social psychology of Social movements. Nueva York, Bobbs-Memll.
VATTANO, A.J. (1972). Power to the people: Self-help groups. Social work, 17, 7-15.
WHITTAKER, R.K. y GARBARINO, J. (eds.) (1983). Social support networks: Informal helping in the human services. Nueva York, Aldine.
YABLONSKY, L. (1965). Synanon: The tunnel back. Nueva York, Macmillan.

Capítulo 14
Desarrollo de comunidad y acción social urbana

Josep M.A. Rueda Palenzuela

14.1 Variedades de actuación social y clasificación

Este capítulo tiene una finalidad doble: 1) describir las dimensiones sociales de actuación social desde el punto de vista comunitario, mostrando sus fundamentos y características básicas, y 2) desarrollar la metodología y proceso de dos formas básicas de actuación: el desarrollo de comunidad y la acción social (urbana). Ambas han sido ya referidas, de pasada (capítulo 8) en la panorámica de estrategias de intervención comunitaria. Dada la falta de unidad conceptual y de lenguaje existente en PC pueden darse (dentro de un tono de coincidencia general) algunas divergencias entre el tratamiento y significado de algunos puntos aquí y en el capítulo referido.

De entrada y para situarnos, vamos a contrastar la acción social, como movimiento que surge desde la comunidad misma y se desarrolla en forma de movimientos sociales, y la intervención social como actuación nacida de la capacidad técnico-científica de atender a —e incidir en— un problema y que se engloba en lo que se conoce como cambio social planificado.

A partir de la finalidad y esquema conceptual previos, el capítulo se estructura en torno a los siguientes puntos: 1) Variedades de la actuación en el campo social; 2) tipos y opciones de la acción social; 3) tipos y opciones de la intervención social; 4) desarrollo de comunidad: definición, fundamento y desarrollo, y 5) movimientos urbanos (como forma de acción social): definición, bases teóricas, dinámica y estrategia.

14.1.1 Formas de actuación social: acción, intervención y gestión social

Intentemos ponemos de acuerdo. Sólo de forma arbitraria podemos diferenciar las 3 formas de actuación (o de producir transformaciones sociales): Acción, intervención y gestión social; en la práctica los profesionales las utilizan indistintamente. Necesitamos, no obstante, diferenciarlas —aunque sólo sea convencionalmente— porque existen realidades de actuación diversas (según se resalten unos aspectos o procesos u otros) que demandan términos distintos, aunque en la práctica compleja o en casos límite, las diferencias sean difíciles de establecer. Intentemos capturar brevemente esos aspectos o procesos diferenciales básicos a través de definiciones escogidas en cada término.

Definimos, con Heras y De Vicente, acción social como "la respuesta solidaria ante las necesidades sociales". Retengamos los 3 elementos básicos: Necesidades sociales, puede referirse a carencias colectivas, a premura de resolución de problemas que afectan a un colectivo, etc. Respuesta, es decir, se ponen en marcha aquellos elementos materiales, personales, de contenido, etc., adecuados a las características de lo que hemos definido como necesidad. Solidaria, o sea, hecha entre aquellos que de una forma u otra pueden considerarse afectados por la carencia o los efectos de un determinado problema.

Intervención social. "Intervenir se refiere a la introducción, interposición o intermediación desde una postura de autoridad, de un elemento externo entre dos partes con la intención de modifican-, o interferir con el funcionamiento de un proceso o sistema en una dirección dada (cambio direccional, cesación, desarrollo, etc.). La intervención comporta, pues, un proceso de interferencia o influencia y persigue un cambio. Si la unidad a afectar es social (una comunidad; racismo) y el cambio perseguido también (cambio de estructura de la comunidad) tendríamos una

intervención social" (Sánchez Vidal, 1988).

Retengamos 3 ideas de esta cita: La de proceso, que se está dando en una realidad social-colectiva o comunitaria. La idea de cambio que establece un parámetro de medida (que de no intervenir seguiría un determinado proceso). La introducción de una variable nos permitirá determinar si, después de la actuación, el parámetro es distinto (o no), o sea, si el proceso ha dejado de seguir su propia inercia. Mentar proceso, es afirmar que la realidad social o comunitaria no es estanca; citar a continuación cambio es afirmar modificaciones que tengan en cuenta ese proceso.

La tercera idea es la de autoridad: Lo que mueve a producir un cambio no es la solidaridad en el problema o la necesidad, sino la comprensión científica; la capacidad de probar, de resolución; la confianza en las estrategias a priori; la humildad de evaluar y reconocer el éxito o el fracaso. Autoridad (técnica o política) es, pues, sinónimo de exterioridad al problema. Más tarde discutiremos los límites de la autoridad.

Evidentemente, el término autoridad es el que diferenciará acción social de intervención social. La solidaridad social actúa desde dentro, desde los afectados; la autoridad de la intervención es un comprometer el saber y el hacer científico en la resolución del problema y, si se quiere, la toma de partido por los afectados. Es la solidaridad del sabio, del técnico con la población.

Gestión social. Aunque en este capítulo no vamos a hablar de esta forma de actuación, bastante extendida hoy en los sectores de la animación cultural, nos ha parecido apropiado traerla a colación al menos para concretar y diferenciar mejor acción e intervención social. La entendemos "como las diligencias que hacen unos promotores conducentes a poner en contacto valores propios de una minoría con la mayoría o comunidad, y ésta asumirá los efectos que le convengan" (Delgado).

La gestión es pues, un terreno intermedio entre acción e intervención. Se acerca a la intervención por la intención: Pone en contacto, selecciona minorías, prepara el marco del contacto (conferencia, exposición, revista, etc.). Se acerca a la acción social, al permitir que sea la misma comunidad la que disponga y utilice los valores que se le muestren.

14.1.2 Respuestas resultantes: movimientos sociales, cambio social planificado y "marketing" social

La aplicación de cada una de las formas o sistemas de actuación social general da como resultado concreto un tipo de praxis organizativa distinta: 1) la acción social origina los "movimientos sociales"; 2) la intervención social, el cambio social planificado, y 3) la gestión social, el marketing social.

1. Movimientos sociales. Si la acción social es la base de estos movimientos, habrá tantas clases como tipos de respuestas solidarias: Movimientos urbanos, campesinos, de minorías educativas, etnias, punks, independentismo, acción cívica, feminismo, etc.
2. Igualmente existirán tantos tipos de cambio social planificado como áreas o ámbitos de intervención social: Desarrollo comunitario en áreas de subdesarrollo económico; organización marginadas y/o periféricas; potenciación de lo comunitario en zonas de características adaptativas pobres; programas de salud en estíos de vida deficientes o peligrosos; programas sociales de infancia en familias anómicas, etc.
3. Lo mismo sucederá con el marketing social, basado en la gestión social, aunque en nuestro país este tipo de actuación se ha limitado básicamente al área cultural.

A partir de aquí abandonamos la gestión social, como forma de actuación social para

centramos en las otras dos que titulan este escrito: Acción social (movimientos sociales) e intervención social (cambio social planificado), que, como recurso expositivo, iremos contrastando y comparando. No deben, sin embargo, entenderse como polos contrapuestos, ya que en la práctica habitual ambas formas se superponen, complementan o entran en conflicto.

Abordamos en las dos secciones que siguen la clasificación de acción social e intervención social según las formas en que cada una se da y las opciones que pueden adoptar los sujetos respectivos en cada caso.

14.1.3 Acción social: tipos y opciones

Una primera constatación importante en el campo de los movimientos sociales es su gran variedad y riqueza, tanto en la forma en que se dan como en su contenido.

Desde el punto de vista formal, nos atreveríamos a sistematizar la acción social en tres grandes áreas: 1) Acción directa; 2) acción social, comunitaria o colectiva y 3) acción social institucionalizada. Pasamos a describir brevemente los 3 tipos. (Más adelante nos ocupamos de las opciones de los sujetos participantes.)

1. Acción directa. Ante los problemas y las necesidades sociales, un individuo o grupo se proponen la resolución del mismo asumiendo el protagonismo de la actuación y las consecuencias de sus efectos. La acción directa puede ser violenta, cuando va destinada a la destrucción del poder del otro al considerar que impide la resolución del problema, o pacífica, si la acción intenta la construcción de la respuesta a partir de su propia capacidad y sin esperar ayudas exteriores. La autogestión es una forma de acción directa no violenta.
2. Acción social comunitaria o colectiva. En este caso, el individuo o grupo toma conciencia de los problemas existentes y se dispone a implicar a los afectados en su solución consultando para ello con las partes más dinámicas, estableciendo una organización para la respuesta e intentando implicar al resto de la comunidad. Esa implicación puede tomar la forma de recogida de firmas, convocatoria de un acto, participación en una manifestación, etc. También aquí pueden darse la forma conflictiva y la no conflictiva o no violenta.
3. Acción social institucionalizada. Ante un problema social, los individuos se concientizan creando "entidades" u organizaciones como base par su resolución. Pueden ser ejemplo de ello el sindicato, el partido, la asociación, etc. Decimos acción social institucionalizada, porque una vez establecida la "organización", ésta es la que define tanto el problema como la vía para su resolución. Los individuos aceptan colaborar en esa definición y opción pero una vez hecho eso, disciplinadamente las asumen, extienden y buscan adeptos y colaboradores para la ejecución de la opción.

Debe notarse que la diferencia entre acción directa, acción social comunitaria y acción social institucionalizada, no es la existencia o no de organización, sino la diferencia de rol y peso que esa organización tiene en la estrategia. En efecto, en todo movimiento social siempre hay organización, aun en los que aparecen como espontáneos.

Desde el punto de vista de los contenidos, obtendríamos, como ya se dijo, una lista (más que una tipología) tan extensa de movimientos sociales como la capacidad de los humanos para resolver solidariamente los problemas que los afectan. Algunos de estos movimientos serían: Movimiento social urbano; movimiento sindical; movimientos políticos; feminismo, ecologismo; pacifismo; luchas de minorías étnicas o minorías sociales discriminadas (por razón de sexo, de idioma, de piel, de enfermedad —SIDA—, etc.); movimientos de acción educativa; comunas rurales; movimientos de convivencia alternativos; sex-pol; movimientos de solidaridad; de defensa de la vegetación o de los animales; etc.

La lucha de clases es el mejor paradigma explicativo de las diversas formas de acción social, siempre y cuando esa lucha se entienda en sentido amplio, abarcando no sólo formas conflictivas y depredadoras sino también ideológicas, de manipulación y control de la otra clase. Lo que, trasladado a la acción social significaría, que ésta también puede realizarse mediante formas no conflictivas y seguir siendo una respuesta solidaria ame las necesidades sociales, acción social.

Opciones

En cualquier tipo de actuación social podemos distinguir un "nosotros", agentes inductores del cambio —identificados por el pronombre como sujetos (agentes) o protagonistas de él— y un "ellos", el resto del colectivo social más o menos relacionado con —o afectado por— la actuación en cuestión (indiferentes, opositores, etc.). En la acción social el "nosotros" es la comunidad afectada y el "ellos" el resto de agentes públicos o privados que nene alguna relación con la acción. En la intervención social, en cambio, "nosotros" identifica al estaf técnico-administrativo-político y "ellos" a la comunidad (aunque con cierta frecuencia el técnico señala como "ellos" a aquellos que tienen poder—político o de gestión— sobre su poder).

El término opciones designa pues a los diferentes tipos de relaciones que pueden establecerse entre los grupos en distintas posiciones de interés y protagonismo respecto a un problema o actuación social dada y su mutua identificación y etiquetado (quiénes son "ellos"). Más concretamente, en nuestro contexto expositivo, se refiere a la postura que deciden o desean tomar los sujetos de la acción social ("nosotros") frente al resto del colectivo social implicado y en posición de exterioridad respecto a la acción ("ellos").

Sin agotar las posibilidades, distinguiríamos tres tipos de opciones en la acción social (y en los movimientos ciudadanos): Presión social, voluntarismo y autogestión.

1. Presión social. Aquí, el movimiento social opta por la vía de desarrollar el conflicto. "La lucha" es la principal palabra en todo el proceso. La presión social ante la necesidad organiza una respuesta de fuerza dirigida hacia aquellos centros de poder que podrían satisfacerla. Por ejemplo: Movimientos urbanos, lucha sindical, feminismo o ecologismo.
2. Voluntarismo. El movimiento social se entiende como una forma desinteresada, subsidiaria, de colaboración con los poderes que tienen competencia con la resolución del problema. Ejemplo: Movimientos educativos, asociaciones culturales, centros o iniciativas deportivas.
3. Autogestión. El movimiento social define como propias parcelas de la sociedad aptas para el aprendizaje de una nueva forma de relación, ideología, etc. El proceso sirve de entrenamiento, al tiempo que puede combinarse con opciones de presión social. Ejemplos: Escuelas autogestionadas, comunas urbanas o rurales, ateneos libertarios, cooperativas de consumo, etc.

Estas 3 opciones no son, naturalmente, excluyentes aunque en los procesos de transformación social en que se dan tiende a dominar una u otra sobre el resto según el momento de su desarrollo.

14.1.4 Intervención social: tipos y opciones

Al igual que hemos hecho con los movimientos sociales, también en el campo del cambio social planificado existe una gran riqueza en cuanto a formas y contenidos. Podemos acordar agrupar las intervenciones sociales según se apoyen en: 1) La estructura comunitaria; 2) una unidad u organización de la comunidad, y 3) la capacidad de relación de los miembros de la comunidad.

Examinemos cada tipo.

1. Intervenciones sociales que se apoyan en la estructura

Partiendo de los objetivos generales de la intervención social en la comunidad (desarrollar y mejorar a los individuos y aumentar la solidaridad mutua y la conciencia de comunidad) aquí se intenta alcanzar esos objetivos a través de una dimensión estructural básica de la comunidad (infraestructura económica o urbana, organización social, etc.). La idea es que los cambios introducidos en esa dimensión tienen efectos transformadores o dinamizadores irradiativos sobre el resto de niveles (relacional, cohesión social, etc.), comunitarios y personales (mejora del poder de los individuos de manejar sus vidas y tomar parte en las actividades y decisiones comunitarias, etc.).

Dentro de la diversidad de formas de este tipo de intervención (tantas como dimensiones estructurales básicas se distingan) nos centramos en 3, una de las cuales —el desarrollo comunitario— será singularizada y descrita en mayor detalle más adelante.

a) Desarrollo comunitario. Se basa en la infraestructura económica de la comunidad como eje directriz estructural. A partir de la evaluación ("diagnóstico") de una determinada comunidad como subdesarrollada y premodema se interviene sobre la economía, relaciones sociales y valores culturales para producir su cambio en un sentido desarrollista, con frecuencia en base a las ideas marxistas sobre cambio y desarrollo social.

b) Rehabilitación de barrios. Se apoya en la infraestructura ecológica, urbana y de la vivienda "intentando acortar la brecha social y detener el proceso de degradación barrial, elevando las expectativas y estimulando la participación de sus moradores a través de un sistema de intervención para el cambio de situación social enfocado en un marco geográfico del barrio" (Kashmon).

c) Organización de la comunidad. Descansa sobre el tejido organizativo como capacidad de ejercer el poder. Para A. Hilman, esta estrategia tiene la finalidad de abastecer a la comunidad de los servicios necesarios en varios campos según las necesidades y peticiones hechas por la comunidad. Estas necesidades y peticiones pueden estar causadas por los rápidos cambios de la sociedad. (Marco Marchioni, 1967.)

(El término "organización de la comunidad ha sido usado —como otros incluidos aquí— en el capítulo 8 con un significado más amplio —y algo diferente del de este capítulo—. Esto resulta, como ya se ha advertido, de las diferencias conceptuales y terminológicas existentes en el campo de la acción social y la PC y la falta de un esquema organizativo único y aceptado por todos).

2. Intervenciones sociales basadas en organizaciones de la comunidad

Los objetivos perseguidos son los mismos (aumentar la conciencia de comunidad, mejorar la solidaridad entre los vecinos, desarrollar y mejorar a los individuos). Para alcanzarlos nos apoyamos aquí, sin embargo, en la capacidad de educación y aprendizaje social que proporciona una organización o necesidad asociativa existente. Las actuaciones pueden ir en tres dicciones:

a) Escenarios de convivencia. Se detecta la necesidad de una entidad que dé respuesta a una problemática específica (refugio mujeres maltratadas centro de reunión juvenil, escuela de adultos, etc.). La intervención concibe y diseña una entidad cuyas dinámicas y procesos permitirán alcanzar los objetivos propuestos por los usuarios

b) Desarrollo institucional. En este caso, una entidad da muestras de ser un potente agente de animación, educación, higiene, etc., pero sus medios limitan su capacidad operativa a un sector de población. La intervención consiste en ampliar esos medios ayudando al mismo tiempo a la entidad para que la ampliación no degrade los servicios que hasta ahora prestaba -y sus objetivos de base- al ampliar poblacionalmente su capacidad operativa.

c) Complementación institucional. Si una entidad muestra síntomas de estar perdiendo su capacidad de alcanzar y mantener los objetivos por la cual fue diseñada (disminuir el absentismo escolar, institucionalizar viejos etc.) la intervención se centra en complementar temporalmente a esa entidad con una unidad de intervención. Ésta puede ayudar a la entidad trabajando con el núcleo mantenedor de la misma (técnicas de análisis institucional, capacitación de los dirigentes, etc.), en la periferia o con sujetos que muestran los efectos de la pérdida de identidad institucional. Puede también trabajar en la propia estructura organizacional intentando recuperar la capacidad instituyente de la propia entidad para alcanzar sus objetivos y remontar las dificultades.

3. Intervención basada en las capacidades de relación de los miembros de la comunidad.

Esta forma de intervención comporta objetivos de las anteriores, variando -lógicamente, pues estamos describiendo estrategias- la forma de perseguirlos, que esta vez se asienta sobre las propias capacidades (de relación, autoayuda, desarrollo, etc.) de los individuos que componen la comunidad. Las posibilidades mas conocidas son:

a) Potenciación de capacidades comunitarias. La intervención social, previa evaluación, trata de desarrollar y mejorar la capacidad de comunicación de relación, de negociación, de acción, de solidaridad o de cuidado de la comunidad. Se actúa directamente aquí sobre relaciones tanto entre individuos, como entre individuos e instrumentos (de ayuda, de acción, etc.). En este apartado se centrarían las aportaciones de la Psicología Comunitaria (PC) tanto en su dimensión de salud (Salud Mental Comunitaria) o de potenciación y desarrollo social.

b) Formación y educación. La intervención social se centra en este caso en acercar y garantizar el éxito del individuo (y colectivo) al ponerle en contacto con nuevos conocimientos, técnicas, procesos de formación y socialización, etc. El sujeto, al no disponer de esos conocimientos o formación, ve mermadas sus posibilidades en la relación laboral, cultural y social. Podemos incluir en este apartado los diversos procesos de educación y alfabetización de adultos, desde los más primitivos hasta los más modernos y novedosos complementados con la animación comunitaria.

c) Servicios y prestaciones. Otra forma de intervención social consiste en acercar a la comunidad los servicios o prestaciones necesarios y/o demandados En este caso algunos miembros de la comunidad que se reconocen como usuarios, establecen una relación de demanda o un plan de trabajo para obtener el beneficio o servicio buscado. Dentro de la gran variedad de servicios y prestaciones existentes, nosotros proponemos agruparlos en a) Servicios de información-orientación; b) de tratamiento (valoración, asesoramiento, terapias), y c) de reinserción. (o, en otras palabras, servicios con finalidad de prevención primaria, secundaria y terciana, según el esquema terminológico clásico).

Opciones

También aquí pueden distinguirse diversas opciones —aunque, dado el menor grado de optatividad, esta diferenciación tenga bastante menor significación que en la acción social- según el grado de impositividad técnica o política de la intervención. Como ilustración podemos citar el despotismo y la planificación democrática. .

En el despotismo (ilustrado) o tecnocratismo se intentan producir cambios sociales prescindiendo de los sujetos a que esos cambios van a afectar desde la doble legitimidad (discutible desde una concepción participativa de cambio social) política (el poder de la administración) y técnica (el poder del conocimiento científico).

En planificación democrática, en cambio, hay un reconocimiento de las partes implicadas

(políticos, técnicos, ciudadanos), un acuerdo en los objetivos de la intervención (producir cambios) estableciéndose también instrumentos para regular y resolver conflictos de intereses entre las partes discusión, negociación, arbitraje, voto, etc.). En el área socialista y desde ciertas formulaciones vanguardistas (Gorbachev, 1987), esta opción recibiría el nombre de democracia socialista. Al contrario que la acción social, estas opciones son generalmente incompatibles entre sí.

14.2 Desarrollo de comunidad (DC)

A partir del encargo recibido, vamos a desarrollar en esta segunda parte del capítulo dos tipos o formas concretas de actuación social entre los descritos, una - desarrollo de la comunidad- tomada del cambio social planificado (intervención social) y otra -movimientos urbanos (MU)- de los movimientos sociales (acción social), tratándolos como modelos ilustrativos -si no realmente representativos- de las dos variedades de transformación social y comunitaria antes descritas. Presentamos estas dos formas aun cuando no son realmente simétricas (una -el DC- se mueve en el plano comunitario rural y otra -MU- en el urbano), lo que hubiera facilitado su mutua contrastación.

14.2.1 Definición y fundamentación

Veamos, de entrada, algunas de las definiciones de DC propuestas por distintas agencias -y el tipo de situación comunitaria al que esta forma de intervención es adecuada- para ampliar después su significado y carácter como estrategia comunitaria.

A partir de las definiciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU) obtenemos los siguientes elementos (criterios) constitutivos, implicados en el desarrollo comunitario:

De las definiciones de la ONU:

1. Unir los esfuerzos de la población a los de su gobierno (o administración)
2. Para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales.
3. Integrándose en la nación o comunidad.
4. Capacitando a la población para contribuir al progreso nacional

De la definición de la EICS (Enciclopedia nacional de las Ciencias Sociales):

1. Acelaración consciente de cambios económicos, tecnológicos .y sociales.
2. Localidad. Cambio social planificado en una aldea, villa, ciudad.
3. Proyectos que tienen importancia para esa localidad y que pueden ser iniciados y llevados por la población local (con ayuda técnica externa).

De la definición de Marco Marchioni (1967) extraeremos 4 componentes:

1) Proceso de modificación y mejora de una comunidad local (pueblo, aldea, núcleo poblacional);
2) que se encuentran en una situación de subdesarrollo o de insuficiente utilización de los recursos disponibles;
3) llevado a cabo por los propios miembros de la comunidad, y
4) dirigidos simultáneamente a los aspectos socio-culturales y económicos.

De estas definiciones podemos retener estos elementos del DC:

1. Localidad - localización (como base constitutiva o generatriz de la comunidad).
2. "Diagnóstico" o sistema de clasificación de las sociedades (a partir de la idea de desarrollo y modernidad) como premodemas o subdesarrolladas.
3. Objetivos o metas que acompañan a la acción y que convierten el "desarrollo de la comunidad" en una estrategia de intervención.

4. Áreas de intervención o aspectos de la comunidad que centran el "diagnóstico" sirviendo de base para evaluar la efectividad de la intervención. Las áreas que se repiten en las definiciones previas son: economía, tecnología, cultura y relaciones sociales.
5. Es un método de realización de la intervención, o cambio planificado y participado e integrativo.
6. La administración (Gobierno central, regional o local) tiene la dirección, coordinación y, en general, la iniciativa.
7. Se proporciona ayuda externa (técnica, financiación, asesoramiento, etc.).

Así pues el punto de partida del DC es una comunidad definida territorialmente, que muestra signos de subdesarrollo económico respecto a la media de desarrollo del país o áreas mundial de que forma parte y características de premodemidad en la estructura y relaciones sociales y culturales.

El desarrollo comunitario es una estrategia utilizada tanto a nivel internacional (patrocinada con frecuencia por la O.N.U.) como nacional (patrocinada por el Gobierno de un país) o local (patrocinada por la administración local o por una entidad privada) para desarrollar un determinado territorio. Actúa preferentemente —pero no exclusivamente— en zonas rurales. También se llevan a cabo planes de DC en comunidades o barrios urbanística y socialmente degradados de las grandes ciudades que presentan numerosos problemas asociados (drogas, marginación, delincuencia, prostitución, violencia, etc.).

En el DC la iniciativa la toma la agencia patrocinadora que, a diferencia de otras estrategias como el colonialismo, reconoce que el proceso a desarrollar es integral y simultáneo abarcando los niveles económico, de relaciones sociales y cultural. También se reconoce que ese proceso sólo es posible si se implica en él a la comunidad. La agencia patrocinadora aportará técnicos, planes o medios económicos para provocar el cambio. Se presupone que la población aportará su voluntad participativa y recursos humanos y sociales propios lo que constituye una precondición para realizar esos planes a la vez que un elemento dinamizador básico.

Algunas experiencias de DC han evidenciado en la comunidad afectada reacciones de pasividad, resistencia, denegación o manipulación (se desea el cambio, pero no se quiere renunciar a ciertas costumbres o prácticas incompatibles con él; se está de acuerdo verbalmente pero, de facto, se sabotean las operaciones o se niega la colaboración precisa, etc.) distintas de la colaboración y participación esperada. Algunas experiencias realizadas han evidenciado que la comunidad ante una propuesta de "desarrollo comunitario reacciona en ocasiones de forma distinta a la deseada. Dejando aparte las denegaciones manifiestas al cambio, encontramos reacciones de "cuentismo o apariencia de cambio en relación al programa esperado -pero que desaparece tan pronto como la agencia retira sus técnicos o sus ayudas económicas— y otras medios de resistencia: Se desea el cambio pero no se está dispuesto a renunciar a ciertos valores, costumbres o prácticas- etc.

Estos y otros hechos han llevado a la conclusión que el desarrollo comunitario si bien es necesario, no puede ser concebido como algo exterior a los propios procesos de la misma comunidad. No es de extrañar que los críticos de esta estrategia la califican de tecnocracia (respuestas desde fuera de la cultura), de expertista (el valor del experto por encima de la experiencia acumulada) o de nueva versión colonialista (los valores de desarrollo y modernidad son sinónimos del antiguo concepto de occidentalización). A pesar de todas estas críticas, es cierto que algunas comunidades han quedado atrapadas en sus propios procesos económicos y socio-culturales, y que sólo con ayuda exterior es posible lograr su desarrollo y dinamización.

En ese sentido, no es de extrañar que, según se mire el DC desde una postura u otra (acción social o intervención social) se tendrán visiones y valoraciones diferentes. Desde las

estrategias que nacen de la acción social la población o comunidad se percibe como sujeta a fuerzas exteriores que actúan sobre ella; esa actuación les afecta, ya sea para su bien o para su perjuicio.

Desde las estrategias que nacen de la intervención social, el técnico o autoridad analiza la comunidad en aquellos componentes que le expliquen tanto su comportamiento adaptativo como su capacidad de reacción a las fuerzas externas. No parte necesariamente del conflicto sino de las funciones o cuestiones que podrían articular la comunidad con el desarrollo nacional. Aquí habrá una serie de variaciones según el grado en que la agencia patrocinadora apoye los intereses nacionales (pudiendo entonces convertir a la comunidad en una extensión de esos sin personalidad) o apoye intereses localistas (pudiendo entonces crear un antagonismo entre el interés local y el nacional).

14.2.2 Componentes comunitarios y estrategias de desarrollo resultantes

Aunque los planteamientos y fundamentación teórica de técnicos y/o agencias implicados en DC son variados (posturas funcionalistas, estructuralistas, marxistas, etc.) quizá el más aceptado es el de los técnicos ligados a la ONU. Este planteamiento se podría resumir brevemente —en cuanto a los componentes básicos de la comunidad y su uso estructural para promover el DC—, como sigue.

La *comunidad* es concebida como un todo estructural con 3 componentes básicos: 1) Función, 2) estructura y 3) cultura. La función. Hace referencia a la infraestructura económica de la comunidad, sistema productivo (agrícola, industrial, de servicios), sistemas de energía y tecnologías que se emplean, recursos naturales disponibles, etc. La estructura hace referencia al sistema de relaciones sociales, subgrupos existentes, relaciones jerárquicas, organización formal e informal, tipo familia dominante, uso del tiempo libre y hábitos cotidianos, etc. La cultura hace referencia a las modalidades de vida características, así como a las ideologías y sistemas normativo-valorativos de fondo que informan a esas modalidades (religión, concepción del mundo social, valores políticos, etc.).

En cuanto al cambio (y desarrollo) comunitario, los técnicos de la ONU asumen una postura estructural, o sistémica al afirmar que un cambio en cualquiera de esos tres componentes conlleva un cambio en los otros dos. Así, un cambio en la función económica, se verá acompañado de un cambio en la estructura y en la cultura. Y similarmente para los otros 2 componentes.

Desde este planteamiento cobrará mucha importancia que los procesos sean adecuados para que lleven a asegurar el cambio global de la comunidad. Por eso el desarrollo comunitario avanza en tres líneas interrelacionadas: 1) Capacitación tecnológica; 2) organización social-económica, y 3) educación. Examinemos brevemente cada una de ellas.

1. La capacitación tecnológica, va dirigida a desarrollar nuevas habilidades en el trabajador, a concebir de forma distinta la empresa y el empresario (desarrollo de una "cultura empresarial"), etc.
2. La capacitación social-económica, va dirigida a establecer una reorganización de la estructura social en función de los nuevos cometidos y necesidades que la "función" (infraestructura económica) requiere. En este nivel, la Administración tendrá que redefinirse y el asociacionismo formalizarse alrededor del control y mantenimiento del plan. El cooperativismo será promocionado como una forma de asociación comunitaria, tanto en el plano económico, como técnico o de comercialización.
3. La educación será concebida como una forma de incidir en las modalidades de vida (cultura).

En un sentido amplio, el movimiento comunitario ha incluido en su versión más radical en Latinoamérica (capítulo 6), el impulso de componentes de pedagogía liberatoria como son la de Paulo Freiré. La "concientización" resultante ha desarrollado una serie de programas: Modificación de la condición de la mujer, de los jóvenes, etc. En sentido restringido, ha dirigido sus acciones hacia la formación de dirigentes locales o la educación de adultos.

14.2.3 Proceso del desarrollo comunitario

En un plan de DC podemos distinguir 5 fases (con no pocas correspondencias con las descritas en el capítulo 8 para la intervención comunitaria en general): 1) Estudio o evaluación; 2) conexión o contacto; 3) acuerdos y formalización del programa; 4) actuación o implementación y 5) seguimiento.

1. Estudio o evaluación ("diagnóstico"). Cuando una agencia decide realizar un programa de desarrollo comunitario lo primero que deberá hacer es un estudio "diagnóstico" o evaluación del área correspondiente en los 3 componentes (función, estructura y cultura) señalados.

Este estudio, de acuerdo con los ejes conceptuales ya descritos (más alguno añadido) incidirá en los siguientes elementos:

a) Función-Economía de la zona: Energía, tecnología; estructura de la población; población activa; pirámide de edad/sexos, etcétera, etcétera. El objetivo será obtener los indicadores que permitan conocer las características de la economía para poder establecer lo que después serán las pautas de intervención: Tratamiento de la tierra (si es desarrollo rural), nuevas tecnologías, capacitación de los futuros trabajadores, fuentes de financiación, etc.

b) Estructura. El segundo apartado a estudiar son todos aquellos aspectos que nos permitan conocer la estructura social y organizativa (grupos de presión, papel de la Administración, ocupación del tiempo libre, rol de la mujer y de los jóvenes, etc.) reflejando en cada una de estas unidades estructurales datos relevantes como características, historia o actitudes y expectativas ante el cambio.

En este apartado incluiremos también la dimensión ecológica de la comunidad (estudio de sus relaciones económicas, políticos y sociales con el entorno social y territorial colindante) y la estructura de servicios existente (sanidad, educación, asistencia social, justicia, etc.).

c) Cultura. Este tercer apartado explotará las estructuras de cotidianidad, buscando en ellas valores sociales implícitos (valor trabajo, valor desarrollo, valor salud...), pautas morales, normas, etcétera. Se trata de conocer los sistemas ideológico-normativos para prever las resistencias (o facilitación) que la comunidad puede presentar al cambio.

d) Un cuarto apartado de estudio será el de los medios o recursos de que podremos disponer así como los ámbitos y redes de servicios básicos (educación, sanidad, asistencia técnica, etc.) en que tengamos que apoyamos.

e) M. Marchioni (1967) insiste en que abramos un capítulo adicional de agenda constituido por contactos, direcciones o localizaciones de servicios y personas que pueden en un momento determinado jugar un papel clave en el proceso interventivo.

Esta fase de estudio se justifica por la necesidad de los técnicos —tanto del que desarrollará funciones de asistencia técnica, como los formadores y expertos en relaciones humanas— de operar con conocimiento de causa y tener una dimensión objetiva desde la cual intervenir y operar en la comunidad.

2. Conexión o contacto. A partir de este momento todo el trabajo que vamos a desarrollar va a ser conseguir la sensibilización, implicación de la comunidad en el proceso. No debe olvidarse que el plan no responde a una demanda explícita, aunque el análisis del problema evidencie la necesidad

de intervención. La fase de conexión es una fase de entrada en contacto de los técnicos con la comunidad, de diálogo, conversación, entrevistas, encuentros y explicaciones, etc.

En esta fase, el técnico trata de despertar la conciencia de la necesidad de introducir cambios en la comunidad, de desarrollar el sentimiento de protagonismo de la misma, de mostrar sus posibilidades y sus límites. En definitiva, intenta crear suficientes expectativas como para que el proyecto de desarrollo sea sentido como algo necesario y provechoso para la comunidad. Esta fase de conexión tiene mucho de conocimiento light: El técnico trata de objetivar sentimientos y expectativas; de conocer en directo lo cotidiano; de contactar con los líderes de opinión y las personas influyentes; etc.

3. Acuerdos y formalización del programa. Esta fase continúa la conexión, profundizando los contactos con todas aquellas partes de la comunidad más resistentes o más alejadas del programa de cara a vencer sus resistencias. Con el sector más "maduro" y convencido el interventor inicia la dinámica de convocatorias y de organización siguiendo por los grandes grupos, comités de trabajo y asambleas informativas para diseñar los programas-proyectos que deberán ponerse en marcha. Aunque cada programa de desarrollo concreto tiene sus características propias, los programas-proyectos acordados giran básicamente alrededor de las siguientes tareas:

a) Capacitación técnica de los trabajadores: Para el uso de las nuevas tecnologías y comportamientos en relación con las materias primas productivas; sobre cooperativismo, tanto para mejorar la financiación y obtener créditos, como para disponer de maquinaria común que individualmente sería difícil de obtener.

b) Formación y desarrollo de líderes de la comunidad.

c) Programas deinstrucción/alfabetización/concientización de las personas adultas que no saben leer o escribir, carecen del nivel de estudios o formación suficiente (por ejemplo, para obtener el carnet de conducir, o el manejo de utillaje industrial).

d) Promoción de la juventud mediante cursos deformación laboral imprescindibles para encarar la nueva situación creada con el desarrollo tecnológico.

e) Promoción de la mujer para que ocupe un lugar activo y productivo en la comunidad.

f) Programas de salud, higiene materno-infantil y general básicos; prevención.

g) Creación y/o mejora de servicios de guardería, escuelas, ocio y recreo, tercera edad, bibliotecas, cultura, deporte y animación socio-cultural.

h) Programas de colaboración con la Administración.

i) Periódicos, revistas, órganos de información, difusión e intercambio propios (o secciones de otros ya existentes).

En esta fase de acuerdos se establecen los objetivos de la intervención, sector de población a que van dirigidos los programas, formas de acceder a esas poblaciones, etc.

4. Realización o implementación. Paulatinamente y de forma adecuada, se van poniendo en marcha los programas y proyectos diseñados y acordados en la fase previa. Los técnicos ceden en esta fase casi todo el protagonismo a la comunidad (que en la fase de acuerdos se responsabilizaba sólo de las dinámicas).

El técnico actúa ahora de recurso reforzando, apoyando y ayudando a realizar las tareas encomendadas; asume un papel básico de coordinador y dinamizador. También se ofrece como orientador, mediador, defensor de la comunidad y puente con la Administración, debiendo garantizar espacios de encuentro y valoración, para que la actividad en curso no haga perder la visión de globalidad del programa.

5. Seguimiento. Más que una fase situada puntualmente, el seguimiento (evaluación) del programa y de sus resultados designa un continuo que se localiza básicamente en 3 momentos del proceso interventivo: a) Al acabar para evaluar los resultados inmediatos del programa; b)

posteriormente (6 meses, uno o dos años después) para comprobar si sus efectos perduran y cómo: cuál es la tendencia de evolución de esos efectos. Y c) a lo largo del curso de realización del programa, para ver si se está produciendo en la dirección de los objetivos planteados o se están introduciendo procesos de degradación y desvío. Durante esa fase el técnico va estableciendo proyectos de corrección de esos procesos para retomar la dirección correcta, devolviendo también información a la comunidad sobre la marcha del programa.

Las otras acepciones del seguimiento constituyen la evaluación final del programa y consisten en volver a realizar un estudio similar al de la primera fase en todas aquellas variables (comportamentales, relaciónales, económicos, culturales...) que permitan medir el éxito o fracaso del mismo (y las razones que lo expliquen).

Comentario final. A modo de valoración crítica global del DC, tal y como lo hemos desarrollado en este capítulo, podríamos concluir que, si bien siempre encontramos zonas que puedan definirse como subdesarrolladas donde los programas de desarrollo pueden ser muy útiles, hoy día en nuestro entorno cultural la Administración tiende a apoyar más las ideas de organización de la comunidad o de desarrollo institucional. Basamos nuestra opinión en las características que, por ejemplo, toman los programas contra la pobreza auspiciados por el Parlamento Europeo.

14.3 Movimientos sociales urbanos (MU)

Abordamos ahora la variante de los movimientos sociales (acción social) correspondiente a los movimientos urbanos modernos (que se dan en las sociedades capitalistas industrializadas). Dentro de este contexto socio-ecológico e interventivo usaremos como enfoque general la teoría marxista (una de las varias posibles) y como referente inmediato, la realidad de nuestro país en su historia inmediata (franquismo tardío y democracia).

Esta parte se estructura en tomo a los siguientes contenidos: 1) Definición y punto de partida de los MU; 2) bases o presupuestos explicativos de su génesis y posturas al respecto; 3) estrategias de resolución resultantes y, finalmente 4) proceso o dinámica de los MU.

14.3.1 Definición y punto de partida (los problemas urbanos)

1) Definición de los movimientos urbanos:

Entre las varias existentes destacamos la definición del sociólogo J. Borja (1975) según el cual: "Consideramos movimientos de reivindicación urbanos, las acciones colectivas de la población en tanto que usuaria de la ciudad".

De esta definición es importante resaltar como elementos básicos (y a subrayar):

- Acciones colectivas.
- Movimientos reivindicativos.
- Urbanos, que se dan en la ciudad.
- La población como usuaria, titular o "propietaria".

2) El punto de partida o comienzo de un MU es la contrastación de una necesidad, deficiencia o problema urbano que genera el movimiento o acción reivindicativa colectiva descritos.

Esa deficiencia o problema puede referirse a: Falta de viviendas o mala calidad de las que se ocupan; urbanismo globalmente inadecuado o planificado en función de determinados intereses particulares y no de la comunidad en su conjunto; deficiencias o molestias físico-ambientales (ruidos, malos olores, polución, suciedad o presencia de desperdicios y basura, etc.); entorno urbano y social degradado (presencia de prostitución, droga y vagabundos en las calles;

calles y hábitat destartalado o sin servicios —agua, desagües, etcétera—vitales mínimos); falta general de servicios y equipamientos (transportes, escuelas, zonas verdes y de juego de niños, centros sanitarios, comercio, etc.); planificación defectuosa (desequilibrio de vías de circulación respecto a las residenciales, productivas o servicios; falta de servicios y equipamientos básicos; imprevisión en la provisión de redes de comunicación, distribución de servicios de gas, teléfono y otros, etc.); amenazas urbanísticas inmediatas; apertura de vías rápidas, construcción de edificios desproporcionados o dañinos, recalificación de una zona verde, etc., etc.

14.3.2 Análisis causal de la problemática urbana: contradicciones implicadas y posturas explicativas (coyuntural, estructural e ideológica)

La constatación del problema inicial es sólo un punto de partida. Para los partidarios de los movimientos urbanos, se trata de ir un poco más allá de la constatación de los hechos y descubrir la existencia de las contradicciones subyacentes que, según la teoría marxista, será el motor del cambio.

Toda contradicción pone en evidencia (al menos) dos elementos: 1) Unos actores antagónicos: la población como usuaria, por un lado, y los agentes con capacidad de gestión y decisión sobre el territorio (inmobiliarias con intereses de lucro, la Administración y su política urbanística, etc.) por otro; 2) un plano (urbano o social) en que los intereses de esos dos actores se oponen. Esa oposición de intereses constituye precisamente la lucha o movimiento urbano.

Siguiendo con la línea marxista de análisis, habría 3 formas distintas de explicar una contradicción: coyuntural, estructural e ideológica. Examinemos esas 3 posturas y la interpretación que haríamos desde cada una de la problemática urbana, que guiará, a su vez, la elección de estrategias de acción que examinamos en la sección próxima.

a) Postura coyuntural: Algunos sectores de la población leen la contradicción en términos de coyuntura: Hay razones circunstanciales de tipo económico, histórico o político por las que no se han podido realizar planes de urbanismo y vivienda apropiados y acordes con las necesidades reales de los ciudadanos. Esto lleva, lógicamente, a que los ciudadanos pugnen y luchen por resolver esas situaciones en función de la coyuntura histórico-económica concreta y no de los procesos y estructuras subyacentes. Esta situación es resoluble, pues sólo se perciben efectos de tipo económico.

b) Postura estructural. Esta postura concibe la contradicción como algo inherente al sistema capitalista. Veamos por qué. La vivienda es un medio importante para que el trabajador pueda descansar, reponer la energía que gasta en el trabajo y que debe recobrar para volver a rendir. El capital industrial calcula una cantidad de dinero, a incluir en el sueldo, para que el obrero pueda comprar una vivienda. El capitalista, si no quiere subir los sueldos, debe apoyar la construcción de viviendas baratas. Por otra parte, el capital inmobiliario necesita acumular beneficios; como hay pocas viviendas, poco espacio y mucha demanda, el capital inmobiliario construirá viviendas caras.

He aquí la contradicción: Si el capital inmobiliario hace viviendas caras, el capital industrial tendrá que subir los sueldos, cosa que no le interesa. Si el capital inmobiliario no hace viviendas caras, pierde beneficios, lo que tampoco le interesa. La conciliación de intereses para/por —aparte de la intervención de la Administración— la construcción de viviendas baratas que permitan al capital industrial mantener los sueldos y al capital inmobiliario los beneficios. Esto sólo puede lograrse sacrificando la calidad de la vivienda, lo que abre una nueva contradicción entre los constructores, que por ganar no invierten, y los usuarios, que habiendo invertido dinero no obtienen una respuesta satisfactoria a sus necesidades.

Resumiendo: 1°) Existe una relación dialécticamente antagónica entre la necesidad de acumulación de capital (apropiación de ventas urbanas, prácticas especulativas, subordinación de la política urbana de la Administración y concentración de inversiones en los sectores más rentables produciendo con los mínimos costos) y la satisfacción de las necesidades de consumo de la población —precisas para la reproducción de la fuerza del trabajo: Transportes urbanos, educación, equipamiento social y sanitario y vivienda.

Esta es la "contradicción estructural que produce la crisis urbana: Los servicios colectivos requeridos por la forma de vida suscitada por el desarrollo capitalista no son suficientemente rentables para ser producidos por el capital con vistas a la obtención de una ganancia. De ahí nace la crisis urbana como crisis de servicios colectivos necesarios a la vida de las ciudades" (Castells, 1977).

2°) La contradicción estructural produce un triple efecto explotador: Económico, ideológico y político.

1. Explotación económica. La forma de resolver la contradicción siempre acaba en una sobreexplotación del trabajador no por la carestía del piso, sino porque paga ese producto más caro de lo que vale y porque el trabajador no recibe suficiente reposición energética, no cubriéndose el fin básico de la vivienda: Recobrar esa energía para poder trabajar.

2. Explotación ideológica. El barrio, el piso, se convierten en lugares clave para el consumo a partir de hábiles campañas de venta de muebles, utensilios del hogar, decoración, actividades de los niños, útiles del coche, etc. También el tiempo y las actividades de ocio y recreo (adultos e infantiles) son controladas difundiendo mensajes "persuasivos" para adoptar determinados utensilios y modelos de comportamiento y de pensamiento positivamente sancionados y propios de otros grupos sociales (la "segunda casa", la salida del fin de semana a la playa o la montaña, las vacaciones de verano, etc.).

3. Represión política. Cuando los obreros comienzan a organizarse para la lucha, las fuerzas del orden intervienen con las clásicas medidas de acoso, control y represión (de libertades de sindicación, manifestación, etc.).

c) Postura ideológica. Una tercera postura sitúa la contradicción a nivel simbólico: Valores, costumbres, normas. Desde ahí se afirma que la ciudad está pensada en términos que facilitan una reproducción favorable y mantenimiento de las clases sociales dominantes. El diseño, la organización, la construcción de las viviendas, los servicios de los barrios o la gestión, son piezas que, articuladamente, imposibilitan el establecimiento de alternativas de vida solidarias y humanas para todos, al estar al servicio de los intereses y formas de vida de los grupos privilegiados.

El problema no se sitúa, pues, en la mala o buena calidad de la vivienda o el barrio, sino en el papel de control y condicionamiento que tienen esos elementos (y sus deficiencias) para impedir la ciudad alternativa, realizada a partir del deseo de convivencia, solidaridad; que pueda producir individuos creativos, sanos y productivos (el ideal, en el fondo, de la Psicología Comunitaria).

14.3.3 Estrategias de resolución y estructura organizativa

14.3.3.1 Estrategias resultantes

Cada una de las posturas anteriores (no totalmente incompatibles) señalan estrategias de resolución de la problemática urbana diferentes a partir del distinto análisis que hacen de sus causas.

Los objetivos básicos de la acción social varían, por tanto, según la postura adoptada. Veamos:

a) Para la postura coyuntural, la actuación se concibe como una forma de presión para solucionar el problema concreto existente en beneficio de los intereses de los implicados en él. En la acción tendrán, pues un papel importante las peticiones, negociaciones, demandas o actuaciones legales puntuales. Una vez resuelto el problema, el movimiento se acaba. (Es similar, en cierto modo —aunque sin un tercero intermediador— a la "abogacía social" definida en el capítulo 8).

b) La postura que valora el problema o necesidad social como una contradicción estructural, entiende que éstos sólo se resolverán cuando el sistema se transforme cualitativamente. La estrategia consiste aquí en aprovechar la necesidad o problema para que, mientras se lucha contra los agentes responsables de su producción, se disminuyan los efectos de explotación tanto económicos como de control y represión ideológica y política como efectos mayores que mantienen los problemas presentes. (Esta es, como se ve, una estrategia paralela a la acción social descrita en el capítulo 8. De hecho esta concepción marxista de transformación estructural del sistema social es uno de los prototipos o modelos básicos de la acción social en general).

c) La postura ideológica no intenta anteponer un sistema social (capitalista) u otro (socialista) si no una cultura, ideología o proyecto de vida que permita y aliente proyectos basados en los valores de convivencia, solidaridad respeto por el medio natural y la persona creativa y por el desarrollo humano integral y armónico (sería el equivalente del cambio cultural de Katz citado en el capítulo 5).

14.3.3.2 Estructura organizativa: tres círculos de posicionamiento frente al problema

Nos parece interesante y oportuno recoger y sintetizar ahora algunas de las características organizativas que se repiten en los movimientos urbanos y que autores como Castells, Borja, Campos y Villasante han puesto de manifiesto en momentos sucesivos. En la sección siguiente tocaremos su proceso, dinámica y mecanismos de mantenimiento según los mismos autores

Los autores citados (Borja, 1975; Castells, 1974; Villasante 1984) destacan como características de la organización de estos movimientos que operan en forma de 3 círculos concéntricos, según el posicionamiento de la población ante el problema o conflicto de interés.

• El primer círculo que podríamos llamar militante o activador, se caracteriza por la sensibilidad de quienes lo forman ante el problema o necesidad; por su capacidad de valorarlo en términos de conflicto social (sea como un problema coyuntural, estructural o ideológico) y de verlo como una escuela de solidaridad y conciencia de clase social, así como de organización y acción transformadora o revolucionaria de la sociedad de que forma parte

Este primer círculo suele componerse de activistas, militantes y personas sensibilizadas y/o comprometidas ante los problemas sociales (en general o el problema concreto, en particular) estén encuadrados (en partidos políticos sindicatos, organizaciones de consumidores, asociaciones de vecinos, etc.) o no (técnicos, profesionales, intelectuales...).

Por sí solo este círculo no es capaz de poner en marcha el movimiento social urbano por lo que entra en contacto con las personas influyentes de la comunidad. A este primer círculo lo vamos a denominar, pues, activador por el papel que juega frente al problema.

• El segundo círculo lo forman todas aquellas personas que- por su posición o función social, pueden ser consideradas líderes comunitarios

Estos líderes (el cura, el maestro, el médico, el monitor del centro de tiempo libre, el deportista o vecino conocido por los demás, la persona que por su trabajo es centro de referencias local, etc.), se caracterizan por su capacidad de influir y por disponer de una red social de

relaciones e influencias con amplio eco y penetración en el tejido comunitario. Por su capacidad de difundir mensajes y valores, su valor de modelo social y de animar ese tejido a través de esas redes, llamaremos a los componentes de este círculo, animadores (o difusores y potenciadores) del mensaje inicialmente lanzado por el círculo activador: El grupo activador se abre a -invita, pone en conocimiento de, etc. -el grupo de animadores para que discutan el problema, y sobre todo para que se impliquen, motiven e influencien persuasivamente a la comunidad.

• Finalmente, el tercer círculo está formado por los demás componentes de la comunidad que, por su posición respecto del problema, podríamos clasificar como: colaboradores activos, colaboradores pasivos, en desacuerdo, indiferentes o ignorantes.

Colaboradores activos son los que responden de una forma sistemática a las diversas convocatorias o acciones sobre el tema; algunos de ellos evolucionarán hacia el papel de animadores; otros, etc. cambio, no. Para todos, sin embargo, el movimiento constituirá una escuela de aprendizaje de relación social, toma de conciencia, solidaridad, dinamización y movilización social y asunción del protagonismo y participación en la política comunitaria —usualmente limitados a emitir un voto y a "delegar" o abandonar a partir de ahí la capacidad participativa y activa de intervenir en la vida política de la propia comunidad. En otras palabras: el proceso (y la propia experiencia vivida) son —como ya se ha recalcado— importantes en sí mismos con independencia del resultado (también importante —no lo olvidemos— como "reforzador" o desalentador de futuras acciones similares).

Los *colaboradores pasivos* miran con simpatía el proceso, pero no se manifiestan públicamente. Su colaboración se reduce por lo común a cosas como: Firmas, suscribir instancias, votar, etc. El colaborador pasivo es un sector que los colaboradores activos tienen en cuenta e intentan activar mediante el mantenimiento permanente de información y convocatorias sobre el problema y las acciones en curso con vistas a mantener el sentido de participación y protagonismo de esas personas y a posibilitar su eventual "enganche" como colaboradores implicados en un momento dado de la evolución del conflicto (punto álgido, crisis, necesidad especial de ayuda, victimización o castigo de sus dirigentes que moviliza adhesiones y simpatía en la población, etc.).

Los que están en desacuerdo pueden estarlo por diversas razones como tener una concepción distinta del problema, por la dinámica que ha tomado, porque contradice sus intereses, etc. Es un conjunto que funciona como fuerza opuesta al movimiento pudiendo ser fácilmente utilizada por los agentes con poder sobre el territorio para condicionar, debilitar y dividir el movimiento social.

Los indiferentes, conocen la problemática y el movimiento pero —más pendientes de otro tipo de intereses— son insensibles a ellos e indiferentes al proceso establecido o a sus resultados finales. En definitiva, no se ven ligados ni al territorio, ni al problema, ni al movimiento (pueden ser marginados, automarginados o carecer de arraigo comunitario o social).

Finalmente encontramos a los ignorantes, los que no se han enterado, no entienden lo que sucede, viven de espaldas a la realidad social y comunitaria (no quieren saber) o están exclusivamente concentrados en su propio mundo personal, profesional o de reducidos intereses.

14.3.4. Proceso y mecanismos de mantenimiento de los MU

14.3.4.1 Proceso

Lo ya reseñado sobre las causas, estrategias de resolución y posicionamiento de la población en los MU, facilita el abordaje y comprensión de su dinámica o proceso de desarrollo

que Borja (1975) describe en tres fases: 1) Información (paralela a la de evaluación del proceso modal explicado en el capítulo 8), 2) conversión y 3) manifestación. Examinemos esas fases.

1. Información. En esta fase se pretende señalar y describir el problema, necesidad o conflicto de 2interés, sus características y dimensión o significado real para la comunidad o colectivo social afectado. Se remarca la característica de ese problema de ser común, general o compartido por todos, de como afecta a todos y no a unos individuos aislados; de que es, en definitiva, un problema comunitario. Se intenta evitar así el fraccionamiento o aislamiento de los diversos grupos de la comunidad respecto al conflicto.

Se señalan los agentes "externos" (Administración, constructores inversores o propietarios, etc.) que tienen responsabilidades en el problema (una táctica para conseguir la cohesión social de los grupos afectados al enfrentarse con el "enemigo" externo y común), lo que se pretende es señalar las características, dimensión, virulencia del problema y sobre todo, que la situación es inaceptable.

La información es tratada tanto en términos denotativos o descriptivos (lo que sucede en esa comunidad) como en términos comparativos —sobre todo los más favorecidos—, con los niveles estándares o regulaciones mínimos o deseables establecidos en el país o por organismos internacionales —ONU, OMS, UNICEF, etc.— o asociaciones profesionales, y así sucesivamente).

2. Conversión. Esta segunda fase se denomina así porque en ella se trata de convertir el problema en —o traducirlo a— una o varias reivindicaciones (para los que trabajan desde la opción coyuntural), reivindicaciones y oposición al sistema (para los que trabajan desde la opción estructural) o reivindicaciones y proyectos de vida (para los que trabajan desde la opción ideológico-cultural).

Lo importante en esta fase es que la información sea traducida en una reivindicación poderosa como expresión de la necesidad realmente sentida (por toda la comunidad, si es posible) y de la forma en que esa comunidad desearía que se resolviera esa necesidad. El proceso de conversión (y concienciación) resultante hace que esta sea una fase de reuniones, conexiones, discusiones, asambleas, etc. (similar, como se ve a la de "conexión o contacto" en el DC).

3. Manifestación. En esta fase, la reivindicación ya asumida se traduce, manifiesta o despliega en acciones públicas; en una lucha por obtener respuestas adecuadas al problema o necesidad planteados.

El trabajo relativamente interno, partidario y organizador sale a la palestra pública para conseguir un impacto social y poblacional máximo, sea a través de medidas que interrumpan procesos básicos del funcionamiento social habitual (cortes de tráfico, huelgas), de medios que tengan un gran impacto público (prensa, radio, televisión) o de acciones que movilicen y maximicen la curiosidad o simpatía pública llamando la atención hacia el problema y sus víctimas (encierros, "quejas", "encadenamientos", etc.). Algunas de las formas y medidas clásicas de acción y lucha son:

Petición. La manifestación consiste en pedir mediante firmas, instancias, reuniones de negociación y otros medios, que el agente responsable considere la situación modifique su actuación y dé respuestas a las demandas de acuerdo como el sentido de la petición y de como se desea que se resuelva el problema.

Expresión. Mediante asambleas, paro, manifestaciones, encierros..., se muestra al agente social el desacuerdo al tiempo que se exhibe la fuerza representada o movilizada por la reivindicación.

Fuerza y acción directa. En este caso el colectivo decide actuar directamente: Oponiéndose a una determinada acción (impedir un derribo) negándose a una obligación

establecida (pagar las cuotas o impuestos), tomando directamente la iniciativa (abrir un local, convertir un terreno en jardín, ocupando una finca o solar para una actividad dada, etc.).

La finalidad de la acción ejercida por el colectivo social implicado en esta fase es doble: 1) Reforzar y asentar su concepción del problema (a través de convencimiento y cohesión social generados —validación social— y de los resultados de esa acción —validación externa—); 2) afirmar su confianza en la capacidad del colectivo o comunidad de resolver sus propios problemas por sí mismos (básicamente, aumentar su competencia social o capacidad de empowerment, según otras terminologías usadas en este libro).

14.3.4.2 Mecanismos de mantenimiento

Otro aspecto a tener en cuenta en el proceso y dinámica de cualquier actuación es el de los mecanismos de mantenimiento del movimiento social. En los MU algunos de esos mecanismos serán los siguientes:

a) Las jornadas de reflexión. En este tipo de actividad, se intenta establecer periódica o puntualmente un espacio, un tiempo y un tema que sea base para que todos los que lo deseen, puedan pasar de una postura de puro activismo a una de concienciación a partir de la comprensión y valoración crítica del alcance y significado de su actividad.

b) Los actos culturales. A partir de la dinámica del movimiento social, intelectuales, técnicos, expertos, líderes vecinales u otros, toman la palabra y exponen en público sus opiniones, criterios y valoración sobre el problema en cuestión y las acciones en curso para resolverlo sugiriendo, en su caso, posibilidades y métodos alternativos y sometiéndose, a su vez, al comentario o crítica de los participantes. Actividades paralelas incluirían la escenificación por un grupo teatral de una obra que refleje un problema similar o la dramatización del propio problema.

c) Las comunicaciones. Para que un colectivo se mantenga vivo y activo es necesario que la información esté siempre abierta. Para ello se van a utilizar todos los recursos que puedan servir como recordatorio: Murales que recuerdan la acción y el protagonismo de los ciudadanos; pintadas o "grafitis" (más espontáneos); reivindicaciones en forma de consignas o máximas; etc. Cualquier acto se aprovecha, por otro lado, para la octavilla o la pancarta, para tomar la palabra y recordar las reivindicaciones y la lucha. De vez en cuando una acción espectacular sirve de revulsivo y recordatorio.

d) La fiesta. Junto a la acción y su lógica estrategia de confrontación aparecen situaciones de ocio, distensión, esparcimiento y fiesta. Se trata de vivir la experiencia de una mejor convivencia, para asociarla a la idea que después de alcanzar las reivindicaciones por las que se lucha, se nos abre un horizonte nuevo de posibilidades lúdicas, creativas y expansivas para la comunidad. Los movimientos sociales, siempre muestran una enorme riqueza imaginativa para escenificar algo festivamente, aprovechando un acto que refuerce al movimiento y enriquezca cultural y lúdicamente a la comunidad.

e) Los encuentros o coordinaciones. Otro elemento que los movimientos ciudadanos ponen en marcha es la coordinación con otras comunidades que tienen problemas parecidos para coordinar la acción o la presión, compartir la experiencia, celebrar los éxitos, o aprender de los fracasos sin tener que repetirlos en carne propia.

14.3.4.3 El Futuro de los MU

¿Hacia dónde van los movimientos urbanos? Si bien estos movimientos se han dado a lo largo de la historia, en España, en los años de la dictadura se presentaron como aportaciones

originales y novedosas a la dinamización y lucha social con mucha capacidad de organización e imaginación creativa para resolver algunos problemas. Con la llegada de la democracia, sin embargo, los MU han perdido la presencia y combatividad que los caracterizaba probablemente debido a la desilusión y frustración de parte de las expectativas que se depositaron en la democracia (y a la apatía consiguiente), por una parte, y a la apertura de vías y métodos administrativos de resolución de problemas y conflictos, por otra. Lo cierto es que los movimientos sociales urbanos se han reducido en número en muchos sectores, aunque algunos se muestren muy activos, en los sectores en que aún se dan.

Los movimientos urbanos no han desaparecido, pero sí podemos pensar que han variado en sus planteamientos. Así, de la lucha por la vivienda se ha pasado a la lucha por la calidad de vida y el bienestar social; de la lucha por la presencia del barrio se ha avanzado por los conceptos de autonomía y autoorganización; de la concepción obrera de lucha se ha pasado a la alternativa de una economía desarrollista, despilfarradora y consumista, etc.

Las recientes manifestaciones y constataciones parecen indicar que los movimientos han evolucionado desde unos planteamientos ligados a satisfacer la necesidad o conveniencia, a otros que expresan la creatividad o la cualidad de vida como objetivo y alternativa a alcanzar aquí y ahora (esos objetivos no están por cierto nada libres de las manipulaciones ideológicas consumistas y de adopción de modelos sociales elitistas y aristocratizantes por las masas, huyendo así de la concepción proletaria y obrerista más tradicional para integrarse en el inmenso agregado de las "clases medias").

Referencias bibliográficas

ALINSKY (1976). Manual de 1'animateur social. "Collections Esprit", Seuil.

ANDER-EGG, E. El desarrollo de la comunidad en la planificación y ejecución del desarrollo social. Instituto de Estudios Políticos para América Latina (Cursos y Documentos), Madrid, s/d. —— (1965). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Humanistas (Colección Asistencia Social), Buenos Aires.

ANÓNIMO. Lucha urbana, 1.

—— (febrero, 1977). Manual de acción directa. La no violencia una alternativa revolucionaria. Edita PAX.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (ed.) (1966). Desarrollo de la comunidad: Teoría y práctica. Mesa Redonda, Banco Interamericano de Desarrollo, México.

BARREIRO, J. (1974). Educación popular y proceso de concientización. Siglo XXI.

BAYES, R. (1983). "Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria", Estudios de Psicología, 13, pp. 92-110.

BENDER, P. (1983). Psicología de la comunidad. Ceac, Madrid.

BORJA, J. (1975). Movimientos sociales urbanos. Ediciones Siap Planteos, Buenos Aires.

—— (1987). Descentralización y participación ciudadana. Institutos de Estudios de Administración, Madrid.

BOUL, R. (1988). Catorze experiénces deformado d'adults i treball comunitari (aproximació sociológica). Fundació J. Bofill.

CASTELLS, M. (1977). Ciudad, Democracia y Socialismo. Siglo XXI, Madrid.

—— (1974). La cuestión del urbanismo. Siglo XXI, Madrid.

—— (1974). Movimientos sociales urbanos. Siglo XXI, Madrid. C.D.E.S. (1985—1987). Propostes per a l'ocupado juvenil. Barcelona, 1987.

COSTA, M. (1984). La psicología en la comunidad. En La psicología como ciencia, Madrid, Ayuso.
CUADERNOS GENUS (1972). Centros sociales. Editorial Nova Térra.
DIPUTACIÓN DE BARCELONA (1986). Treball comunitat i aspectos polítics i técnics. Servéis de servéis socials.
GARCÍA MANZANEDO, H. Manual de investigación aplicada en servidos sociales y de salud. Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana.
GORBACHEV, M. (1987). Perestroika, "Mi mensaje a Rusia y al mundo entero". Ediciones B. GORZ, A. (1986). Los caminos delparaíso. Laia/Divergencias, Barcelona.
GRAMSCI, A. (1986). Introducción a la filosofía de la praxis. Planeta-Agostini: Obras Maestras del Pensamiento Contemporáneo 91, Barcelona.
HAUDY, Ch. (1984). El futuro del trabajo humano. Ariel 64, Barcelona.
INTRESS (1986). Rehabilitación de barrios. Documentos de servicios sociales, Caixa de Barcelona, Intress, Barcelona.
KELLES, S. (1975). El vecindario urbano como una perspectiva sociológica. Siglo XXI, Madrid.
LEFEBRE, H. (1984). La revolución urbana. Alianza Editorial, Madrid.
MACK, R. y SUYDER, R.C. (1974). El análisis del conflicto social. Nueva visión, ficha 40, Buenos Aires.
MANOVEL, M.J. (abril-junio, 1972). Objetivos y métodos de desarrollo comunitario en España. Revista Documentación Social, no 6, tercera época. Fundación FOESSA, Madrid.
MARCHIONI, M. (1987). Planificación social y organización de la comunidad, alternativas avanzadas a la crisis. Editorial Popular, S.A., Madrid.
—— (octubre-diciembre, 1967). "Iniciativas para el desarrollo comunitario en comarcas rurales. Revista de Estudios Agro-Sociales, no 60, año XVI, Instituto de Estudios Agro-Sociales, Madrid. (Análisis del proyecto de desarrollo comunitario de la comarca de Vélez-Málaga).
—— (octubre-diciembre, 1966). Problemática del desarrollo Comunitario en España. Boletín de la Asociación de Asistentes Sociales, n" 24, Barcelona.
MINISTERIO DE CULTURA (1978). Dirección del desarrollo comunitario, organización, competencias y objetivos. Ministerio de Cultura, Secretaria General Técnica, Madrid. NACIONES UNIDAS (1970). Aspectos de los programas de desarrollo de la comunidad que guardan relación con la administración pública Documento (ST/TAO/M/14, ne de venta 59.11.2). Programas de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas. Nueva York.
—— (1973). Groupe d'étude sur le developpment communalitaire dans les zones urbaines defavorisées. Oxford.
—— (1961). Desarrollo de la comunidad en las zonas urbanas. Documento
ST/SOA/43£/CN/5/356/Rev., no de venta 1957.IV.6, Nueva York.
—— (1968). Seminario europeo. Desarrollo comunitario rural. Servicio Nacional de Concentración Parcelaria y Ordenación Rural, serie monográfica, no 19, Madrid.
—— (1965). Desarrollo comunitario y desarrollo nacional. Documentos núms.
90/65 (540) y 97/65, serio VII, Secretaría General Técnica del Ministerio de la Vivienda, Madrid.
—— (1964). Desarrollo de la comunidad y servicios conexos. Secretaria de Bienestar Social del Gobierno de la República. (Colección Bienestar Social y Desarrollo de la Comunidad), Guatemala, C.A. OMS (1979). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000.
—— (1981). Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales. Serie Salud para todos.

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico). Informes: El desafió del paro; El futuro de la enseñanza y la formación profesional; Perspectivas de empleo; El paro juvenil: causas y consecuencias; Iniciativas locales para la creación de empleo; Indicadores sociales lista.

OCDE. Servicio de publicación del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

PELECHANO, V. (1980). Psicología educativa comunitaria. Valencia, Alfaplus.

RIVES, E. (1980). Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología. Un modelo integral. México, Trillas.

R.T.S. (1983). Revistes de treball social, no 89 y n° 90, Barcelona.

RODRÍGUEZ, A. (1983). Aplicaciones de la psicología social. México, Trillas.

LEÓN RUBIO, J.M. (1984). Intervención social comunitaria. Prevención y Comunidad. no 2. SÁNCHEZ VIDAL, A. (1988). Técnicas de intervención y evaluación psicosocial. Ponencia. II Congreso Nacional de Psicología Social, Alicante.

TWELVETRESS, A. (1988). Treball de la comunitat. Frontissa, Llibres de Servéis Socials, 3, Barcelona.

VALLE, A. del y ECHARREN, R. (1965). Los centros sociales. Euramérica. Colección Desarrollo Social, Madrid.

VARIOS (1972). Desarrollo de las comunidades. Fundación FOESSA, no 6.

VILLASANTE, T.R. (1984). Comunidades locales, análisis. Movimientos sociales y alternativos. Hombre-sociedad-ciudad, Madrid.

WAGEUSBERG, J. (1985). "Ideas sobre la complejidad del mundo". Supervivíremos, 3, Tusquets Editores, Barcelona.

ZAX, M.; SPECTER, G.A. (1979). Introducción a la psicología de la comunidad. El Manual Moderno, México.

Capítulo 15

Rol y formación del psicólogo comunitario

15.1 El rol del psicólogo en la intervención social y comunitaria: cuestiones y características diferenciales

El rol del psicólogo en la intervención social (IS) y comunitaria (IC) es un tema clave, urgente y problemático al mismo tiempo. Clave por plantear la cuestión —pendiente— de la identidad profesional y social del psicólogo comunitario. Esto es, la cuestión de su existencia como profesión identificable, reconocida en su "propia" casa (el campo de la Psicología) y en la "ajena", el conjunto de profesiones implicadas en la intervención socio-comunitaria. También plantea la cuestión, asociada, de las competencias funcionales —propias o compartidas— que corresponden al psicólogo en el "reparto" resultante entre las diversas profesiones que buscan acomodo en ese campo (trabajo social, salud pública, política social y sindicalismo, psiquiatría social y comunitaria, sociología, planificación urbana, etc.).

Urgente, por la necesidad experimentada por los psicólogos que ya trabajan en la comunidad de modelos de rol y apoyaturas teórico-operativas que orienten su actividad en una dirección clara e "inequívocamente" psicológica, sosteniendo a la vez su estima y orgullo como profesión diferenciada.

El tema es, también, problemático por las características propias de la PC, ya recalcadas a lo largo de este libro (juventud y definición interventiva) que dificultan (o complican, al menos) la delimitación del rol psicocomunitario. La juventud de la PC —así como su carácter de "frontera" de la Psicología en el doble borde práctico-aplicado y social— y su "competición" con esas otras profesiones asociadas a la IS e IC, es un primer factor de distorsión, desdibujamiento y difusión funcional, del rol.

El carácter distintivamente interventivo del campo y sus débiles apoyaturas teórico-conceptuales también distorsionan la definición del rol: Si la PC es una disciplina más interventiva que cognoscitiva (o sea, se define más por lo que hace que por lo que sabe, al relacionarse con su objeto social más a través de la acción que del conocimiento), la clarificación de la identidad profesional del psicólogo comunitario puede —¿... y debe?— hacerse más desde la praxis que desde los conceptos o conocimientos (que "prescribirían" metas funcionales teóricas o desideradvas), aún en estado emergente y poco definido. (Este tema de lo descriptivo y lo prescriptivo se retoma más adelante en otra sección).

Exagerando y simplificando podríamos decir que la cuestión del rol en PC se plantea a la inversa de lo habitual: Más que una disciplina de la que derivar un rol. se trata de un rol (una praxis) de la que derivar una disciplina. Mejor sería afirmar que el rol del psicólogo comunitario se define más apropiadamente desde la tensión —y complementariedad— entre lo descriptivo (la praxis real) y lo teórico-prescriptivo.

Por otro lado, al no estar satisfactoriamente resuelta la cuestión de la identidad y alcance de la PC, no puede esperarse que se describa aquí un rol (roles, mejor) claros y definitivos, inexistentes en la realidad o la teoría. Dado el "estado de la cuestión", aspiramos básicamente a aproximamos a los componentes funcionales de esos roles y sus características a partir de las cuestiones generales planteadas.

Los temas de formación inter y multidisciplinar se elaboran desde el del rol. Concretamente, el capítulo se estructura en 3 secciones: 1) Problemática de la definición del rol psicocomunitario y características diferenciales de ese rol; 2) componentes funcionales

(contenido) de ese rol y 3) formación y trabajo ínter/multidisciplinar. Dentro de la primera sección abordamos primero —brevemente— los puntos relativos a antiprofesionalismo y tensiones —internas y externas— asociadas a los roles psicocomunitarios.

15.1.1 Antiprofesionalismo y tensiones asociadas al rol

Un mayor o menor grado de antiprofesionalismo —o aprofesionalismo, cuando menos— es consustancial al movimiento comunitario en sus diversas variantes. El modelo profesional de entender y practicar la Psicología (basado en la necesidad de formación reglada y el control colegial del acceso y práctica de la profesión) ha sido ampliamente criticado en PC en cuanto que asume una forma de trabajo y unas funciones difícilmente compatibles con la filosofía, forma de trabajo y estipulaciones relacionales del modelo comunitario (desarrollo de recursos humanos, autodeterminación y competencia de personas y grupos y grupos, relaciones simétricas e igualitarias frente a subordinadas y jerárquicas, etc.).

En su formulación extrema, el antiprofesionalismo niega la necesidad del profesional y de la formación académica correspondiente. De hecho, parte del trabajo comunitario es realizado por paraprofesionales y "mediadores" comunitarios cuya eficacia en nada desmerece la del profesional, en el campo de la salud mental (Durlak, 1979; Hattie y otros, 1984) al menos. (Otra cosa sería, en todo caso, el tema del diseño y planificación de intervenciones y servicios o de su evaluación, para lo cual las competencias profesionales son claramente precisas).

Si se niega el modelo profesional, se disuelve paralelamente la identidad profesional del psicólogo y huelga definir los roles y formación acordes con ella. La cuestión queda por tanto abierta a un debate en el que, como mínimo, tendríamos que plantearnos la existencia de modelos alternativos al profesional tradicional así como las implicaciones de esto para el rol del psicólogo en PC.

Tensiones externas e internas asociadas al rol psicocomunitario. La definición y puesta en práctica de un nuevo rol en un dominio social y profesional determinado plantean una serie de cuestiones. Podríamos destacar dos desde una perspectiva ecológica: La externa, el rol-set (que se refiere al encaje e integración del nuevo rol respecto a otros roles ya existentes) y la interna, que designa la tensión o distorsión creada por las funciones diferenciadas ligadas al nuevo rol respecto a un rol emparentado y ya existente, de cuya matriz se deriva (el de psicólogo). El rol-set se refiere a la relación externa del nuevo rol del psicólogo comunitario con otros trabajadores comunitarios; la tensión interna, a la tensión de aquél con otros psicólogos (no comunitarios).

Esa tensión interna, se refleja en las repetidas discusiones y resistencias a que el psicólogo se ocupe de tareas, no sólo muy alejados de las asignadas tradicionalmente a la profesión (evaluación, terapia, metodología,"etc.), sino que incluyen elementos (socio-políticos, valorativos) diametralmente contrarios a lo que muchos entienden como supuestos básicos de la ciencia y praxis psicológicas (objetividad, distanciamiento, neutralidad valorativa, etc.). La ampliación del rol del psicólogo —y las tensiones resultantes— son una consecuencia ineludible de su implicación en la realidad social y de la aplicación de sus conocimientos a los "nuevos" problemas y "patologías" sociales.

El rol-set designa el conjunto de profesiones y roles entre los que se va a insertar (como una cuña), o con que se va a relacionar, el portador del nuevo rol. Este grupo (médicos, asistentes sociales, educadores, sociólogos, etc.) es importante en la medida en que sus roles ya están socialmente sancionados y van a ayudar (o dificultar) a definir el nuevo rol, socialmente más desconocido.

Parte, por tanto, de la formación del psicólogo comunitario debería ser el conocimiento de ese grupo y el diseño de estrategias de penetración y persuasión para preparar su entrada y aceptación en la red de roles ya existentes. Algo similar debería hacerse en el frente interno. El psicólogo comunitario debe estar preparado, en otras palabras, para explicar su rol (cuáles son sus aspectos más positivos y argumentos en contra de los más negativos) y practicarlo persuasivamente en su doble frente, dentro y fuera de la profesión psicológica.

15.1.2 Polaridades en la definición del rol: descripción prescripción; poder, estatus y conocimiento

Se ha apuntado antes que el rol se construye desde la dialéctica entre distintas polaridades. Una de ellas es la centrada en la praxis real frente a lo prescrito como deseable o ideal (polaridad descriptivo-prescritiva); otra, la centrada en el conocimiento frente al estatus o poder profesional.

Una cosa es lo que los portadores de un rol hacen realmente y otra lo que deberían hacer –o lo que les es atribuido- desde un sistema de expectativas, normas o deseos. En los roles ya establecidos, la tensión entre los dos componentes es relativamente mínima (lo que separa la norma ideal del hábito real). En los roles nuevos o por construir- sin embargo, la diferencia puede ser notable en cuanto a que se huye de un rol conocido y practicado el descriptivo) frente al que se quiere construir, pero aún no existe como tal (el prescriptivo). El rol descriptivo del psicólogo comunitario es generalmente clínico (como se ha documentado repetidamente). Por ello, al describir aquí el rol tendremos que incluir en mayor o menor medida el componente desiderativo: Como deberían ser o nos gustaría que fueran ese rol (o roles) en función de una u otra concepción prescriptiva o ideal de la PC. En consecuencia, los roles asignados al psicólogo comunitario variarían en la medida que pese más un componente u otro (según la concepción que se tenga de la PC).

Poder (estatus) y conocimiento. Un rol se construye tanto desde la formación académica (que transmite conocimientos y habilidades) como desde la situación de la praxis real que viene muy condicionada por el estatus, prestigio e implantación social de la profesión y el poder de la asociación profesional que la representa (factores, a su vez, interrelacionados).

Como ya se ha apuntado, en el caso de una disciplina, como la PC con un bagaje teórico escaso, el componente estatus-prestigio profesional juega un papel preponderante en la definición del rol. Dado que en nuestro país la Psicología comparte el trabajo comunitario con profesiones socialmente bien establecidas y colegialmente poderosas (la médica, sobre todo) y dada la debilidad socio-profesional de la Psicología en general, el rol y trabajo real del psicólogo comunitario es más difícil de consolidar en este tipo de condiciones en que jerarquía, tradición, prestigio o poder prevalecen; sobre todo cuando se da un conflicto o superposición de roles.

15.1.3 Características diferenciales de los roles psico-comunitarios

Características básicas de los roles psicológicos en la intervención psicosocial y comunitaria serían: complejidad y diversidad, carácter más social y educativo, generalismo y flexibilidad y facilitación-dinamización. Estas características serían diferenciales —pero complementarias— respecto a las funciones tradicionales del psicólogo, las clínicas sobre todo, situando al psicólogo comunitario más cerca del "recurso experto social" del hombre de nuestros días (con sus problemas e inquietudes sociales) o del marketing social activo que del experto clínico (alejado de la realidad externa en su consulta segregada) definido por la tradición asistencial médica. Este es el experto que trabaja sobre los individuos desde su consulta y con un

marco referencial preestablecido por él, en tanto que el psicólogo comunitario es un trabajador —entre varios— que trabaja con grupos y comunidades con un marco de referencia (conceptual y relacional) a establecer desde una relación cooperativa con la comunidad.

Las funciones del psicólogo comunitario pueden, en general, concebirse como complementarias de las clínicas, respecto de las que algunas, como la consulta o evaluación de programas, resultan más un desarrollo que una mutación. Hay, sin embargo, autores que sostienen que ambos tipos de roles _clínicos y comunitarios— son incompatibles debido a diferencias teórico-valorativas (asimetría relacional frente a igualitarismo, salud mental frente a desarrollo humano y comunitario, etc.) y de la praxis resultante (servicio indirecto y potenciación frente a servicio directo e intervención; experto que evalúa y prescribe soluciones, frente a evaluación y control desde la comunidad, etc.).

Goodstein y Sandier (1978) y Rappapon (1977) son exponentes destacados de la posición rupturista. Es claro que, aunque algunos roles sean complementarios de —y cercanos a— los clínicos, en PC esos roles tienen fines y valoración distintos, estando, en cierto sentido, más próximos al mundo organizativo-industrial, (servicio indirecto, intervención sistémico-grupal, no individual, etc.) que al clínico.

15.1.3.1 Complejidad y diversidad

Complejidad y diversidad de los roles psicocomunitarios (en comparación con los clínicos) son la lógica respuesta a la complejidad de las estructuras y procesos sistémico-sociales frente a los individuales. Las demandas funciones pasan así de las 2 o 3 del clínico (evaluador, terapeuta-compañero humano, orientador) hasta un número mucho mayor —y más diversificado— que luego intentamos especificar en tomo a 7 núcleos básicos, rebasable hacia arriba o hacia abajo según las formulaciones y asunciones de base.

Complejidad y diversidad fueron, por otro lado, las características comunes que Glideweil (1977) pudo extraer del conjunto de modelos (25 reducidos luego a 7) de formación de psicólogos comunitarios propuestos en la conferencia de Austin de 1975. Parte de la diversidad (y complejidad) de los roles se deriva de las posturas ideológicas y valorativas subyacentes (que crean en ocasiones divergencias artificiales en cuanto a los roles mismos) como: Posicionamiento en el continuo clínico-socioambiental, orientación teórico-práctica u orientación política del interventor. Complejidad y diversidad funcional hacen, a su vez, cuestionable que todos los roles puedan ser asumidos por una sola persona, fundamentando la multidisciplinariedad interventiva y la eventual necesidad de especialización del psicólogo comunitario en el futuro.

15.1.3.2 Carácter social y educativo

Frente al carácter más técnico—interventivo (mediado por el uso de técnicas) e individual de los roles clínicos, esta condición distintiva del rol psico-comunitario se justifica porque, tanto el objeto de la intervención (sistemas sociales frente a individuos) como la relación establecida con ese objeto, son diferentes. Esta relación es en PC más informacional —y más preventiva que paliativa—, para alcanzar mayor cobertura poblacional.

Esto implica un mayor uso de la educación y difusión de información (o de la dinamización grupal y contacto poblacional indirecto frente al contacto directo, personal y diádico, propio de la clínica). En esta línea, algunos psicólogos han sugerido que el psicólogo comunitario ha de ser formado o educado para enfrentarse a los problemas y no entrenado o preparado para usar técnicas concretas.

15.1.3.3 Generalismo y flexibilidad

El generalismo está directamente ligado a la variedad de los problemas sociales (y a su carácter más global y complejo) con que se va a enfrentar el psicólogo comunitario, así como a la relativa ambigüedad e inconcreción actual de los roles en el terreno de la intervención social, y a la fluidez de la asignación profesional resultante. El generalismo es una exigencia reconocida por la casi totalidad de formulaciones y autores sobre el tema (ver, por ejemplo, la revisión de Zax y Specter, 1979; o la del libro de Iscoe y cols., 1977), paralela a las tendencias antiespecialistas recientes de la formación de psicólogos aplicados en general.

La flexibilidad es el resultante obvio, tanto de la relativa novedad y carácter experimental de la PC, como de la necesidad de adaptación a las comunidades y problemas concretos. Esto exige, a su vez, que los roles se vayan construyendo (y "conquistando") en el trabajo de cada día y en "competencia" con otros profesionales que trabajan en el mismo territorio y con objetivos sociales o asistenciales similares (el rol-set ya descrito). Este aspecto constructivo es similar al "aspecto evolutivo" del rol descrito por Silvermann (1976).

15.1.3.4 Facilitación—dinamización

El carácter facilitador, catalizador o dinamizador del interventor comunitario se opone al servicio directo, puntual y reparador del experto clínico. Se trata aquí de desarrollar los recursos o potencialidades existentes en los grupos y colectivos sociales consiguiendo la dinamización psicosocial desde relaciones (o tensiones) entre ellos o sus partes y facilitando los procesos de cambio existentes: Haciendo de catalizador o activador entre partes o subsistemas movilizables, pero apáticos, que se desconocen mutuamente, se sienten marginados, carecen de objetivos concretos, se mueven en direcciones distintas o contrapuestas, etc. Es una forma de trabajo netamente distinta de la prestación directa y profesionalmente contextualizada de un servicio por parte del clínico. El interventor social es, en este sentido un recurso externo —o semi-integrado— al sistema que facilita o activa el cambio, no lo protagoniza (directamente, al menos).

15.2 Componentes funcionales del rol de psicólogo comunitario

Es evidente por lo ya dicho, que las funciones del psicólogo en la intervención comunitaria no están hoy por hoy suficientemente perfiladas como para dar una lista de roles no ya definitiva, sino siquiera consensualmente aceptada por la mayoría de teóricos y trabajadores del campo, lo cual representaría, por otro lado, una cristalización restrictiva, prematura y voluntarista de unas funciones aun en formación y desarrollo.

Sí puede darse, en cambio, una descripción global de los núcleos funcionales básicos en torno a los que hay un cierto consenso, o – si nos situamos en un nivel más global- de los enfoques o aproximaciones genéricas al trabajo comunitario teniendo presente, en cualquier caso, que hay un grado considerable de discrepancia y otras formulaciones son posibles: Los psicólogos comunitarios hacen (o se piensa que deben hacer) cosas muy distintas según la posición valorativa adoptada- el ámbito y lugar de trabajo, etc.

En las descripciones que siguen no intentamos delimitar roles que sólo no puede asumir el psicólogo y no cualquiera de las profesiones fronterizas, si no más bien el conjunto de funciones básicas del desempeño comunitario que tienen un componente substancial psicológico (o psicosocial), pero que pueden ser –en parte al menos- asumidas (y lo son de hecho) por otros profesionales que intervienen en lo social y comunitario (postura generalista). La delimitación de

las funciones exclusivas (o propias al menos) y específicas del psicólogo frente a (o junto a) otros profesionales de la intervención social está aún en sus comienzos. Algunas indicaciones — ellas se dan dentro de cada rol. Criterios orientativos más globales se incluyen al abordar la multidisciplinariedad.

Adoptamos aquí, por otro lado, un grado de especificidad de los componentes de rol intermedio entre el polo más global (enfoques o aproximaciones genera que definan roles básicos poco diferenciados) y el mas concreto (especificando al máximo cada componente, lo que podría resultar en una multitud de funciones poco diferenciadas). Resultarían así 7 componentes – relativamente discretos y separables, aunque relacionados – que se describen más adelante.

Veamos antes algunos modelos generales integradores propuestos. Renunciamos a una revisión detallada de literatura sobre el tema, bastante dispersa poco coherente y escasamente informativa, en nuestra opinión. Tampoco incluimos -en consecuencia y dada la vocación eminentemente pedagógica de este libro- una lista exhaustiva de referencias bibliográficas como en las revisiones al uso. Preferimos incluir los documentos y material de lectura básico junto a referencias pertinentes en algún caso puntual y justificado.

Stemmark (1977) ha propuesto 4 roles básicos (observador, evaluador, interventor y diseñador conceptual) ofreciendo una descripción detallada y coherente de cada uno para los 3 enfoques interventivos a que, según él, podrían reducirse los 7 modelos de formación (e intervención) adoptados en la Conferencia de Austin: Salud mental comunitaria, psicología comunitaria, acción social y modelo ecológico-urbano (pp. 165-177).

Glideweil (1977) —que coincide bastante con las "ideologías" que Reiff encuentra en la PC—, reduce los diversos modelos formativo-interventivos propuestos en la misma conferencia a 4 dimensiones o enfoques generales (que llevarían aparejados roles más concretos) y que formarían los temas y funciones básicos del trabajo comunitario. Los siguientes (ya citados brevemente en el capítulo 8):

1. Desarrollo y profundización (enhancement) vital de individuos y colectivos sociales. Los roles correspondientes serían: Planificación, diseño y evaluación (todo en relación con el diseño programático del desarrollo social y personal).
2. Conflicto y desviación social. Roles implicados: Consulta, negociación y conciliación.
3. Justicia distributiva (y discriminación y descuido de grupos y colectivos). Roles implicados: Abogado social, organizador comunitario y agente de cambio social.
4. Sufrimiento y dolor. Roles implicados: Terapeuta, consejero y "curador".

Si excluimos la función 4 (más propia de la Psicología Clínica), el resto forma un esquema útil y coherente aunque podría discutirse la ubicación de cienos roles (como el de "agente de cambio social") que podrían - en distintos apañados o dimensiones (el citado, "agente de cambio social", podría ir igualmente en el 2, conflicto y desviación social).

Si adoptamos un abordaje secuencial (y desde la teoría), las funciones básicas del psicólogo comunitario serían: 1) Definición de problemas y análisis de sistemas sociales; 2) diseño, planificación y organización de programas interventivos; 3) implementación de esos programas y 4) evaluación de resultados. Este esquema —usado con alguna variante por varios autores y compatible con otros muchos— puede servimos para especificar los roles a describir. La mayor parte de la variabilidad entre las distintas propuestas de roles proviene de como se concretan o "rellenan" las operaciones incluidas en el apartado 3 —implementación— que varían con los modelos de intervención. Si rellenamos esa parte con las diversas estrategias de cambio (abogacía social, negociación, consulta, organización comunitaria) tenemos a su vez un esquema muy similar al de Glidewell.

Desde todo esto, nosotros proponemos los siguientes 7 componentes del rol psico-

comunitario.

15.2.1 Análisis de sistemas sociales y evaluación de problemas / necesidades

El análisis de los sistemas sociales (grupos, comunidades, organizaciones e instituciones) desde el punto de vista de problemas y necesidades – y también recursos y potencialidades – presentes en ellos, es el punto de partida para la solución de esos problemas. Si asumimos que la parte esencial de los determinantes o raíces de los problemas psicosociales está en el entorno socio-ambiental -no sólo dentro de los individuos-, su análisis será frente al psicodiagnóstico individual- un paso previo a la intervención comunitaria si ésta ha de ser racional y planeada, no al mero azar.

Como ya se indicó en el capítulo 7 en mayor detalle, un análisis apropiado del sistema social centrado en una intervención, debe darnos a conocer: 1) El problema, necesidad o efecto de interés interventivo; 2) los factores implicados en su generación y mantenimiento; 3) los procesos de mantenimiento y reproducción del sistema así como los de cambio y dinamización, y 4) los recursos del sistema.

Sistemas sociales como los que socialización (educación, reglada, transmisión familiar de valores, peer-group, etc.), poder y asignación de recursos, sistemas de apoyo, control de la desviación y de liderazgo, serían - entre otros- de interés central en muchos casos de intervención comunitaria. En cada caso concreto habrá, sin embargo, que producir un análisis específico y lo más correcto posible, si queremos obtener los resultados esperados.

Ejemplos de este tipo de análisis (frente al individual, tradicional del psicólogo) serían los del grupo familiar producidos en la terapia sistémica (en términos, por ejemplo, de asignación de roles, comunicación y expresión afectiva entre subsistemas, etc.), las perspectivas adaptativas e interaccionistas de los enfoques sistémico y ecológico-ambiental (el trabajo de Moos, por ejemplo), o el análisis de organizaciones. También el análisis – y uso potenciador – de las redes y sistemas de apoyo social ilustrarían esta función.

La función de analisista es similar a la de “conceptualizador participante” (analizador de los problemas en términos de variables del sistema social participando a la vez en él), descrita como básica en la conferencia fundacional de Boston (Bennet, cols., 1966). El analista social – además de poseer los conocimientos substantivos y metodológicos de evaluación de sistemas— deberá: a) Ser capaz de ver los problemas desde el punto de vista de los afectados y b) tener capacidad de cuestionamiento cultural ("problematización" en términos de Freiré) en cuanto a su análisis y a generar soluciones innovadoras distintas a las establecidas o "institucionales".

La evaluación es una función bien reconocida y practicada por el psicólogo en general, y por el psicólogo comunitario en particular. Como ya se ha dicho, en PC se evalúan necesidades y problemas, recursos y programas. En el capítulo 7 se describió ampliamente la evaluación comunitaria, principios, métodos e ilustraciones concretas.

La evaluación —y el rol mismo de evaluador— son esenciales en PC por varias razones ya mencionadas en el capítulo 7: 1) En ella descansan la legitimación de la teoría y praxis comunitaria que queda, sino en mera retórica; 2) es uno de los roles (junto a la consulta) comunitarios mejor perfilados, reconocidos y propios de la tradición y formación del psicólogo frente a otros profesionales "competidores"; 3) es un pre-requisito básico para la intervención social planificada y 4) sobre ella descansa centralmente la responsabilidad social de los interventores, tanto por intentar resolver problemas sociales (no individuales) como por hacerlo con frecuencia con dinero público, no privado.

15 2.2 Diseño-planificación. Organización y diseminación de programas de intervención y cambio social

Este es un componente relativamente múltiple —no unitario— compuesto de funciones agrupadas sobre el eje común de la planificación que va desde la creación o diseño de un plan de intervención hasta su adopción por parte de los beneficiarios o ejecutores potenciales, excluyendo su implementación o puesta en marcha, otra fase lógica que lleva asociadas otras funciones (3 a 7) a tocar más adelante. El diseño de intervenciones comunitarias ya fue ampliamente cubierto en el capítulo 8. Nos limitaremos aquí a subrayar algunos de sus rasgos descriptivos y funcionales básicos.

Secuencialmente la fase de diseño y planificación se refiere a: 1) La creación y desarrollo sistemático de los componentes integrados de la intervención parar cumplir determinados objetivos y prioridades (establecidos previamente); 2) la determinación de los medios y recursos (personal, financiación, etcétera) para lograr los efectos paliativos, preventivos o potenciadores deseados; 3) el diseño de una estrategia de implicación de la población afectada.

La fase organizativa se centra en la translación de lo planificado sobre el papel a la realidad social, geográfica y administrativa concreta de cara a su implementación coordinada y eficiente en la idea de que el cambio a producir no es espontáneo o accidental, sino planificado, o sea: Racional, "provocable" y previsible en sus efectos. El plan de intervención o cambio se enmarca en el contexto de una política dada que —como escalón previo-fija unas prioridades compatibles con él y conduce a proyectos y acciones concretas —escalón posterior— integradas y coherentes (en lo temporal, geográfico, técnico y administrativo), no puntuales y al azar.

La diseminación de programas se refiere a la difusión efectiva de programas ya ejecutados a otros entornos o sistemas clientes potenciales. Requiere la evaluación sistémica y cuidadosa de los sistemas de poder y liderazgo, actitudes hacia el cambio y la innovación y resistencias de un sistema social de cara a introducir "desde fuera" el programa a diseminar. Ya fue examinada en el capítulo 8.

15.2.3 Consulta y educación

La función de consultor es, probablemente, la más reconocida y practicada del psicólogo comunitario en sus variantes de salud mental, organizacional o conductual. El capítulo 11 ofrece una descripción de esta estrategia; aquí nos limitaremos a resumir brevemente los rasgos centrales del rol que define.

La *consulta* es una relación triádica en que el consultor entra en un contacto personal y limitado con una persona o sistema (consultante) para resolver los problemas de un tercero, sin asumir ninguna responsabilidad por la implementación del plan resultante. Es el prototipo del servicio indirecto como un componente central de prestación de servicios y otros componentes —también relevantes— educativos y de desarrollo de programas y recursos humanos.

Su ámbito de aplicación incluye los servicios humanos (salud, educación, servicios sociales, justicia, etc.) y productivos; se da en el entorno natural. A partir de Caplan (1970) se admiten tres variantes según se centre en el cliente (tercero), consultante o programa. Como rol, se distingue de los de terapeuta y supervisor, con los que tiene algunas comunalidades; requiere una formación diferenciada.

La función de educador comunitario —cercana a la anterior— está ligada a la difusión de formación e información en ámbitos micro (grupos) o macro (comunidades, poblaciones) para producir cambios actitudinales y de comportamiento en relación con la prevención de problemas

psicosociales (salud mental, drogadicción, delincuencia, etc.) o con el desarrollo humano y comunitario.

Este rol está menos claro que otros por la propia indefinición y vaguedad del contenido de los mensajes a transmitir (el medio y forma de transmitir los mensajes están más desarrollados). De forma similar a lo indicado en el análisis de sistemas sociales, esta función exige conocimientos y competencia sobre: 1) El tema o problema de interés; 2) sus determinantes o contribuyentes socio-ambientales y 3) los recursos personales y sociales a partir de los que se puede modificar el problema en una dirección dada (eliminarlo, prevenirlo, cambiar las actitudes subyacentes, incremento de un comportamiento o relación, etc.).

Destinatarios usuales de la educación son cuatro grupos poblacionales: a) Los afectados por el problema (personas o sistemas); b) los profesionales con funciones de ayuda (médicos, maestros, curas, policías, abogados, etc.); c) las comunidades naturales o grupos de contacto de los afectados (familia, vecinos, compañeros de trabajo) y d) los que tienen el poder y los recursos para incidir socialmente sobre el tema (políticos y administradores).

La educación sanitaria masiva y multimedia, la educación y sensibilización de mediadores y profesionales comunitarios en los barrios y el cambio actitudinal en grupo al estilo lewineano serían ilustraciones de esta función a tres niveles distintos.

15.2.4 Negociación, mediación y relaciones humanas

Aunque poco mencionada desde el punto de vista formal o prescriptivo, ésta es una de las funciones más comunes y que ocupa más tiempo en la actividad real del psicólogo comunitario. La función básica es la de mediar entre los intereses o partes de un sistema u organización o entre una comunidad (o sus grupos reivindicativos o de liderazgo formal o informal) y la administración pública o los detentadores de recursos o servicios.

La asunción subyacente a este modelo de trabajo es que hay varias partes en conflicto, sin contacto (o marginadas) y que sus respectivas posiciones pueden ser acercadas a través de una (1) mediación, generalmente entendida como neutral, no representativa de las partes implicadas y sin poder decisorio o ejecutivo —aunque con capacidad de iniciativa y convocatoria— y con amplias destrezas relacionales.

Además de esta postura mediadora caben otras, según la posición de las partes y su apertura al cambio racional y a la concesión mutua. 2) La colaboradora con alguna —o varias— de las partes, cuando el problema se debe al desconocimiento mutuo de las partes o a la falta de información sobre el sistema —social, legal, de servicios, jurídico o económico— en cuyo marco se desarrolla el conflicto o problema; se trata aquí de facilitar el contacto y la comunicación entre las partes implicadas. 3) La mediación adversaria, se da cuando los conflictos u oposición entre las partes son irreductibles, o se dan situaciones de explotación o marginación extremas. Esta última postura cae más cerca del rol de abogado social o dinamizador-organizador comunitario aunque también incluya procesos de negociación y mediación.

La asunción —o condición— para que esta función sea apropiada (y la estrategia que define eficaz) es que el problema o conflicto (de poder, roles, estilos, valores, intereses, etc.) esté originado por deficiencias relacionales y de comunicación (a nivel de grupos o subsistemas sociales, no necesariamente de individuos), pudiendo por tanto ser abordado y resuelto facilitando la relación y comunicación entre ellos, explicitando las asunciones implícitas o agendas subyacentes, etc. Aunque aquí se habla de grupos y subsistemas, buena parte de este rol mediador tiene que ver con individuos singulares que —como líderes o de otra forma— representan a esos grupos, por lo que los aspectos personales y psicológicos (la "acción

interpersonal" de Caplan) juegan también un papel relevante en esta función.

Este rol es igualmente útil para el propio psicólogo cuando, durante el proceso de intervención, precisa entrar en contacto con la comunidad, organización o administración o al desarrollar un conjunto de personas partidarias para generar determinadas acciones o cambios sociales, en cuyo caso la relación humana y la capacidad de empatía, persuasión y convicción son importantes.

15.2.5 Abogacía social

Hemos preferido desglosar la función de agente de cambio social, reconocida al psicólogo comunitario desde la misma conferencia de Bostón, en dos componentes relativamente diferenciados (aunque relacionados) y que la cualifican y especifican: Abogacía social (de contenido más legal, administrativo y reivindicativo y de relación entre personas 'o grupos' y la administración) y la organización y dinamización comunitaria, más centrada en la propia comunidad y en sus aspectos y sistemas sociales para producir un proceso de dinamización socio-política.

El rol de abogado social es de formulación relativamente reciente en PC, aunque con mayor "tradición" en otros campos como el trabajo y asistencia social, por lo que le dedicaremos aquí una mayor atención. Fuentes informativas sobre él son Glideweil (1984), Knitzer (1980) y Weber y McCall (1978). Su origen es el campo del derecho, donde el abogado representa remuneradamente los intereses del cliente en una acción puntual relacionada con el manejo de conflictos o intereses o con la producción de acciones legales en su nombre.

En el campo comunitario, la abogacía social se definiría como el proceso de facilitación de la reforma y cambio de procedimientos, sistemas y organizaciones, suplementando o potenciando los intereses y capacidad reivindicativa y de acción (cooperativa, conflictiva o adversaria) de una parte (individuo o grupo) que se considera perjudicada por esos sistemas en un tema, problema o reclamación dados. Estos problemas se asumen originados por la desigualdad de poder y recursos entre el sistema o parte demandante y el demandado (administración pública, organización, agencia prestadora de servicios, etc.). Los sistemas clientes clásicos son individuos o grupos marginados, explotados o desposeídos (de servicios, poder, recursos, voz social, acceso a medios de comunicación, etc.).

El rol de abogado social modifica el original (del derecho) en varios puntos como: Desarrollo de recursos del cliente frente a la mera representación o suplementación de él; búsqueda de la ecualización del poder y recursos entre sistema cliente y sistema demandado y relación a más largo plazo, no limitada a una acción puntual. La función del abogado social es más de facilitador del uso de recursos del sistema cliente y de catalizador de cambio institucional desde una demanda concreta, que de mera representación del cliente. Es un rol que combina las funciones tradicionales de la abogacía legal (negociación, manejo de conflictos de intereses, manejo de las reglas de producción de evidencia y litigación) con las de la acción social en favor del cliente. Tiene también relación con los campos de Psicología del Consumidor y con las asunciones políticas del "Estado del Bienestar" moderno (cada vez menos "moderno", en realidad), en lo referente al individuo como portador de derechos, no de patología (modelo médico) o de necesidades (modelos asistencial de servicios sociales).

Asunciones y principios básicos subyacentes al desempeño de la abogacía social en PC son: 1) Los ciudadanos tienen derechos básicos tanto substantivos (como el derecho a la información), como de procedimiento (capacidad de toma de decisiones y trato igual en la distribución de recursos sociales); 2) la abogacía social es política por naturaleza: afecta a la

distribución de poder, capacidad de elección, autodeterminación personal y toma de decisiones. etc. y 3) la abogacía social se centra, no en el individuo o caso particular, sino en los fallos institucionales y relaciones entre individuos (grupos) y sistemas sociales, políticos y económicos que causan los problemas.

Se suelen reconocer tres clases de estrategias de abogacía social: Colaboradora, negociadora (muy próxima al componente anterior, negociación) y adversaria. Se describen cuatro tipos de acciones: 1) Administrativa (centrada en el cambio de sistemas o procedimientos administrativos); 2) legislativa la protección de los derechos individuales y en la obtención de medios para llevar a cabo esta protección); 3) legal (pleiteo y litigación) y 4) de seguimiento (vigilancia sobre la ejecución y cumplimiento de cambios estructurales y de procedimiento ordenados).

Técnicas usadas por el abogado social incluyen: La investigación sistémica de programas sociales; denuncia o exposición de fallos y abusos institucionales; presión, litigación u organización de personas afectadas por un fallo o problemas institucional (afectados por un síndrome tóxico, niños jubilados con pensión mínima, parados sin representación ni voz, etc.) Casos como la obtención del derecho al tratamiento o el acceso a sus propias historias de los pacientes psiquiátricos de EE.UU., o el testimonio experto en las vistas del Congreso (hearings) de ese país sobre los efectos negativos de la segregación racial escolar, ilustran el rol. Esta función requiere -como otras ya citadas- la formación del psicólogo en contenidos y procedimientos administrativos, jurídicos y políticos o la consulta y trabajo disciplinar con expertos en esos campos.

15.2.6 Organización y dinamización comunitaria

Este componente de rol englobaría funciones como innovación o experimentación social, catalización o facilitación del cambio social. Designa la intervención del psicólogo como agente indirecto de cambio social esto es como uno de los que interviene en el proceso de cambio social, pero no como protagonista (que es la propia comunidad o grupo) sino como facilitador catalizador o dinamizador, que con sus conocimientos (sobre los sistemas de motivación humana, dinamización grupal, conflicto y cohesión psicosocial etc.) y participación posibilita y energetiza los procesos de cambio y transformación existentes —o latentes— en el propio sistema

Los componentes de este rol psicosocial (minoritario en la práctica comunitaria real, aunque muy predicado sobre el papel) apenas están definidos al tener aun un estatus relativamente experimental (ver, por ejemplo, Fairweather y Tonatzky, 1977; Periman y Gurin, 1972; o Rothman, 1974; también el capítulo 14).

Algunos procesos implicados en su realización en una comunidad o grupo serían: 1) Ayuda a la fijación de objetivos y metas a perseguir (como proceso aglutinador y dinamizador); 2) dotación de sentido de potencia y cohesión o comunidad psicosocial (como elemento motivacional previo a la acción); 3) búsqueda de tensiones, contradicciones y procesos de cambio ya existentes (como elementos de cambio a través de su trabajo dialéctico); 4) determinación y búsqueda de necesidades y carencias (a través de métodos de recogida de datos cualitativos y cuantitativos o de la ampliación del nivel de conciencia social o de consumidor); 5) ayuda a la búsqueda de medios —materiales o institucionales— de satisfacción de necesidades, incluyendo la modificación de sistemas u organizaciones existentes o la creación de nuevas instituciones o settings si las existentes son demasiado rígidas o impermeables al cambio.

Según el tipo de comunidad, su estado objetivo y el grado de conciencia psicológico y social de sus potencialidades, primará un tipo de acción u otra: En un sistema apático y fatalista

la tarea prioritaria será la dinamización y hallazgo de objetivos comunes; en uno fragmentado, conflictivo o enfrentado, el trabajo dialéctico hacia una síntesis integradora o la mediación entre las partes; en un sistema con una alta conciencia reivindicativa de las propias necesidades, la canalización de reivindicaciones, abogacía social y búsqueda de medios apropiados; etc.

Heller y Monahan (1977) han propuesto una formulación sugestiva sobre cómo elegir una u otra estrategia de cambio comunitario desde un esquema teórico coherente y a partir de la evaluación de una serie de parámetros sociales básicos de la comunidad (capítulos 8 y 9). Rappaport (1977) ofrece un abanico más amplio —y menos coherente— de modelos teóricos e interventivos (capítulos 5 y 6).

Una variable o proceso clave en este rol psico-político es, a nuestro entender, la potenciación o dotación de poder (empowerment, Rappaport, 1981 y 1987; ver capítulo 5) como puente o nexo entre el componente psicológico (poder psicológico), y el político (poder político o posibilidad de participar de los procesos de toma de decisiones y distribución de poder, recursos y beneficios de una sociedad) íntimamente interdependientes e imprescindibles para la autodeterminación social y desarrollo vital de personas y comunidades, fines últimos de la PC (ver capítulo 5; 5.5). Ya se señaló la importancia práctica de este factor para los organizadores comunitarios. Alinsky (capítulo 8; 8.7), por ejemplo, pensaba que la conciencia del propio poder era esencial para que una comunidad se movilice. La primera tarea del organizador será crear las condiciones para que la comunidad tome conciencia de su poder y se decida así a actuar.

Un caso típico de aplicación de este rol —y del concepto de empowerment— es el trabajo con grupos y comunidades apáticos desmotivados, y con alto grado de fatalismo social (al considerarse marginados de las decisiones y "reparto de beneficios" sociales). La intervención pasaría aquí por averiguar el origen de su estado y necesidades reales así como las posibilidades y modo de dinamización y cohesión en torno a la reivindicación de esas necesidades. Las estrategias llamadas "acción social" y "organización de la comunidad" (capítulo 14 y 8) implican centralmente este rol. El desarrollo de "instituciones paralelas" como comunidades terapéuticas, nuevas escuelas o correccionales o el desarrollo de redes de apoyo social, ilustrarían también el trabajo involucrado en esta amplia —y algo ambigua— función.

Este rol tiene —como ya se ha dicho— un componente político que lleva aparejado una considerable polémica en el doble aspecto científico y valorativo. Éste se refiere a hasta qué punto —y cómo— debe intervenir un psicólogo —como tal psicólogo— en cuestiones y actividades directamente políticas corriendo el riesgo (sobre todo en organizaciones y problemas sociales complejos donde hay múltiples intereses o grupos confrontados cuya "bondad" o sentido social pueden no estar nada claros) de tomar partido por unos frente a otros, o de no poder mantener una postura "neutral" (cuestión ya discutida en 8.2).

El aspecto científico se centra en hasta qué punto existen conocimientos sobre la relación entre sistemas sociales y conducta humana que permiten predecir racionalmente unos efectos psicológicos buscados a partir de una acción social emprendida. Dejamos apuntada la espinosa polémica. Baste añadir aquí que la postura abstencionista, de inhibición del psicólogo en los problemas sociales, ya conlleva una postura política: La conformidad implícita con el orden social que los produce o tolera. La "neutralidad ética", que podría ser —más o menos— sostenida en la intervención individual o meramente técnica, es insostenible en la social.

15.2.7 Desarrollo de recursos humanos

El desarrollo de recursos humanos es uno de los tres componentes de la PC según Rappaport (1977; capítulo 4). Está a caballo entre la psicoterapia (de fines paliativos o

reparadores, pero entendida por algunos como esencialmente desarrollista o potenciadora de las personas), la psicología evolutiva y el cambio social (con efectos psicológicos potenciadores). El concepto no ha sido, de todos modos, apenas trabajado o definido si exceptuamos el trabajo notable de la psicología humanista (Maslow, Rogers, Allport) o la formulación sintética de "salud mental positiva" de Jahoda (1958; capítulo 3).

Esta función se suele entender como el desarrollo de potencialidades o recursos existentes —aunque latentes— en personas y grupos, sean directos o indirectos (desarrollando la capacidad de prestación de servicios o de ayuda a otros). La primera acepción se refiere al desarrollo personal y poblacional a través de la terapia, educación y salud, apoyo y autoayuda (individual o grupal) y grupos de crecimiento y sensibilización.

El desarrollo de recursos indirectos (el que se suele entender al citar esta función) se refiere a la ampliación del rol de los profesionales de ayuda (Goodstein y Sandier, 1978) a través de la consulta, para incluir funciones psicológicas y —sobre todo— el reclutamiento y formación de paraprofesionales para cumplir funciones terapéuticas o de asesoramiento. Goodman (1972), Carkhuff, Gañner y Riessman (1977) y otros autores, se han dedicado a la preparación y entrenamiento de paraprofesionales, aplicando con frecuencia las ideas rogerianas sobre desarrollo personal.

Formación de paraprofesionales, consulta, autoayuda y —menos— educación promocional para la salud, son, pues los métodos incluibles en este rol, como se ve, poco desarrollado. Al psicólogo le corresponde la función de ayudar a esas otras personas (o grupos) a desarrollar sus funciones respectivas o su propio potencial humano. El rol de "desarrollador" de recursos humanos tienen pues un carácter más educativo-formativo que técnico.

En conjunto las funciones citadas hasta aquí son complejas y diversas, planteando cuestiones básicas respecto a la factibilidad de la formación y amplitud de conocimientos precisos para ejercerlos, y respecto a la posibilidad de integración personal de funciones y conocimientos. Por ejemplo: Varios de los roles son de naturaleza no psicológica ¿cómo se resuelve eso en la formación del psicólogo comunitario?, ¿formación multidisciplinar o interfacultativa?: Dada la amplitud de conocimientos y destrezas requeridos y la recomendación de generalismo y polivalencia del psicólogo comunitario, ¿puede éste formarse en —y ejercer— una gama tan amplia y dispar de roles? ¿cómo se integran funcionalmente esos roles en una misma persona?

Si el equipo multidisciplinar es la unidad de acción, la integración funcional se da en él y no en las personas que lo forman. Esto —aunque solucione la integración interventiva— produciría un problema de "alienación o fragmentación laboral" en el desempeño del rol. Es de esperar, de todas formas, que en el futuro las funciones de psicólogo comunitario y sus contenidos se clarifiquen, concreten y sistematicen eliminando algunos de los espacios de ambigüedad e imprecisión actuales sin sacrificar la necesaria adaptabilidad y flexibilidad.

Parece que hasta tanto no se aclaren o restrinjan y especifiquen esas funciones, el psicólogo comunitario debería tender hacia una cierta especialización de fondo dentro del marco generalista de base, si es que ha de sobrevivir como persona (sin riesgo de desintegración de su identidad, se entiende). Es difícil ser un experto en todo: Análisis de sistemas, evaluación de programas consulta, etc. Sería más realista tener una formación general conjunto siendo capaz de ejercer algunos de los diversos roles implicados en cada una de las partes del proceso (análisis de sistemas; diseño de programas; algún método de intervención y evaluación). O bien centrarse en una de esas partes del proceso (lo que haría preciso un nuevo rol el de coordinador o integrador, cosa ya pedida por algunos autores).

15.3 Formación y trabajo multi/interdisciplinar

Aparte de las secciones en libros sobre PC y temas racionados, el tema de la formación del psicólogo comunitario ha sido objeto de dos conferencias monográficas, que señalan hitos en el desarrollo) de la disciplina: La fundacional de Boston, en 1965 (Bennet y otros, 1966) y 10 años más tarde la de Austin (Iscoe, Bloom y Spielberg, 1977). Para seguir este ritmo, el American Journal of Community Psychology (AJCP) le dedicó 1 número monográfico 10 años después (Lorion, 1984) y, más recientemente (Morris, 1987), el Journal of Community Psychology (JCP) ha recogido una muestra de 6 programas de preparación práctica o de campo (field training). También las conferencias de Miami Beach (1958) o Stanford (1955) sobre formación de psicólogos clínicos dedicaron atención relevante al tema comunitario y de salud mental comunitaria.

En nuestro país el tema es también objeto de debate en Congresos Jornadas y en revistas profesionales, de Trabajo social o salud, a un nivel menos formalizado pero igualmente polémico y encendido.

Que el tema haya sido extensamente debatido no significa que esté resuelto o que se hayan obtenido conclusiones sobre la formación de psicólogos comunitarios claras y aceptadas por la mayoría. Más bien al contrario: el tema se debate tanto porque es importante y aún no ha sido resuelto; todo lo más, ha sido planteado.

Lo cierto es que las conferencias citadas (y la revisión inicial de Zax y Specter de 1974 - 1979 en castellano-), no son excesivamente informativos respecto al tema de rol y formación del psicólogo comunitario. Resultan más bien reveladoras del estado de desarrollo y dinámica del campo comunitario en sus respectivos momentos: Tocan muchos puntos y temas (conceptos y modelos teóricos de la PC, valores implícitos, etc.) que no pertenecen per se a la formación mostrando, además, una variabilidad de propuestas y modelos apabullante, así como una vaguedad retórica y utopismo tales que no pueden extraerse de ellas conclusiones concretas y válidas para formular propuestas de formación coherentes y aceptadas por la mayoría. No resultaría, pues, realista presentar una propuesta unitaria de formación.

Teniendo en cuenta esto, y también que la formación está cubierta indirectamente en la discusión precedente sobre roles, destacaremos aquí algunos puntos y contenidos básicos de la literatura citada (la de la conferencia de Austin, sobre todo) para centramos, más adelante, en los contenidos curriculares.

15.3.1 Modelos de formación

La Conferencia de Austin (1975) representa todavía el conjunto de información más amplio sobre el tema de la formación del psicólogo comunitario (Iscoe y otros, 1977), desde el ámbito norteamericano, naturalmente. Sus contenidos ilustran meridianamente el estado y tensiones gestatorias de la PC, pudiendo sus propuestas ser calificadas como relativamente vagas, utópicas y generalistas (los mismos calificativos que habían ya usado Zax y Specter, en 1974).

La Conferencia recibió 25 descripciones de programas de formación que fueron reducidos primero a 7 modelos y, finalmente, a 6 (Stenmark a su vez los compendió en 3 conglomerados más generales que se citan después) que presentan —junto a coincidencias y solapamientos— una gran diversidad y considerables divergencias, no sólo en el contenido real de la formación y currículo propuesto, sino en las asunciones previas sobre concepto y contenido de la PC.

Con demasiada frecuencia constituyen más perspectivas o enfoques genéricos sobre qué es, qué debiera ser y qué no es un psicólogo comunitario que verdaderas propuestas de

formación. Los monográficos del AJPC (1984) y JCP (1987) son algo más específicos; el primero cubriendo ciertos aspectos formativos (sobre conceptos y métodos en formación, intervención social — sobre todo en cuanto al rol de abogado social— y salud mental comunitaria). El JCP describe 6 programas formativos con alguna característica distintiva o destacable. En nuestro país este trabajo de debate formalizado y difusión pública de resultados está aún por hacer en lo esencial. La discusión existe a un cierto nivel profesional (e interprofesional) y publicaciones como Psicólogos, Papeles del Colegio (1987), los Congresos del Colegio Oficial de Psicólogos, Psicología de la Intervención Social y los de Psicología Social (ver índice B) han difundido los resultados de algunos encuentros profesionales.

Los 6 modelos de formación propuestos en la Conferencia de Austin pueden ser ordenados aproximadamente en un continuo definido por los extremos clínico y socio-ambiental. No siempre, sin embargo, la formación y roles se alinean netamente a lo largo de ese continuo o son coherentes con el enunciado formal del modelo. Los modelos propuestos son los siguientes:

1. Clínico-comunitario y salud mental comunitaria (SMC). Centrado en los presupuestos teórico-interventivos de la SMC —y parte de la PC— y re conociendo la importancia de los factores intra e interpersonales en el desarrollo del bienestar de todos los individuos.
2. Desarrollo de comunidad y sistemas sociales (de la comunidad) De enfoque sistemático intracomunitario; centrado en el desarrollo de los sistemas sociales (educativo, político legal, bienestar social, etc.) dentro de cada comunidad.
3. Intervención y prevención en sistemas y organizaciones. Con énfasis en el incremento y profundización (enhancement) de la calidad de vida aumentando la competencia de individuos y grupos. Intervención a nivel comunitario y organizacional; importancia de la prevención.
4. Cambio social. Centrado en el cambio institucional y social global Conocimientos requeridos de tipo político y legal; estrategias interventivas socio-políticas.
5. Ecología social (más bien perspectiva). Enfatiza los principios de la ecología y su aplicación (junto a la demografía) a la intervención socio-ambiental para incrementar sentido de poder y efectancia del individuo en interacción con el entorno.
6. Psicología social aplicada. Similar a los previos de contenido sistémico-social y poblacional, pero enfatizando las aplicaciones psicosociales a los problemas y sistemas sociales.

Stenmark (1977) ha hecho una agrupación —más que razonable— de los seis modelos en 3 grupos o conglomerados:

1. Salud mental Comunitaria-Psicología Comunitaria (modelo 7)
2. Acción social (modelos 2, 3 y 4).
3. Modelos ecológico-urbanos (modelos 5 y 6 -que originalmente incluía un componente urbano—).

Algunas de las comunidades relevantes notadas por Iscoe (1977) en los diversos modelos son:

a) En cuanto a asunciones ideológicas, valorativas e interventivas: Necesidad de ruptura con el tema de la enfermedad mental e insistencia en los de competencia, bienestar y sentido de comunidad como foco central de intervención; análisis supraindividual, ecológico o sistémico; énfasis en los servicios indirectos (al más alto nivel posible) frente a los directos; acento en el cambio social evolutivo y constructivo y en la continuidad de programas frente al cambio revolucionario y rupturista propugnado en la década de los 60.

b) En cuanto a formación y roles: Insatisfacción con la formación académica universitaria frente a alternativas como escuelas profesionales o centros comunitarios; prioridad de la investigación y conocimientos precisos para la intervención; interdisciplinariedad tanto en la formación académica como práctica y necesidad de integrar teoría y trabajo de campo en la elaboración de

tesis doctorales e investigaciones.

Prácticamente todos los programas y modelos asumen como imprescindible la preparación práctica para la obtención del título correspondiente (algo tan propio de la filosofía y sistema universitario de EE.UU. —donde es factible por el reducido número de estudiantes— como alejado del masificado y disfuncional sistema español).

Nos parece oportuno ampliar dos cuestiones (una ya apuntada por Iscoe) vitales, a nuestro entender, para la formación: 1) El cuestionamiento de la Universidad (y los departamentos o facultades tradicionales de Psicología) como escenarios apropiados de formación del psicólogo comunitario y 2) la ampliación de los principios ideológicos de la PC al propio proceso formativo y socializador del psicólogo comunitario.

El cuestionamiento de la ideoneidad del escenario universitario tradicional (tema en que concurren varios autores), se basa en que sus asunciones formativas y estructura organizativa están (sobre todo en la universidad pública española) notoriamente alejados de los principios de formación comunitaria cuyo postulado básico sería el aprendizaje en —y desde— la propia comunidad, no en instituciones segregadas de su entorno social. Varios programas (y modelos) norteamericanos citan escenarios comunitarios o semi-institucionales de formación como más apropiados. Lo que sí parece evidente es que la estructura universitaria española requeriría modificaciones importantes (en cuanto a rigidez organizativa y curricular, masificación y aislamiento social) para poder albergar un programa formativo comunitario eficaz. Igualmente patente resulta que es en el seno de ciertos departamentos universitarios donde han surgido esfuerzos formativos meritorios para incorporar el modelo comunitario, que no siempre han encontrado el respaldo y complemento institucional en la propia Universidad ni en las instituciones públicas desde las que se hace el trabajo comunitario.

Segunda cuestión planteada: Si la formación del psicólogo comunitario ha de ser éticamente coherente y pedagógicamente eficaz, debería incorporar sus postulados teóricos (desarrollo humano, cambio social, interacción ecológica, etc.) al propio proceso formativo en lugar de incluirlo sólo en sus contenidos curriculares, que otros aplican en otros settings ("la comunidad"). La perspectiva ecológica aplicada a la formación (ejemplificada en el programa de la universidad de Loweil incluido en el JCP de 1987) implica que: 1) El programa partiría del escenario formativo como sistema abierto en interacción con la sociedad exterior (lo que llevaría a que ésta tuviera representación real en los cuerpos decisorios del programa ya que los estudiantes participaran en los problemas del entorno y en su solución) y 2) estaría enfocado (en objetivos y currículo) hacia la comunidad en que se inserta, teniendo en cuenta sus características y necesidades.

Esto implica, naturalmente, la involucración real de las instituciones en que se desarrolla la actividad comunitaria y que tienen el deber social de complementar (en la parte práctica sobre todo) la formación de los profesionales comunitarios. La relación, interconexión y diálogo Universidad-instituciones sociales (a un nivel real mínimo en la actualidad) resulta imprescindible para lograr este empeño.

En cuanto a los supuestos de cambio social y desarrollo personal deberían ser igualmente incorporados al sistema (organización, evaluación, relación profesores-estudiantes, estructura jerárquica y administrativa del departamento o facultad, etc.) de forma que el programa alentara —a la vez que la transmisión de conocimientos y aprendizaje de destrezas— el desarrollo personal a través del cambio social y relacional y la democratización precisos. Lo contrario (no practicar en casa lo que se predica hacia el exterior y no intentar que el aprendizaje del desarrollo del potencial humano que se va a practicar en el trabajo comunitario empiecen por el propio sistema y la propia persona) implica una duplicidad valorativa antipedagógica e incompatible con

las asunciones de la Psicología Comunitaria.

15.3.2 Currículo académico

No sería realista sugerir—vistas las propuestas y consideraciones críticas previas— un currículo como único posible o idóneo. Parece más correcto apuntar temas a cubrir desde las necesidades funcionales o de rol revisadas.

Los contenidos concretos del currículo y el formato pedagógico variará en función de factores como: Orientación teórica del programa dentro del continuo clínico/comunitario-cambio social; intereses aplicados o afiliación institucional concreta (salud-mental educación-escolar, servicios sociales, sistema judicial-legal, universidad-investigación, urbano-marginal); configuración social y necesidades del entorno comunitario (si el programa funciona como un sistema abierto y realista de cara a la sociedad y al mercado de trabajo exteriores); posición en el continuo teórico-aplicado; y, finalmente, de la existencia de prácticas de campo reales supervisadas por psicólogos que ya trabajen en el campo comunitario.

Agrupamos las materias sugeridas en tres bloques temáticos; psicológicas, ciencias sociales y administración y otras.

Psicológicas. Desarrollo Humano (contenidos evolutivos, psicología del ciclo vital, teorías humanistas del desarrollo y actualización humano y conceptos de salud mental positiva); Personalidad (especialmente, motivación, aspectos dinámico-evolutivos y determinantes sociales); Psicología Interpersonal y de la Familia (no sólo terapia); Psicología y Dinámica Grupal (con hincapié en conceptos y métodos lewineanos); Psicología Social (énfasis en: Socialización, cambio de actitudes, conflicto, apoyo y conducta prosocial, aspectos psicosociales de la desviación y marginación social, etcétera); Psicología de las Organizaciones; Psicología Ambiental y Ecológica (con orientación más social que física). Psicología Comunitaria y Salud Mental Comunitaria (si se dan como diferenciadas). Presupuestos curriculares útiles serían: Psicopatología (breve). Evaluación Psicológica y Técnicas de Psicoterapia.

Ciencias Sociales y Administración. Sociología (especialmente: Sociología de la desviación, socialización, desorganización social y cambio social); Epidemiología (y nociones de Salud Pública) y nociones de: Demografía, Organización y Administración Pública, Planificación Urbana, Antropología y algo de Política y Legislación (métodos de desarrollo de la política y contenidos relacionados con los ámbitos comunitarios de acción). Cambio Social podría —y debería— singularizarse como una materia o seminario con entidad propia. También, Problemas Sociales (o Psicosociales).

Otras (incluidas las psicológicas de contenido metodológico): Investigación Psicosocial de campo (con nociones de métodos antropológicos); Diseños Cuasiexperimentales (y experimentales); Estadística Multivariada y Tratamiento de Datos; Evaluación de Programas y Métodos de Entrevista (o interacción planificada) y Desarrollo de Encuestas (podrían ser desglosadas de los métodos psicosociales). (La Epidemiología podría ir igualmente en este apañado.)

Currículo sugerido. Entre las varias posibilidades y conocimientos apuntados, un currículo más realista y factible en España (que tenga en cuenta las condiciones y planes de estudio actuales y no cuente con los "nuevos" planes en "fase de elaboración") es delineado brevemente a continuación. El currículo podría darse en un departamento universitario de psicología a nivel de master. por ejemplo, y con un número reducido a medio de estudiantes licenciados (15 a 50).

Materias básicas: Psicología Comunitaria (curso expositivo básico)- Intervención Comunitaria (curso aplicado: Métodos y ámbitos de intervención y análisis de casos); Problemas

Sociales y Psicosociales (drogas, alcoholismo, marginación, delincuencia, etcétera); Cambio Social (principios, diseño y análisis de casos).

Materias relacionadas: Dinámica de Grupos y Terapia Familiar Sistemática (Psicología de la Familia mejor)- Materias Pre-requisitas: Evaluación Psicológica/Psicodiagnóstico (máximo un año); Psicoterapia (diseño de plan terapéuticos y técnicas); Psicología Social y Técnicas de Investigación

Este es un currículo factible a partir de asignaturas ya existentes y creando otras nuevas (como Cambio Social o Problemas Sociales) en la parte comunitaria. Dada la rigidez estructural y funcional de nuestra universidad una formación efectiva (es decir, planteada para que los titulares pudieran entrar realmente en el mercado de trabajo tras uno o dos períodos de prácticas de tres a seis meses) serían precisos algunos cambios en las áreas ya citadas.

Aparte de la limitación en el número de estudiantes, tres requisitos mínimos serían: 1) Incorporación a las clases de expertos que trabajan en la comunidad; 2) multidisciplinariedad en los docentes académicos añadiendo a los psicólogos otros científicos y trabajadores sociales —como sociólogos o asistentes sociales-; y 3) la existencia de prácticas reales (trabajo comunitario, no clínico) y supervisadas por psicólogos para conseguir una apropiada formación y aprendizaje del rol (si el supervisor es médico o asistente social difícilmente se forjará una identidad profesional como psicólogo y esto en el estadio inicial formativo —del psicólogo y de la disciplina— es vital).

15.3.3 El trabajo inter/multidisciplinar

En la actividad profesional la multidisciplinariedad se refiere al trabajo conjunto o compartido de profesionales o titulares de disciplinas distintas La interdisciplinariedad implica además una integración de su actividad y resultados en base a una división funcional del trabajo más o menos explícita (coordinación horizontal) y vertical (o jerárquica, casi siempre de base administrativa, no funcional o técnica) en función de objetivos unitarios y predeterminados. inter/multidisciplinariedad se pueden referir a otras actividades como la formación, investigación, toma de decisiones, etc. La práctica común en el trabajo comunitario (y otras actividades complejas) es la multidisciplinariedad; la interdisciplinariedad es más rara en la práctica.

La necesidad de la multi/interdisciplinariedad en la intervención social y comunitaria —reconocida por casi todos los autores y modelos como una nota definitoria de la PC— se justifica desde cinco características básicas de esa intervención —y diferenciales respecto a la clínica—: 1) Centramiento en los problemas y no en las técnicas de intervención; 2) complejidad y multifacetismo de los problemas sociales a resolver; 3) indefinición de fronteras funcionales de las profesiones implicadas; 4) cuestionamiento del profesionalismo y 5) trascendencia de la excesiva especialización de los trabajadores y científicos sociales.

1. Si el trabajo comunitario se centra en problemas (alcoholismo, drogas, marginación, etc.) y no en técnicas o métodos o profesiones, la intervención debe abarcar el abanico técnico y profesional necesario para resolverlo, sin centrarse en una profesión o método dado. No es apropiado definir, por ejemplo, los problemas de salud como "problemas médicos" o los trastornos mentales como "problemas psiquiátricos" ya que eso implica un claro patrimonialismo interventivo.
2. Los problemas sociales a resolver y las estructuras sobre las que se interviene son —frente a los individuales— frecuentemente complejos y multifacéticos, tanto en sus manifestaciones como en sus determinantes y soluciones (que se dan a varios niveles). Esto reclama formación y competencias profesionales variadas que suelen ser cubiertas por diversas profesiones.
3. Las fronteras funcionales de las profesiones implicadas en la intervención social (medicina,

sociología, psicología, trabajo social, enfermería, psiquiatría, planificación urbana, educación, etc.), o atribuciones profesionales, no están claramente establecidas tanto por la propia difusión y globalidad de su objetivo como por su novedad relativa para esas profesiones, que han estado centradas, en general, en otros ámbitos o niveles interventivos más claramente establecidos como propios.

4. En la intervención comunitaria el tema se complica por el anti o profesionalismo ya citado como propio de las disciplinas comunitarias. Sobre el papel, si se rechaza el profesionalismo, tiene poco sentido hablar de multi/interdisciplinariedad. En la práctica, la ideología antiprofesional facilita el trabajo multi/interdisciplinar al reducir el corporativismo frecuentemente ligado al modelo y práctica profesional.

5. Trascendencia de la excesiva especialización de las profesiones y ciencias sociales cuya compartamentalización resulta incongruente —e ineficaz— para enfrentarse con problemas sociales complejos que requieren una respuesta global a la vez que unitaria. La multidisciplinariedad aparece así como un esfuerzo integrador y antiespecialista pero —éste es su distintivo-realizado simultáneamente a través de varias profesiones o disciplinas no desde una sola de ellas (el "generalista" frente a los especialistas), ni en secuencias temporales diferenciadas según la profesión (como en el caso del método de consulta).

Todo esto debería conducir, en teoría, a una praxis multidisciplinar —pero integrada en función de objetivos comunes— en que cada disciplina o profesión asumiera el papel más propio, tradicional o para el que posee más competencia teórico-práctica. ¿Cómo funciona el tema en la práctica? Nosotros distinguiríamos tres criterios de asignación de tareas profesionales (con o sin multidisciplinariedad): Exclusividad, estatus-poder y residualidad.

1. *Exclusividad.* Cuando una carrera (o profesión) cubre los conocimientos de un área temática o materia que —por definición o por tradición establecida— no son cubiertos por ninguna otra, la "atribución" de competencia o asignación profesional y académica están, en principio, claramente establecidas (aeronáutica, arquitectura, odontología...). Cuando no es así y los temas componen distintos niveles o componentes no coincidentes con la división disciplinar dominante (drogas, delincuencia, etc.), las atribuciones interventivas se hacen en base a alguno de los otros criterios.

2. *Estatus-poder*. Cuando los temas o problemas a afrontar son complejos, multidisciplinares o fronterizos y no hay aportaciones teóricas o interventivas decisivas desde ningún campo disciplinar concreto (desde su tradición o la definición propia), el poder y estatus reconocido a una profesión en un "mercado" profesional y sociedad dados (reflejados —y causados en buena parte— por el poder de la organización colegial correspondiente) son decisivos a la hora de determinar las atribuciones profesionales. El caso de la profesión médica y su posición en la sanidad y otros campos es ilustrativo en esta línea. Dada la relativa debilidad de la organización colegial psicológica y la débil implantación social de la Psicología en España, el psicólogo sale poco favorecido en el reparto atributivo multidisciplinar, y del mercado de trabajo en general.

3. *Residualidad.* La posición de una profesión queda definida desde este criterio por lo que otras, ya establecidas, no pueden, saben o quieren hacer. Este criterio suele usarse en problemas difíciles o poco rentables en términos técnico-laborales (el caso de muchos problemas sociales para los que esas profesiones no han encontrado solución, como las drogas).

El referente constructivo del rol subrayaba un aspecto relacionado, indicando que ese rol —y el trabajo concreto— del psicólogo en un equipo multi/interdisciplinar se va conquistando no sólo en función de sus credenciales académicas sino de su funcionamiento y eficacia real. Este aspecto constructivo y de vanguardia del trabajo comunitario representa —en lo positivo— una

de las fronteras de desarrollo y afirmación de la Psicología. En lo negativo, se enfrenta a la debilidad de la implantación social de su propia matriz disciplinar psicológica.

Además de una praxis integrada y dirigida hacia un único fin, el trabajo interdisciplinar debería partir de una formación —o socialización profesional— también multidisciplinar que habitúe al trabajo pluridisciplinar posterior. Esto implicaría que: a) Las materias (y profesores que las dan) pertenecen a varias profesiones (algo deseable y preciso dentro de los currículos sugeridos) y b) los estudiantes provienen de distintas ramas o disciplinas (de dentro o fuera de la Psicología). Esto es, sin embargo, un tema más polémico y complejo: ¿Pueden no psicólogos formarse como "psicólogos" comunitarios? ¿es, en ese caso, realmente apropiado el nombre de "Psicología Comunitaria"? ¿pueden recibir explicaciones uniformes personas con bagajes teóricos y lenguajes disciplinares distintos?; etc.

¿Qué funciones serían más propias y distintivas del psicólogo en un equipo multidisciplinar de trabajo comunitario? El asunto está aún muy verde y depende mucho del problema tratado y ámbito a que nos refiramos.

Rueda (1988), por ejemplo, ha definido —desde el ámbito de servicios sociales— el papel del psicólogo comunitario subrayando dos aspectos, centrales de la intervención social, esencialmente psicológicos (psicosociales): a) La perspectiva adaptativa, considerando los problemas sociales como sistemas disfuncionales de adaptación humana (a los que debe buscarse una alternativa más deseable a partir de los elementos que los mantienen) y b) el potencial de desarrollo implícito en el grupo o comunidad humana (ligado a pautas adaptativas de significación, relación y comunicación y no a individuos concretos).

La función del psicólogo sería desde ahí triple: a) Buscar los elementos y pautas psicosociales que mantienen el problema social, b) descubrir las soluciones de adaptación alternativas que posibiliten el desarrollo del propio grupo humano a partir de los recursos que existen en ellos y evaluar los resultados y c) facilitar o vehicular ese desarrollo (que resuelve el problema inicial al crear una alternativa adaptativa más positiva) por medio de técnicas interventivas específicas. Es decir, traduciendo al lenguaje más descriptivo aquí usado, los roles de analista de problemas sociales, evaluador de recursos y sistemas psicosociales de desarrollo, evaluador de programas e interventor-facilitador del cambio social.

Por nuestra parte ya señalamos en el capítulo 4 (4.7.1 y 4.7.3) los componentes y procesos, que consideramos básicos en la Psicología Comunitaria así como algunas funciones centrales del campo psicocomunitario

En cuanto a equipos interdisciplinares su composición debería depender —en nuestra opinión— del setting o ámbito (escolar, legal-judicial organizativo, salud mental, hospitalario, etc.) y del tipo de problema concreto

Un equipo frecuentemente citado en el campo de la salud mental es el formado por un médico, psicólogo (o psiquiatra), asistente social y —según el caso— enfermera psiquiátrica. Pero, dependiendo del programa, podría ser preciso añadir, por ejemplo, un trabajador familiar, un epidemiólogo educador sanitario, educador de calle o animador sociocultural, sociólogo antropólogo, etc., etc. Si el ámbito es judicial-legal contaríamos con un juez abogado, o fiscal, policía o criminólogo, etcétera; si hay aspectos ambientales o urbanos relevantes incluiríamos arquitectos, urbanistas o economistas Un equipo frecuentemente citado entre nosotros en el trabajo con menores es el formado por un psicólogo social, un pedagogo y un asistente social, etc.

En la práctica, el perfil del equipo interdisciplinar más o menos estable —y no meramente ad hoc para un problema dado— debería establecerse sobre la base de las cuestiones o problemas recurrentes o habituales en un escenario concreto de trabajo así como de la eficacia real de sus

distintos miembros para cumplir los cometidos pertinentes (y relacionados con sus respectivas áreas de especialización) y no simplemente desde las credenciales académicas apenadas.

Referencias bibliográficas

BENNET, C.C.; ANDERSON, L. S.; COOPER, S.; HASSOL, L.; KLEIN. D.C. Y ROSENBLUM G. (eds.) (1966). Community psychology: A report of the Boston conference on the education for psychologists in Community Mental Health. Boston, Boston University Press.

BENNIS, W.G.; BENNE, K.D, CHIN, R. y COREY, K.E. (eds.) (1976). Theplanning ofchange. Nueva York, Holt, Rinehart and Winston.

CAPLAN;G. (1970)-The theory and Practice of mental health consultation. Nueva York, Basic Books.

DURLAK, J.A. (1979). "Comparative erfectiveness of paraprofessoinal and professional helpers", Psychological Bulletin, 86, pp. 80-92

FAIRWEATHER, G.W. y TORNATZKY, L.G. (1977). Experimental methods for social policy research. Nueva Yoric, Pergamon

GARTNER, A. y RIESSMAN, F. (1977). Self-help in the human services. San Francisco, Jossey Bass.

GLIDEWELL, J. (1977). "Competence and conflict in community psychology." En ISCOE y cols., pp. 71-76. —— (1984). Training for the role of advócate. American Journal of Community Psychology, 12,193-198.

GOODMAN, G. (1972). Componionship therapy: Studies of structural intimacy. San Francisco, Jossey-Bass.

GOODSTEIN, L.D. y SANDLER, I. (1978). "Using psychology to promote human welfare: A conceptual analysis of the role of community psychology", American Psychologist, 33, pp. 882-892. (Traducido en Departamento de Psicología Social; Universidad de Barcelona.)

HATTDE, J.A.; SHARPLEY, C.F. y ROGERS, H.J. (1984). "Comparative effectiveness of profesional and paraprofessional helpers", Psychological Bulletin, 95, pp. 534-541.

HELLER, K. y MONAHAN, J. (1977). Psychology and community change. Home-wood, 111., Dorsey Press.

ISCOE, I.; BLOOM, B.L. y SPIELBERGER, C.D. (eds.) (1977). Community Psychology in transition. Nueva York, Hemispherc.

JAHODA, M. (1958). Current concepts of positive mental health. Nueva Yoik, Basic Books.

KNITZER, J. (1980). "Advocacy and the community". En M.S. GIBBS, J.R. LA-CHENMEYER y J. SIGAL (eds.), Community Psychology. Nueva York, Gardner Press.

LORION, R.P. (ed.) (1984): Training in community Psychology: Promises kept and yet to keep", American Journal of Community Psychology, 12, todo el número 2, pp. 133-260.

MORRIS, M. (ed.) (1987). "Field training in Community Psychology", Journal of Community Psychology, 15, número especial, pp. 362-428.

PERLMAN, R. y GURIN, A. (1972). Community organization and social planning, Nueva York, Wiley.

PRICE, R. H. (1983). "The educauon of a prevention Psychologist". En FELNER, R.D. JASON, L.A.; MORITSUGU, J.A. y FARBER, S.S., Preventivo Psychology. Nueva Yoik, Pergamon.

RAPPAPORT, J. (1977). Community Psychology: Values, research, and action. Nueva York,

Holt, Rinehart and Winston. —— (1981). "In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention". Discurso presidencial a la División de Psicología Comunitaria del APA. American Journal of Community Psychology, 9, páginas 1-25. —— (1987). "Tenns of empowerment. Exemplars of prevention: Toward a theory for Community Psychology", American Journal of Community Psychology, 15, pp. 121-144.

ROTHMAN, J. (1974). Planning and organizing for social change: Action principies for social science research. Nueva York, Columbia Univesity Press.

RUEDA, J.M. (1988). "El psicólogo y la intervención comunitaria. Problemas a debate , Apuntes de Psicología (,C.P.P. Andalucía Occidental), 24 pp 13-17

SÁNCHEZ VIDAL, A. (1985). Nuevos roles del psicólogo en la intervención psicosocial y comunitaria. Presentado en las I Jomadas de Salud Comunitaria (Sevilla).

SILVERMANN, W.H. (1976). "Hello! I-m a community psychologist and you're not!", American Psychologist, 31, pp. 741-742.

STENMARK, D.E. (1977). "Field training in Community Psychology" En ISCOE y cols., pp. 159-174.

WEBER, G.H. y McCALL, G.J. (eds.) (1978). Social scientists as advocales Beverly Hills, Sage.

ZAX. M. y SPECTER, G.A. (1979). Introducción a la Psicología de la Comunidad.México, El Manual Moderno (original en inglés, 1974).

ZOLIK, E.S. (1983). "Training for preventive psychology in community and academic settings". En FELNER y cols., pp. 273-289.

APËNDICES

Apéndice A
La red de servicios comunitarios en Cataluña: la ciudad de Barcelona

Esperamos que esta descripción (de elaboración bien laboriosa) sea de utilidad para ayudar a comprender como funciona (más o menos integradamente) la red pública de servicios comunitarios en un territorio concreto —Cataluña en este caso— con todas sus complejidades y particularidades. Esta descripción se ofrece, como ya se dijo, a título de ilustración, no necesariamente de prescripción válida para otras comunidades territoriales o sistemas sociales. La descripción que sigue es marcadamente esquemática y resumida en función del reducido espacio disponible.

1. Ayuntamiento de Barcelona

1.1 Servicios sociales

A. Servicios especializados

A) Drogodependencias

1) Como servicio especializado dentro de un centro de servicios sociales de base

El asistente social ha de saber detectar y/o derivar la demanda que se haga desde ese ámbito. Para ello recibe un curso de formación-mentalización sobre el tema. Los casos planteados son llevados por un equipo de profesionales. A pesar de que las demandas por un equipo de profesionales. A pesar de que las demandas muchas veces son inespecíficas (llegan sin hora solicitada, por medio de la información "boca a boca", etc.) la función básica de este contexto es la atención y derivación, si se cree conveniente, hacia otros servicios especializados. Por todo ello, podemos afirmar que el programa tiene una doble vertiente: Socio-Sanitaria a nivel de ciudad.

2) Servicios generales

Podemos distinguir los siguientes:

A) Fondo de documentación e investigación.
B) Prevención a nivel de ciudad.
C) Otros.
D) C.A.I.D. (Centro de atención e integración drogodependencias).
   a) Sants. Recursos disponibles: Centro de actividades y talleres.
   b) Sarria. Recursos: ídem.
   c) Garbi. Recursos: ídem más un taller para alcohólicos.
E) Recursos residenciales: Comunidad terapéutica y pisos terapéuticos.

Descripción general de funcionamiento: Se centran en tomo al C.A.I.D. que es el centro de Servicios Sociales responsables de la prevención y tratamiento en un sector o distrito de la ciudad. Está integrado por un equipo profesional interdisciplinar constituido por: Director del centro, médico, psicólogo, asistente social, educador y diversos monitores.

Cada CAID dispone como mínimo de un centro de actividades, aunque no siempre se encuentra ubicado físicamente en el mismo espacio. Se establecen niveles de coordinación con el conjunto de servicios sociales y con el resto de distritos a nivel de atención, prevención,

derivación y reinserción. Incluso dentro del propio territorio de intervención, realiza tareas de atención primaria, conocimiento de la realidad y necesidades, así como de ligazón entre los distintos proyectos de trabajo preventivo realizado entre distritos.

Poseen una doble movilidad funcional:

De abajo a arriba: Reunión del equipo de zona (semanalmente) con el objetivo de realizar Grupos de terapia, recursos, revisión de casos clínicos, dinámica general de funcionamiento y sesiones bibliográficas.

La documentación elaborada pasa al fondo de documentación del área y se puede consultar.

De arriba a abajo: El director del CAID se reúne con otros profesionales del programa semanalmente o cada 15 días y las cuestiones a trabajar se recogen en un grupo de elaboración o trabajo.

3) Servicios centralizados a nivel de servicios generales

Podemos distinguir los siguientes:

A) Recursos disponibles.

a) Voluntariado.

b) Familias sustitutivas.

c) Asociaciones.

B) Servicios disponibles. Programa especial.

a) Justicia: Juzgados y Audiencia Provincial.

b) Prisiones.

Las familias sustitutivas: Antes de iniciar una acción es necesario solicitar la autorización de la familia natural, generalmente son familias que acuden con el usuario, familiar suyo o no, y a partir de aquí se establece un vinculo terapéutico. En la actualidad se dispone de diversas familias sustitutivas en la ciudad que actúan como elemento de soporte durante 2-3 meses

Las asociaciones (Llevant, Fénix, etc.) se componen de ex-alcohólicos y ex-toxicómanos, así como por personas afectadas indirectamente o sensibilizadas por el tema (familiares, voluntarios, etc.). Su función básica es de autoayuda hacia los drogodependientes y sus familiares, sensibilizar a la población en general sobre el tema, presionar a la administración, buscar recursos, etc. También se trabaja con las asociaciones de vecinos de los distintos barrios.

Programas especiales: El tratamiento de los usuarios se realiza siempre en los CAID nunca dentro de los centros cerrados, aprovechando la legislación actual existente en este campo.

4) Tipos de intervención-abordaje

Se tiende a realizarlo desde el marco familiar, si éste no está muy desestructurado; si es así, se establece una familia sustitutiva o bien se determina el ingreso en Comunidad Terapéutica. Debe señalarse el PFS (Programa de familias solas); son casos especiales, hijos o penados que no desean ponerse en tratamiento, pero sí su familia.

Objetivos generales (divididos por áreas):

Drogas: Conseguir la independencia frente a las drogas y satisfacción por el nuevo estilo de vida.
Área social: Conseguir la participación e integración en la familia y nuevos grupos sociales.
Laboral: Asumir el trabajo como una necesidad personal y social.
Personal: Adquisición de una autonomía personal, a través del conocimiento y desarrollo de sus potencialidades.

Tiempo libre: Aprender a valorarlo, utilizarlo y disfrutar de él.

5) Utilización de recursos

Se utilizan dos tipos de recursos: Comunitarios o inespecíficos (centros cívicos, gimnasios, etc.) y específicos. De entre los últimos destacaremos tres:

Comunidad terapéutica: Durante el tiempo de permanencia no hay ningún contacto con la familia, dividiéndose el mismo en 3 fases según la evolución del usuario. Dos aspectos son básicos, la actividad comunitaria (tanto en el aspecto lúdico como en el laboral) y el establecimiento de normas generales de funcionamiento y su estricto cumplimiento

Centro de actividades: Lo componen un responsable del CAID, voluntarios con una dedicación de 1-2 horas semanales que, tras un cursillo de formación se encargan sólo de una actividad concreta y de un toxicómano rehabilitado.

Talleres artesanales (Harappa): Tiene como objetivos la promoción de conductas y actitudes prerequisitas para la resistencia al trabajo (responsabilidad, relación, rendimiento, etc.). Se utiliza un sistema de puntuación-recompensa, que llega hasta el 20 del volumen de venta Se les quiere preparar para el trabajo, no facilitárselo.

Destacaremos como servicio anexo el funcionamiento de un centro de acogida, cuyas funciones se detallan posteriormente.

b) INFANCIA Y ADOLESCENCIA 1) Estructuración

2) Niveles de intervención

— Tratamiento en medio abierto: Intervienen por programas ("Guanyem el carrer" —"ganemos la calle"—, etc.) de duración variable en el tiempo y espacio. Se utilizan los diversos servicios y equipamientos comunitarios a mano.

— Tratamiento intermedio: Se sustituye una parte del medio donde se mueve el niño. El tipo de equipamiento, generalmente, son especializados: Aulas-taller, centros abiertos, etc.

— Tratamiento sustitutivo: Se sustituye una parte del medio los tratos, etc. Se sustituye todo el entorno del niño temporal o definitivamente. Hay tres tipos de instituciones: Residencias, colectivos (pisos con educadores que acogen un máximo de 20 niños) y residencia rural (estructura y funciones similares a la residencia, pero en un marco rural).

3) Programas

Objetivos generales: Mejorar la calidad de vida incidiendo en el proceso de socialización, para convertir el niño en un ser autónomo.

Características de los programas: Se dirigen al menor y su familia dentro del marco comunitario de intervención.

Para conseguir los objetivos propuestos, se atienden los problemas que sufre el menor, poniéndolo en relación con su entorno. La atención se lleva a cabo mediante los equipos interdisciplinarios: Psicólogo, asistente social, educadores y otros trabajadores sociales.

4) Programas desarrollados

— Prospección de la demanda: Se pretende establecer una red de indicadores sobre la evolución de las necesidades sociales y los servicios ofrecidos dentro del ámbito. Los núcleos de intervención son los barrios, o las instituciones (guarderías, hospitales, etcétera).

—Talleres para padres: Se ofrece desde los CSS (Centros de Servicios Sociales de base) una plataforma de aprendizaje y relación con sus hijos. Se realiza a partir de cada CSS.

— Ganemos la calle: El objetivo es transformar el barrio convirtiéndolo en un espacio socializador. El ámbito es el barrio, la calle y el grupo natural de niños.
— Pequeños: Se trata de generar una estructura de acciones que potencien la acción socializadora de los padres, educadores, etcétera. Se interviene a partir de guarderías, asociaciones de padres, etc.
— Complementación escolar: Organizar la comunidad alrededor de la escuela, dando servicios y recursos a desarrollar en su interior. Lógicamente se trabaja a partir de las propias escuelas de EGB, FP y BUP.
—Jóvenes y adolescentes: Desde los CSS se realiza una oferta de servicios a este sector poblacional. Generalmente en colaboración con casas de juventud, asociaciones juveniles, mediante la creación de un centro de interés.
—Atención familiar: Crear o mantener en el CSS este servicio. Se interviene a partir del trabajador social en el seno familiar o mediante grupos de ayuda familiar.
— Vuelta a casa: Facilitar la vuelta al medio normalizado de aquellos niños institucionalizados. Principalmente procedentes de Hogares Mundet, y se trabaja con la familia y el propio niño.
— Atención personalizada: Evitando que ésta sea marginadora, interviniendo sobre niños y jóvenes que viven socialmente una determinada diferencia discriminadora (étnica, etc.).
—Edad conflictiva (14-16 años): El objetivo es la detección y trabajo sobre el absentismo escolar. Se interviene sobre el mismo grupo de edad.

5) Funciones del equipo responsable de los programas de infancia

Podemos distinguir básicamente cuatro: Recoger las diferentes iniciativas surgidas en cada zona de la ciudad, evaluar continuamente los programas llevados a cabo, apoyar los diferentes equipos en su trabajo cotidiano, y mantener y desarrollar iniciativas de coordinación con otras áreas municipales.

6) El saij

Está formado por un equipo interdisciplinar compuesto por psicólogos, asistentes sociales y educadores de calle. Es la unidad operativa mediante la cual se desarrollan los diferentes programas en una zona determinada. Sus funciones esenciales son: El conocimiento y la investigación de las características y el estado de los niños y jóvenes de su zona, para posteriormente poner en marcha proyectos con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Tanto uno como otro son documentados por el SAIJ a nivel de área central.

7) Distribución por edades

	Alto riesgo	conflictiva
0-5 años		
6- 14 años		
15 – 18 años		

c) REINSERCIÓN SOCIAL

1) Características generales

Se dirige a adultos sociales, con una de estas 3 características: desarraigo social, conducta sancionada como delincuencial y minorías étnicas (aún no se llega a esta ultima). El objetivo básico es potenciar la capacidad de auto nomía para vivir dentro del entramado social con sus características diferenciales individuales en ciertos casos.

Existen dos niveles de intervención: Centralizado, compuesto por servicios específicos (problemáticas graves que requieren un tratamiento y solución más especifica y concreta). Y. descentralizado: A partir del Servicio de la comun nlpdadlana' te la detección y propia solu(:ión del conflicto en la comunidad.

2) Programas que lo componen

• Atención al desarraigo social

Sin duda es el más antiguo, derivado de ""a legislación antigua sobre el tema. que obligaba a los ayuntamientos a tener albergues para indigentes. Acnialmente estos han pasado al gobierno autonómico (Generalitat). Se intenta el análisis de los indicadores de calidad de vida (paro, etc.) y tareas de upo preventivo dirigidas a población en alto riesgo.
Se dispone de los siguientes recursos: Convenio con un albergue de la población, una residencia para personas convalecientes y un centro de primeras atenciones para 18-20 personas cronificadas

• Relaciones con la justicia

Se parte de la hipótesis que la justicia se enmarca en una intervención de tipo resocializador del individuo, según define la constitución.

Sus objetivos son evitar que el ciudadano pase por las instituciones de control fuerte (prisión) en la medida de lo posible. Por otra parte, dado que la justicia penal incide principalmente sobre las clases más bajas, es necesario un programa formativo en la prisión y un trabajo coordinado para evitar la reincidencia.

Para desarrollar todo ello se dispone de tres equipos:

Equipo de trabajo en los juzgados de guardia. Integrados por asistentes sociales y educadores de calle. Se realiza una valoración socio-económica así como de los recursos disponibles y las posibilidades de actuación.

Equipo de asesoramiento en salas de audiencia. Formado por un médico y un psicólogo. Realizan informes y asesoran a los jueces sobre la problemática social sufrida por el sujeto.

Equipo de instituciones carcelarias. Formado por psicólogo, asistente social y educadores de calle. Sus objetivos son el mantener la prisión en su situación actual e integrar la persona en la sociedad mediante el equipo de enlace:

TRABAJO EN LA PRISIÓN | EQUIPO DE ENLACE RED SERVICIOS SOCIALES |

Las áreas básicas de intervención se realizan a 4 niveles: laboral, tiempo libre, cultura y

familia. La intervención se realiza siempre fuera de la institución carcelaria: permisos, libertad en tercer grado, etc.

• Centro de acogida

Está integrado por educadores especializados, psicólogo, monitor y médico (con funciones de supervisión de usuarios). Su objetivo fundamental es motivar a los usuarios en el abandono de las drogas y su reinserción social La duración máxima de la estancia, en régimen cerrado, es de 3 semanas Las áreas básicas de intervención son: talleres laborales (aprendizaje de horarios y hábitos laborales), desarrollo de hábitos de convivencia y autonomía personal (hábitos de limpieza, respeto por las normas, etc.), integración cultural Quegos, lecturas, reciclajes...), vivenciar el tiempo libre (elaboración y ejecución de fiestas, actividades de ocio, charlas recreativas...) como alternativa al consumo de tóxicos o/a actividades delictivas, terapia grupal- y finalmente, desarrollo del deporte (2 actividades diarias de deporte).

El ingreso en el centro se realiza a través de la red de Reinserción o Drogodependencia.

• Programación de relación con los cuerpos de seguridad

Principalmente de coordinación con la guardia urbana. Se desarrolla a dos niveles:
Organismos centrales: Una persona de servicios sociales y otra responsable de Guardia Urbana (GU).
Distritos: Coincidencia en determinados proyectos como absentismo escolar, drogas, disminuidos, etc.

La función básica de este programa es la prevención, para evitar que problemas sociales degeneren en conflictos de seguridad ciudadana, como consecuencia de su grado de carencia de bienestar e integración social Las demandas genéricas y principales que se realizan desde la GU son la información y la coordinación con los asistentes sociales en las diferentes zonas de la ciudad.

• Servicio de atención a las víctimas del delito. Programa compartido con la Comisión Técnica de Seguridad Urbana de Barcelona.

Tiene como objetivo fundamental el proporcionar información a toda víctima de una actividad delictiva, de sus derechos y formas de hacerlos efectivos. Se favorece la reintegración de la víctima en su entorno, mediante una intervención conjunta con Servicios Sociales, Policía y voluntariado En situaciones de clara conflictividad, como por ejemplo, problemáticas vecinales, se establecen mecanismos de conciliación evitando, siempre que sea posible la degeneración de los problemas que generalmente desembocan en un litigio penal.
Se realiza una intervención de crisis, en aquellos casos que por su gravedad se considera relevante (violación, malos tratos, etc.). Finalmente se mantiene una información jurídica continuada, si la víctima carece de abogado particular o de oficio.

d) VEJEZ

1) Estructuración

2) Niveles de asistencia (según la ley)

Existen dos tipos:
— Equipo de base: Se realiza una intervención de tipo primario y polivalente. Está integrado por: Informadores (una o más personas en cada distrito) y un equipo técnico (integrado por psicólogos y asistentes sociales, con el objetivo de recoger información sobre las problemáticas planteadas y realizar una valoración antes de intervenir).
— Equipos y servicios especializados: Residencias, casas de tercera edad etc. Actúan como prolongación-especialización de los servicios de base.

3) Red de servicios municipales

— Residencias

Realizan una función sustitutiva del hogar que, por diversas circunstancias no puede ser utilizada como recurso integrador (dificultades físicas, falta de familia, recursos económicos escasos, etc.). Existen 4 tipos según la capacidad y servicios prestados:
— Residencia de zona: Para personas con déficits funcionales importantes. Su capacidad es de 50 personas. Es necesaria su articulación a nivel del conjunto municipal.
— Miniresidencias: Para 10-15 personas como máximo, son servicios de mantenimiento (pisos principalmente). Se utilizan para personas sin dependencia funcional.
— Residencia-institución: Dispone de personal de hostelería y sanitario. Proviene de las antiguas instituciones en este ámbito (asilos). Sólo existe una en toda la ciudad.
—Apartamentos: Apartamentos normales, equipados para la vida individual o de pareja. Son utilizados para personas independientes funcionalmente pero sin recursos económicos.

Casas de tercera edad

Son centros de acogida, diversión y convivencia. Hay de tres tipos:
— Casas del barrio. Se encuentran enclavados en su ambiente, realizan actividades propias y funcionan como una entidad más del barrio. Actualmente dependen de cada distrito exclusivamente. Se les dota de una subvención para su autoorganización y gestión interna.
— Casa-Residencia. Se encuentran enclavadas físicamente dentro de las residencias de zona. Actúan como un servicio de animación externas a la propia residencia y apoyan a ésta como un servicio de animación e integración en el conjunto del barrio.
— Casa de tercera edad en un Centro Cívico. Son espacios de los distintos CC (Centros Cívicos) existentes, evidentemente en función de su capacidad, y destinados a esta trama de edad. Realizan actividades propias, pero se tiende a que las realicen de forma integrada con la totalidad del centro, facilitando la interrelación generacional.

Actividades

— Art. 3: Se desarrollan actividades manuales, artesanales y culturales.
— Esport. 3: Actividades físicas para personas de 3' edad.

4) Relaciones con otras redes de servicios

Principalmente encontramos de 4 tipos: Autonómicas, Diputación privadas, y Cajas de Ahorro.

De entre ellas destacaremos los "Clubs de tercera edad", aquellos pertenecientes al Gobierno Autónomo poseen la misma estructura que los municipales, pero más numerosos (pueden llegar a los 15.000 socios con un volumen diario de 2.000 personas). Su número, en contrapartida, es más reducido. La Diputación por su parte interviene a nivel de residencias individuales (hay 4 o 5 con una capacidad de 50 personas). Debemos exceptuar la residencia de Hogares Mundet. También debemos citar las diferentes intervenciones desde las obras sociales de las cajas de ahorro en este campo, así como de las diferentes parroquias.

Finalmente, destacar las residencias de tipo municipal o privadas, así como la experiencia piloto del Gobierno Autónomo de una residencia muy asistida en este campo.

e. SERVICIOS DE ATENCIÓN SOCIAL DIRIGIDOS A LA MUJER

Sus objetivos básicos son: potenciar la participación de la mujer en la vida social, económica y política, en condiciones de igualdad con el hombre, informar de sus derechos, y finalmente, establecer una red de equipamientos que faculten su vida cotidiana, especialmente en aquellos casos más desfavorecidos.

Los servicios principales son:

— Centro de información y urgencias para la mujer: posee una doble vertiente, como servicio de información y en segundo lugar como centro de acogida de duración corta. A él pueden acudir mujeres maltratadas y/o violadas sin recursos personales. Se incluye también a todos aquellos familiares a su cargo (generalmente hijos). Su capacidad es de una veintena de plazas y se atiende prioritariamente a aquellos casos más graves o urgentes.

— Centro de documentación de la mujer: informa al conjunto ciudadano femenino de todos aquellos aspectos (estudios, folletos, ponencias, etc.) que puedan resultarles necesarios.

— Centros de orientación y planificación familiar: ofrecen información sobre métodos anticonceptivos, sexualidad, atención ginecológica, etc. Todo ello desde un enfoque social y de promoción de la mujer y de la pareja.

B. SERVICIOS SOCIALES DE BASE

Definición

Es el marco municipal donde se desarrollan las competencias locales en el área de Servicios Sociales en una determinada zona de la ciudad, de acuerdo a las líneas técnicas marcadas por los profesionales competentes en su ejecución. Por otra parte se establecen diversos niveles de coordinación con el resto de CSS (Centro de Servicios Sociales de base).

A pesar de encontrar diferencias y deficiencias importantes en el volumen de profesionales dedicados actualmente, podemos establecer un criterio básico según el esquema siguiente, así como un ratio según la problemática social de los diferentes barrios o distritos. Por ejemplo: Escasamente problemática, 1/50.000; altamente problemático, 1/11.000.

Los profesionales de Serv. Soc. en los distritos municipales

Es importante destacar el papel que juega la informadora del Centro de Servicios Sociales. Su papel de orientación e información iniciales hacia el usuario, u otros profesionales de otros Servicios, permite una correcta atención y derivación hacia el técnico responsable del interior del Centro.

1.2 DEPORTES

1.2.1 Dotación-utilización infraestructural

1. Servicio de arquitectura e ingeniería: Se encarga de la construcción y remodelación de instalaciones deportivas.
2. Servicio de instalaciones: Se encarga tanto de la gestión de instalaciones cedidas como no cedidas.
_ Instalaciones cedidas: Son todas aquellas dependientes de los diferentes distritos de la ciudad. Se realiza una cesión de utilización por parte de asociaciones deportivas de los distintos barrios en que se hallan ubicadas. Esto se realiza mediante un pliego de condiciones y una comisión de seguimiento.
_ No cedidas: Son todas aquellas que por sus dimensiones o complejidad son utilizadas por el conjunto de ciudadanos.

1.2.2 Actos deportivos

1. De ámbito de ciudad: actividades de élite o populares. Puede haber tanto de organización directa como en colaboración con otras entidades. Ambas se desarrollan con el soporte infraestructural, económico y organización del área.
2. De interés o ámbito de distrito: Similares funciones.

1.2.3 Otras actividades y/o servicios

1. Documentación y estudios: sobre el ámbito deportivo, susceptible de ser utilizado por el conjunto de la población.
2. Deporte para todos. Especial atención debe tener este programa por su incidencia, desarrollo y características de aplicación. Su objetivo es el desarrollo de actividades deportivas de base al máximo de población posible, sin diferencias de rendimiento y favoreciendo la actitud de tiempo libre participativo. Para ello el área dota a las asociaciones responsables (ACET "Associació Catalana d' Esports per a Tothom" —"Asociación Catalana del Deporte para Todos"—, principalmente) de subvenciones económicas, instalaciones deportivas o soporte diverso (trofeos, etc.). Siempre dentro del ámbito de actividades deportivas de base.

Para el desarrollo del programa se utilizan las EIE (Escoles d' Iniciació Esportiva, Escuelas de Iniciación Deportiva) con diferentes actividades dirigidas a niños, adultos, jóvenes e incluso tercera edad. Con el objetivo de promover la participación y especialmente la integración de las personas con disminución en la práctica deportiva y la relación social.

Otros programas son:
Campaña de deporte estival: Generalizadas (dentro de las EIE) o especializadas (cursos específicos).
Soporte a las federaciones deportivas especiales (físicas, psíquicas v sensoriales).
Promoción popular de deportes minoritarios: Hípica, tenis, etc.
Deporte escolar (campaña en colaboración con el gobierno autonómico): Formación de técnicos, dotación de instalaciones y de material. monitores de base, intercambios deportivos, etc.

El profesional responsable técnico de los programas se denomina "animador deportivo", y su calificación varía mucho: Desde licenciado en INEF (Instituto Nacional de Educación Física) a un simple voluntario con gran experiencia práctica en el campo.

1.3. CULTURA. CENTROS CÍVICOS

1.3.1 Definición

Equipamientos municipales que prestan servicios públicos destinados a impulsar e incrementar la vida asociativa y cultual de un territorio (barrio o distrito) de la ciudad. 1.3.2

Características

Es la sede de una serie de servicios ofrecidos de forma estable y unitaria Actúa como un centro de reunión e intercambio espontáneo. La prestación de servicios al usuario tiene un carácter socio-cultural. Está dotado de espacios en los cuales se pueden desarrollar las actividades producidas por usuarios o técnicos de forma continuada desde el principio de la diversidad

1.3.3 Funciones

Recoger las iniciativas culturales que surgen libremente entre los vecinos o entidades del barrio. Promueve todo tipo de actividades culturales. Ofrece actividades a nivel de barrio o ciudad. Estimula todo tipo de actividades populares de espectro amplio. Debe servir de base al desarrollo comunitario como espacio de compartir cultura creadora. Lugar donde se desarrolla un tiempo libre activo y creador. Finalmente, como espacio de encuentro debe facilitar la comunicación y la relación entre los ciudadanos.

1.3.4 Profesionales implicados

Por la complejidad y variación de temas podemos encontrar un amplio espectro: Psicólogos, pedagogos, maestros, educadores de calle, animadores deportivos, comunitarios, socio-culturales, etc.

1.3.5 Niveles de intervención

Podemos diferenciar 2 tipos: Grandes complejos (donde se pueden desarrollar las actividades propias del barrio y aquéllas otras de ámbito de ciudad), pequeños centros (dónde, en función de sus dimensiones, queda constreñida su actividad a la intervención de ámbito barrio).

1.3.6 Tipología de espacios

Hay de dos tipos: Abiertos y cerrados. Los primeros (ludotecas o espacios de juegos, casas de tercera edad, y similares) se dedican normalmente a una o diversas actividades, pero que son utilizados como espacios exclusivos por un grupo determinado de usuarios. Los espacios abiertos (como salas de reuniones, de actos masivos, etcétera) dónde la utilización es indefinida, tanto en lo referente al grupo de usuarios como de actividades a desarrollar. La tendencia futura es a que todos se conviertan en abiertos.

1.3.7 Estructura

1.4 JUVENTUD

1.4.1 Oferta de actividades de verano

a) Animación en la ciudad: Casas de Verano, rutas turísticas por la ciudad, etc.
b) Fuera de la ciudad: Colonias, campamentos, estancias de arte y creatividad, etc.
Objetivos: Aportar elementos lúdicos y de animación, dar soporte al proceso de socialización de todo usuario, y responder a los intereses concretos de las personas.

1.4.2 Equipamientos urbanos

Básicamente se centra en una red de casas infantiles y juveniles. Se trata de equipamientos estables, dotados de infraestructura y profesionales (animadores socio-culturales), susceptibles de ser utilizados por todas aquellas personas del barrio en el cual se halla inserto. Interviene en el tiempo libre de niños y/o jóvenes, promoviendo su utilización positiva y las relaciones interpersonales.

Encontramos los siguientes ámbitos de intervención: Punto de encuentro entre los usuarios; utilización masiva de todos los recursos allí disponibles; información dirigida a todos los jóvenes del barrio y la realización directa de actividades (lúdicas, de animación, etc.).

1.4.3 Información para jóvenes

Ésta se realiza a partir de dos ámbitos:
a) CIAJ (Centro de Información y Asesoramiento para Jóvenes). Objetivos: Información sobre todos aquellos programas y recursos dirigidos a jóvenes, tanto de la ciudad como de fuera.

Áreas de información: Asesoramiento (tiempo libre, drogodependencias, sexualidad, etc.), orientación profesional y documentación.
b) Puntos de información en los Institutos de Enseñanza Media. Poseen similares objetivos y ámbitos.

1.4.4 Planes de ocupación juvenil

Objetivos: Lograr una cualificación técnico-profesional de los jóvenes entre 16 y 25 años, realizando prácticas de inserción y participación social, promoción cultural, animación y proyectos socio-económicos e impulso de la autoorganización juvenil.

Programas:
a) De soporte a las iniciativas empresariales y autoocupacionales entre los jóvenes: Tras la recepción y aprobación de los proyectos presentados, se realiza un soporte formativo y una puesta en marcha mediante un seguimiento gerencial compartido.
b) Aprendizaje de oficios en colaboración con organizaciones empresariales y empresas de la ciudad: Trabajo real en las mismas, con sesiones teórico-prácticas sobre el oficio y con un seguimiento constante por parte de un tutor.
c) Programa de prácticas en colaboración con entidades sin afán de lucro:
Se desarrolla una actividad en la propia entidad, dentro de un proyecto determinado y bajo la tutoría de un técnico de la propia entidad. Se dirige a aquellos jóvenes cualificados profesionalmente, pero sin experiencia práctica1

2. DIPUTACIÓN DE BARCELONA

2.1 SERVICIOS SOCIALES Y DEPORTES

No se realiza una intervención específica, su ámbito de actuación se centra prácticamente y de forma exclusiva en una función de soporte y asesoramiento a nivel infraestructural, económico o formativo

Al margen, existen algunos centros derivados de competencias pasadas de las cuales son responsables. No obstante, la utilización, diseño de intervención y planificación se lleva a cabo tanto desde los ayuntamientos como desde el Gobierno Autónomo con la supervisión de los diversos servicios responsables del ámbito concreto a nivel de la Diputación provincial.

2.2 PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

2.2.1. Instituciones implicadas: Públicas (Diputación, Generalitat y Ayuntamiento), y privadas. La seguridad social subvenciona centros y actividades desde 1984.

2.2.2. Criterios de consulta: Existen tres diferentes:

a) Asistencia: Principalmente a partir de los CAP (Centros de Asistencia Primaria). Su equipo está integrado por psiquiatra, psicólogo clínico y asistente social. Su actividad esencial se dirige hacia la prevención y posteriormente la reinserción social del paciente psiquiátrico.

También existen ambulatorios en las diferentes UTH (Unidad de Trata miento y Hospitalización), en ambulatorios de la Seguridad Social y en las consultas externas de los Hospitales Generales. Su función esencial es el tratamiento ambulatorio de aquellos pacientes con sintomatología psiquiátrica.

Finalmente encontramos los Hospitales de Día) cuya función esencia! es la rehabilitación funcional del paciente.

b) Urgencias. Actualmente se contemplan como tal sólo las UTH y las URR (Unidad de Rehabilitación y Tratamiento). Todas ellas interconexionadas a partir de una red municipal y privada de ambulancias c) Media estancia: Se realiza completamente en las URR. En ellas se realiza el tratamiento en una institución cerrada.

2.2.3. Criterios de estancia: En las UTH el período máximo de estancia es un mes. En las URR es superior a ese período, aunque actualmente coexisten con enfermos mentales hospitalizados de por vida. Finalmente en los
Hospitales de Día hay servicios diurnos todos los días laborables de 8 a.m. a 8 p.m. y en principio sin una duración máxima de asistencia al mismo.

2.2.4. Sectorización: Coexisten diversas redes en función de las diversas instituciones implicadas. Actualmente se ha mejorado sustancialmente este campo, mediante convenios institucionales y la estructuración por niveles de atención.

2.2.5. Algunos ejemplos de centros de asistencia:
UTH: Hospital Clínico Provincial (Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica).
URR: Centro Psiquiátrico de Pere Mata.
UTH-URR: Hospital Psiquiátrico de Sant Boi.
UTH-HOSPITAL GENERAL: Hospital del Mar.
UTH en Hospital de la Seguridad Social: Hospital de Bellvitge.

2.2.6. Gráfico de la red asistencial

2.2.7. Descripción de los servicios

CAP: Es un centro de asistencia primaria. Hay uno por cada zona (este concepto varía mucho desde un distrito municipal de Barcelona, una comarca o una ciudad) en función de parámetros diversos. Algunos de ellos son:
Cantidad de población, distancia territorial a cubrir, volumen de la patología detectada, etc. Así, cada comarca dispone de un CAP o dos y varía igualmente en función de la ciudad concreta de que se trate. Sus funciones básicas son la prevención y el tratamiento ambulatorio.

UTH: Sus funciones básicas son el tratamiento y la hospitalización transitoria del enfermo. A nivel espacial puede coincidir con las URR.

URR: Es una unidad de tratamiento a medio plazo, con los objetivos de tratamiento en régimen cerrado y la reinserción comunitaria posterior al internamiento del enfermo.

Hospital de Día: Tiene funciones asistenciales y de tratamiento en una zona determinada, actualmente se quiere dotar a cada una de las "zonas", antes descritas conceptualmente, de su propio centro. Su horario es diurno de 9 a 15 horas.

Centro de Día: Se ofertan servicios específicos dirigidos a esta población.

2.2.8. Profesionales implicados

Existen varios desde la vertiente más médica (psiquiatras, internistas, etc. o auxiliares de clínica y ATS) a otro tipo más social: Psicólogo (algunos de ellos con funciones y especialidad clínica exclusiva), asistentes sociales, etc.

2.2.9. Formas de acceso-ingreso: Voluntariamente o mediante orden judicial acudiendo al servicio de urgencias que le corresponde por zona de residencia.

3. GENERALITAT DE CATALUNYA

3.1 ICASS (Instituto Catalán de Servicios Sociales)

A. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

En un instituto de gestión que realiza la planificación desarrollada desde la Dirección General de Asuntos Sociales de la Generalitat.
Existen 4 servicios territoriales, uno por provincia. En Barcelona, además de los territoriales, se concentran los centrales para toda Barcelona.

B. NIVELES DE SERVICIOS

Existen de dos tipos:

1) Centros de atención primaria: Dependen de los ayuntamientos. Se integran en ellos los siguientes profesionales: Un asistente social, un educador especializado, y un trabajador familiar. El ICASS realiza un soporte de tipo técnico y formativo.

2) Centros de atención especializada: Existen los siguientes: Vejez (casas de tercera edad, en un total de 55; residencias asistidas y la reconvertida red del INSERSO -Instituto Nacional de Servicios Sociales-); disminuidos (talleres, centros de asistencia y centros de certificados de minusvalía); infancia (miniresidencias y comunidad educativa); drogodependencias, transeúntes y

finalmente, 2 centros de asistencia (El Pomar y Sant Boi) gestionados por los propios municipios, dotándose de sus propios objetivos de intervención

C. TIPOLOGÍA DE CENTROS

l) Centros Propios son aquellos de Propiedad y gestión por parte del ICASS. Abarcan todos aquellos citados en el punto anterior.
2) Centros subvencionados:

Disminuidos: Centros médicos de rehabilitación, talleres de servicios asistenciales, con gestión empresarial (97), residencias, con características de mayor o menor grado de cierre, en función de las características de la población a asistir, finalmente los "espiáis" (centros y actividades de recreo y expansión) en un total de 15.

Vejez: Residencias, en un total de 160. Actualmente se está elaborando un registro de las mismas, donde se incluirían tanto las subvenciones como las que no lo están. La función básica es el control del nivel o calidad de la asistencia prestada así como el establecimiento de una normativa básica (salubridad. personal, etc.). Las casas de tercera edad están dotadas de 400 000 ptas para el conjunto de actividades anuales.

Infancia: Centros abiertos (27), pretalleres (36), hogares "bressol"-cuna— (4) con un carácter eminentemente social, hogares familiares (8) —son aquellos hogares que actúan como sustitutivos a los hogares familiares-hogares de grandes dimensiones (2) y finalmente guarderías (234) que pasarán al ano siguiente al Departamento de Enseñanza de la Generalitat.

3) Las funciones: Para ver sus funciones actuales se puede consultar el apartado correspondiente a la red municipal, pues son idénticas. En cualquier caso, el ICASS establece las condiciones precisas para cada centro y posteriormente establece un seguimiento continuado individualizado, con el objetivo de establecer una normativa específica en cada uno de ellos.

D. PROGRAMAS ESPECIALES

Existen más de una docena, entre los cuales destacaremos:

1) Concretos: Asociaciones gitanas, Instituto Lambda (información, asesoramiento y elaboración de actividades en la esfera de la homosexualidad), etc.

2) Caritas: Su tarea es un punto intermedio entre la sociedad y la administración. Se realiza un control de la calidad de los servicios ofrecidos, permite una estabilidad y continuidad de los mismos y al mismo tiempo dispone de una autonomía importante.

3) Drogas: Es una actuación socio-sanitario. Sus programas son desarrollados por equipos concretos de intervención. Se utilizan convenios con Ayuntamientos e instituciones privadas. El decreto psicosanitario establece los órganos básicos y el tipo de inspección a desarrollar.

4) Planificación para parados de larga duración: Se intenta su reinserción social a partir de la puesta en contacto con Asistencia Social de algún comedor público. Se desarrolla un plan de intervención individualizado, favoreciendo la adquisición de hábitos laborales, y la reintegración en las actividades socio-culturales de la comunidad.

5) Información sobre el SIDA: Se trata de asociaciones o comités de ámbito privado, subvencionados por la Generalitat. Entre ellos destacaremos: Comité Ciudadano de Lucha Contra el Sida, Instituí Lambda, Grup de Gais per la Salut, la Asociación Ciudadana Anti-Sida y el Gabinete Sida/Studi. Dicha información se dirige tanto al propio portador de la enfermedad como a familiares, vecinos, amigos, etc. Se asesora sobre: las características y evolución de la enfermedad, contagio y prevención, así como detección de situaciones, etc.

E. ESTRUCTURA GENERAL

Dirección Gral. del Instituto Catalán de Asist. y Serv. Sociales (I.C.A.S.S.)
Serv. territoriales Girona, Lleida, Tarragona Subdirección General de Asist. y Serv. Sociales
Serv. de Servicios Soc. de Aten. Primaria Serv. de atención a la vejez.
Serv. de atención a las personas disminuidas

3.2 DIRECCION GENERAL DE INFANCIA, EQUIPOS DE ATENCION A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (E.A.I.A)

3.2.1 Objetivos

Prevenir los déficits sociales de los menores que se encuentran en entornos socio-familiares y comunitarios que puedan incidir negativamente sobre su personalidad.
Paliar los défícits sociales de los menores que se encuentran en esta"
Promover su bienestar con el fin de lograr su pleno desarrollo personas y asesoramiento a los en de infancia y adolescencia en alto nesgo, en cada territorio.

3.2.2 Composición profesional

Cada EAIA dispone al menos de un psicólogo. 1 pedagogo 1 asistente social, 1 coordinador del equipo. Excepcionalmente, en función de la problemática poblacional observada, puede desarrollar su actividad un psicólogo clínico, especialista en infancia y juventud.

3.2.3 Funciones

Lugar de información, orientación y asesoramiento respecto a los problemas infantojuveniles en alto riesgo social
Orientar colaborar en la evaluación y elaboración de programas de intervención a partir de las demandas surgidas de los SSAP (Servicios Sociales de Atención Primaria).
Colaborar en el desarrollo de tratamientos y medidas asistenciales
Seguimiento y control de tratamientos y medidas asistenciales. ya sean prestados por medios propios o ajenos.

3.2.4 Actuación de soporte

Se da a tres niveles:
1) Comunitario: Diseño de actuación, información y orientación
2) Institucional: Tanto públicas como privadas, colaborando con servicios específicos del Departamento de Justicia.
3) A otros profesionales: Colaboración con la Dirección General de Servicios Sociales, coordina los diferentes técnicos del ámbito de Bienestar Social que intervienen en este campo, etc.

3.2.5 Estructura

Se desarrolla a nivel de comunidad autónoma, previéndose inicialmente un total de 19 áreas territoriales a nivel supracomarcal o municipal.

3.3 SANIDAD RED DE DROGODEPENDENCIAS

3.3.1. Objetivo: Aprovechar de forma más coherente o reforzar todos aquellos recursos tanto del ámbito de actuación local como aquellos más próximos al ciudadano.
3.3.2. Niveles de actuación.
1) Asistencia.
Asistencia primaria.
Es necesario conectar:

Serv.Comunitarios Centro S.S. atenc. primaria
Individuos | Centro Asist. Sanit. primar. C•A•S•
Grupos

Así la atención primaria es tanto sanitaria como social. A veces se dan más en el mismo espacio físico y con los mismos profesionales; en cualquier caso la coordinación es necesaria,
Atención secundaria: incluye 4 niveles:

Segundo nivel: En éste se pueden incluir los centros de atención y seguimiento (CAS) así como los centros de tratamiento (CT).

El primero depende de los ayuntamientos y tienen una función importantísima al actuar como centro de referencia para toda la red: Acogen las demandas de atención especializada de los drogodependientes o sus familias, programan el proceso terapéutico y derivan hacia los otros niveles de la red si es necesario. Encontramos una doble vertiente importante: Atención a aquellos usuarios impedidos de acudir al servicio por cualquier motivo, y su actuación como centros pilotos de nuevas experiencias.

Los equipos están integrados por: Médico, psicólogo, asistente social, ATS y auxiliar administrativo, con una experiencia mínima de dos años y una dedicación semanal de 25 horas. Los segundos, iguales que los CAS en lo referente a estructura, se concentran sólo en los aspectos concretos de tratamiento, sin asumir ningún papel de coordinación.

Tercer nivel: Se incluyen las unidades hospitalarias de desintoxicación y las comunidades terapéuticas.

En las primeras, la desintoxicación se lleva a cabo en un marco hospitalario normal, cosa que viene determinada por el entorno socio-familiar del drogodependiente y tras la incapacidad de lograr la desintoxicación en régimen ambulatorio.

En las comunidades terapéuticas el ingreso es voluntario, es un medio aislado con ambiente terapéutico y de ingreso relativamente largo. Durante su instancia se intenta modificar el comportamiento individual. El equipo terapéutico esta constituido por médicos, psicólogos y educadores principalmente. Se establece en función de un ratio o número de plazas

Cuarto nivel: Centros dispensadores de metadona Se seleccionan previamente aquellos drogodependientes susceptibles de ser integrados en este programa concreto.

Quinto nivel: hospital de Día- véase programa de drogodependencias
Atención terciaria.
Sexto nivel: Actividades de reinserción social. En él se integran los Centros de actividades, pretalleres y talleres terapéuticos, pisos intermedios, familias de acogida y otras actividades (para más información véase red municipal).
2) Otros aspectos. En ellos podemos incluir el apoyo al asociacionismo surgido de este campo de intervención, la docencia e investigación anual da y un programa interdepartamental: Justicia (prisiones y menores de edad). Gobernación, Enseñanza y Juventud, menores.

3.4 JUSTICIA JUVENIL

3.4.1 Características

Proceden de los antiguos Tribunales Tutelares de Menores, los cuales solo mantienen las funciones cuando la conducta del menor sea considerada delito por el código penal.

Las funciones básicas de la Dir. Gral. de Justicia Juvenil son:

Observación y custodia de los menores puestos a disposición de los Juzgados de menores, si es necesario.

La ejecución de las medidas y a aplicar en medio abierto que sean dictadas por los Juzgados de Menores o por otros órganos jurisdiccionales.

Soporte a los procesos de reinserción.

3.4.2 Servicios y profesionales

a. Sección de Asesoramiento y de Inspección. Su función es exigir el cumplimiento de los principios contenidos en la ley de protección de menores respecto de los derechos y garantías del menor

b. Equipos de Atención Inmediata. Su función básica es de asesoramiento al Juez. Conformado por psicólogo, Asist. Social, profesional de la educación y un jurista.

c. Servicio de Medio Abierto. Se encarga de la ejecución de las medidas de libertad vigilada. Las diversas tareas son desarrolladas por los Delegados de Asistencia al Menor (DAM). Cada DAM forma parte de un equipo de zona con un total de 6 ó 7 y desarrolla sus funciones en un sector de la misma. Cada equipo dispone de un coordinador o responsable. En total existen 13 DAM en Barcelona y 2 Deleg. de Zona y 35 DAM y 6 deleg. de zona en el resto de Catalunya.

Es un profesional que sirve de vehículo de relación entre la autoridad judicial y el medio social. Realiza un seguimiento del menor en su medio natural con objeto de facilitarle un proceso de autonomía personal y de socialización, de darle soporte en el remonte de la situación conflictiva y de sus condiciones personales, asegurando el normal desarrollo de su proceso evolutivo.

b. Servicio de Centros. Se encargan de ejecutar las medidas de internamiento en los Centros. Para ello dispone de:

Equipo en los Servicios Centrales: Psicólogos, pedagogos y asistentes sociales.

Unidad técnica de la Secc. de Observación y Tratamiento: Psicólogo, 2 pedagogos y 1 Asist. Social.

En cada Centro existe un equipo interdisciplinar compuesto por: Asist Social. Médico, Psicólogo, Maestro y Educador.

Finalmente, podemos distinguir diversas tipologías de centros:

3.5 LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PSICO-PEDAGÓGICOS

Se ubican distribuidos por zonas o territorios, responsables del asesoramiento hacia los distintos Centros Educativos en él situados. Se atienden las necesidades o problemas allí donde se producen y en el momento en que éstos se manifiestan.

Sus funciones esenciales son: Asesoramiento al profesorado respecto a problemáticas educativas, la prevención educativa en el medio escolar, social y familiar, la detección de los trastornos del desarrollo, la valoración de las necesidades educativas y de sus posibilidades, la

elaboración y seguimiento de un Plan de Desarrollo Individual (PDI), y la orientación escolar, vocacional, y personal.

Es importante destacar que existen, sino diferencias sustanciales entre equipos, sí metodologías diferentes así algunos de ellos realizan terapias o reeducaciones en sus centros, es decir, un trabajo más volcado hacia el interior, mientras otros, lo hacen hacia el exterior: orientación y asesoramiento hacia el profesorado participación en reuniones con los padres de los alumnos, supervisión en la ejecución por parte del profesor del PDI elaborado, 6tC.

Hay 4 profesionales en cada equipo: Pedagogo, psicólogo, asistente social y médico.

Aunque la mayoría de ellos están gestionados económicamente por el Gobierno autónomo, el resto depende de los Ayuntamientos, que actúan en este caso como "completadores" de la red de servicios.

Referencias bibliográficas Sánchez Vidal A.

Sánchez Vidal A. «Origen, justificación y estatus actual». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «La Comunidad ». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. « Salud mental positiva: Conceptos y criterios». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Psicología Comunitaria: Definición y características». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. « Otros conceptos y modelos teóricos en psicología comunitaria». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Rivera Medina E. & Serrano García I. « La Psicología de comunidad en América Latina». En: Sánchez Vidal A. «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Evaluación comunitaria: Necesidades y programas». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Intervención comunitaria: Concepto, proceso y panorámica». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Prevención». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. « Intervención de crisis y terapias breves». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Consulta ». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sales J., Boix F. & Sánchez A. «La comunidad terapéutica». En: Sánchez Vidal A. «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Ayuda mutua (auto-ayuda)». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Rueda Palenzuela J. «Desarrollo de comunidad y acción social urbana». En: Sánchez Vidal A. «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.

Sánchez Vidal A. «Rol y formación del psicólogo comunitario». En: «Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención». Ed. Promociones y Publicaciones Universitarias S.A. 1991. Barcelona. España.