

# Psicologia comunitària de la salut

Leonor M. Cantera Espinosa

P01/10050/00966



# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>Objectius</b> .....	6
<b>1. Comunitat i salut</b> .....	7
1.1. Fonaments comunitaris de la salut .....	8
1.2. De la biopsicopatologia clínica a la biopsicosociologia comunitària .....	11
1.2.1. El context d'emergència als Estats Units .....	12
1.2.2. Factors externs socioculturals .....	12
1.2.3. Evolució general de les disciplines, professions i serveis .....	14
1.2.4. Crisi del model biomèdic tradicional .....	16
<b>2. Recursos teoricometodològics de la psicologia     social comunitària de la salut</b> .....	21
2.1. Prevenció .....	21
2.2. Estrès psicosocial i intervenció en crisi .....	23
<b>Resum</b> .....	27
<b>Activitats</b> .....	29
<b>Exercicis d'autoavaluació</b> .....	29
<b>Solucionari</b> .....	31
<b>Glossari</b> .....	31
<b>Bibliografia</b> .....	31



## Introducció

En el camp de la “**comunitat**” conflueixen línies d’investigació i intervenció desenvolupades des de diverses disciplines. En psicologia comunitària, coexisteixen nombrosos marcs conceptuals, amb els seus respectius enfocaments teòrics, nocions fonamentals i estratègies d’anàlisi i d’actuació.

En aquest mòdul, estudiarem l’emergència de la psicologia comunitària de la **salut** com a exemple bàsic dels desenvolupaments de la mateixa psicologia comunitària en altres àmbits.

Tractarem, en primer lloc, de les relacions entre salut i *comunitat*. A continuació, analitzarem el context de constitució de la psicologia comunitària de la salut i alguns dels factors que contribueixen a desenvolupaments teòrics i pràctics en aquest camp, aprofundint especialment en allò que l’enfocament comunitari aporta de correctiu, de complement i d’alternativa a la perspectiva “**clínica**” de la salut.

I sobre aquesta base descriurem alguns dels seus recursos conceptuals i operatius: els de **prevenció**, **estrès psicosocial** i **intervenció en crisi**, que, junt amb altres que també tractem al llarg de l’assignatura (*empowerment*, intervenció, acció, participació, suport social, etc.), ens donaran una idea de com es pensa i de com es treballa en psicologia comunitària.

## Objectius

Amb aquest mòdul, l'estudiant ha d'assolir les metes següents:

- 1.** Familiaritzar-se amb les perspectives teòriques que treballen el camp de la psicologia (social) comunitària de la salut.
- 2.** Comprendre el caràcter social històric i cultural dels desenvolupaments teòrics, metodològics, temàtics i pràctics de la disciplina.
- 3.** Utilitzar adequadament el vocabulari bàsic desenvolupat en el text i resumit en el glossari.
- 4.** Identificar l'especificitat i els components principals de l'enfocament comunitari de les qüestions relatives a la salut.
- 5.** Distingir la manera "comunitària" de la manera "clínica" d'abordar la salut (mental).
- 6.** Extreure implicacions pràctiques de l'adopció del punt de vista comunitari per a la intervenció en altres camps de rellevància social i diferents del de la salut.

## 1. Comunitat i salut

Des del punt de vista etimològic, “**comunitat**” és la qualitat del que és comú o compartit, contraposada a la del que és privat o particular.

La **psicologia comunitària de la salut**, a diferència de la individual –que focalitza allò que és propi, únic, específic i diferencial de cada persona– tracta dels aspectes comuns i compartits –és a dir, socials–, del funcionament psicològic, tant atenent al seu vessant negatiu, patològic i problemàtic, com al positiu, saludable i optimitzable.

Totes les dimensions i significats que la literatura científicosocial interdisciplinària descobreix en el concepte de comunitat remetent a aspectes significatius de la relació entre la salut i el que és comunitari, segons podem visualitzar en la taula següent:

Dimensió	Significat
Població	Conjunt articulat de persones, famílies, grups i organitzacions que comparteixen la vida local i, per tant, el conjunt de necessitats, problemes, desafiaments, amenaces, recursos i oportunitats concernents a la salut.
Entorn	<i>Hàbitat</i> que <i>habitua</i> els seus <i>habitants</i> , a qui generalment dóna el nom <i>col·lectiu</i> i uns <i>hàbits</i> característics, en tant que escenari natural de la seva quotidianitat i d'interaccions més o menys <i>saludables</i> amb ell mateix.
Història	Herència comuna d'experiències, models de convivència i estils de vida que incideixen directament sobre la qualitat de la salut individual i col·lectiva.
Economia	Organització de les condicions de la vida i de la gestió local de béns i serveis bàsics, entre els quals destaquen els concernents a la salut.
Cultura	Configuració específica de les maneres locals de veure i viure la realitat i de les estratègies orientades a l'èxit de les metes comunes, entre les quals s'inclouen les referents a l'afrontament de la vida i la mort, del plaer i el dolor, del benestar i el malestar, de la salut i la malaltia.
Societat	<i>Realitat social</i> local, en tant que estructura normalitzada de relacions humanes en l'àmbit mesosocial. El (sub)sistema social comunitari té un doble vessant: l'informal, que inclou els processos i interaccions desenvolupats a les microunitats familiars, veïnals i de grups primaris, i la formal, que inclou els que es produeixen en el marc de les institucions socials i els serveis públics. Ambdós vessants estan estretament relacionats amb els factors socials de la salut i de la patologia, que repercuteixen sobre el grau de <i>vulnerabilitat</i> o de <i>protecció</i> sobre això.
Socialitat	Dimensió socioafectiva de les relacions socials locals, irreductible a la lògica de l'intercanvi (dominant al mercat) i a la del poder (pròpia de l'Estat). Està estretament relacionada amb el grau objectiu o percebut de “suport social” que les persones necessitem experimentar per a sentir-nos bé i per a prevenir o pal·liar efectes patològics.
Identitat	En la seva faceta objectiva, remet a un col·lectiu que comparteix valors, símbols, interessos, objectius i estratègies, i que constitueix un camp d'acció de polítiques, serveis, xarxes, investigacions i intervencions biopsicosociosanitàries. En la faceta subjectiva, cohesionada un conjunt, que s'autoidentifica com a protagonista del seu propi destí, mitjançant un sentiment de pertinença categorial i la consciència de vinculació voluntària i moral a un endogrup <i>nosaltres</i> específic, diferenciat i integrat, que protegeix de l'exclusió, l'aïllament i el desarrelament socials. Sense aquesta faceta no resultaria gens fàcil el desenvolupament de processos psicossocials comunitaris com l'“enfortiment” o l'esmentat “suport social” percebut.

## 1.1. Fonaments comunitaris de la salut

Des que, en la seva acta fundacional, el 1948, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la **salut** com un “**estat de complet benestar físic, psicològic i social**”, el que és comunitari constitueix un marc de referència crucial per a la comprensió dels processos relacionats amb el benestar/malestar humans. En vista d'aquesta perspectiva, cobra nou sentit tota la tradició científicococial referent a la comunitat.

Entre els clàssics del segle XIX que insisteixen en l'estreta relació entre comunitat i benestar figuren els grans patriarques de les ciències socials: Marx sosté que les relacions socials desenvolupades en el context capitalista impedeixen la “comunió” de l'ésser humà amb la naturalesa i amb ell mateix. Per la seva banda, Durkheim observa amb preocupació que el progrés de la *divisió del treball social* no arrossega formes de “solidaritat” superiors. Al llarg del segle XX, en un món en canvi accelerat, la recerca del benestar apareix estretament vinculada a tòpics de la investigació i de la intervenció en les ciències humanes i socials com els de *la recerca de la comunitat*, la *nostàlgia* del que és comunitari i el *retorn a la comunitat*.

És, tanmateix, Tönnies qui, ja el 1887, esbossa de manera més directa i sistemàtica la relació de la comunitat amb la salut (com la concep l'OMS) en contraposar la *comunitat (Gemeinschaft)* a l'*associació (Gesellschaft)* i cridar l'atenció sobre el risc de dissolució de la primera en la segona, amb els previsibles efectes sociopatològics.

La forma *comunitària* de convivència té base orgànica, natural, emocional, espontània, moral, estable i vital, mentre que l'*associacional* és de caràcter predominantment racional, artificial, instrumental, utilitari, estratègic i contractual.

Entre els exemples de la forma comunitària de vida, invoca la família, el veïnat, la tribu, les agrupacions religioses i la nació, institucions que, en definitiva, forgen els seus vincles sobre la base de la terra, la sang, la tradició, els símbols, les creences o els sentiments compartits. Entre els de la forma associacional assenyala l'empresa, el sindicat, la ciutat, i l'estat, que apareixen com a agrupacions socials dependent d'interessos.

Aquesta concepció tonnesiana de la comunitat serveix de marc de referència per a una comprensió dels factors comunitaris de la salut. En la “comunitat”, les persones romanen unides, malgrat els factors separadors; mentre que, en l'associació, romanen separades, malgrat els factors unificadors. Això és atribuït, d'una banda, al fet que la comunitat s'organitza tradi-

### Lectures complementàries

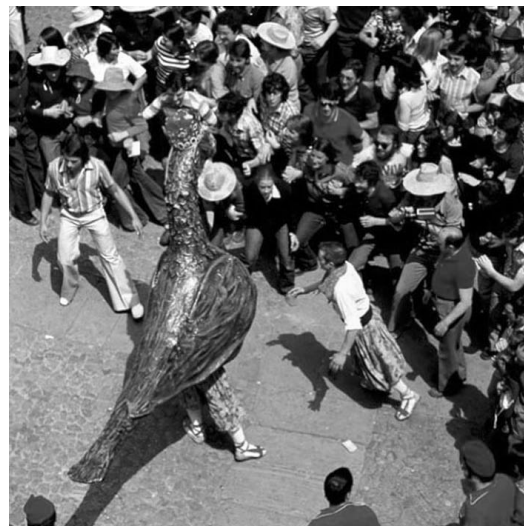
Marx, K., i Engels, F. (1848). *Manifiesto comunista*. Madrid: Akal, 1997.

Durkheim, E. (1893). *La División del trabajo Social*. Madrid: Akal, 1982.

Nisbet, R. (1953). *The quest for Community*. Nova York: Oxford University Press.

### Lectura recomanada

Tönnies, F. (1887). *Comunidad y Asociación*. Barcelona: Península, 1982.





cionalment en contextos d'estratificació social simple, mitjançant vincles socioafectius, primaris i estables, i també de xarxes de relacions cara a cara, impregnades d'intimitat interpersonal, càrrega emocional i altruisme recíproc. Els entorns comunitaris, al temps que integren l'individu en la societat, li proporcionen un marc d'interacció, suport, pertinença i identitat, que el protegeix contra els estralls del desarrelament, l'aïllament i la solitud. I, de l'altra, és atribuït al fet que, en contrapartida, la moderna associació apareix en entorns macrosocials i organitzacionals complexos, això és, en "grups secundaris" que, pel seu caràcter "contractual", són escenari d'interaccions efímeres, instrumentals i superficials.

En el transcurs del segle XX, augmenten els motius de preocupació pels indicis de crisi, decadència i desintegració social i cultural del que és comunitari, pel seu impacte en la salut i en el benestar psicològic i per les múltiples formes i oportunitats de malestar social i d'alienació personal que brinda la societat contemporània. En efecte, els nous valors dominants en la vida moderna industrial, capitalista i urbana, i també en la societat de la informació –entre els quals destaquen l'individualisme, la competitivitat, la productivitat, l'èxit (combinat d'èxit i lucre), els diners, el consum, etc.– comporten la contrapartida d'importants nivells d'insolidaritat, desarrelament, conflictivitat, marginació, solitud i exclusió social, econòmica, política i cultural, amb els consegüents efectes perversos associats, en forma del que alguns sociòlegs denominen *patologia social* (pobresa, violència de carrer i domèstica, delinqüència i criminalitat, alcoholisme i altres drogoaddiccions, fracàs escolar, laboral i familiar, anomia i malestar cultural).

En aquesta línia, científics socials nord-americans, seguint els passos dels seus precursors europeus, detecten símptomes de dissolució del que és comunitari als Estats Units d'Amèrica, un declivi de formes de solidaritat tradicional i la progressiva reducció consegüent del teixit social intermedi, format pels "grups primaris" familiars, veïnals, de llogarrets rurals i de grups de creences religioses. Entre ells destaca recentment el politòleg Putnam (2001), que assenyala el "**dèficit de capital social**" (de xarxes formals i informals de relacions socials i de suport mutu) com a factor dels creixents "malestar" i "infelicitat" en la societat dels Estats Units. Aquest dèficit d'experiència i de sentit de comunitat constitueix a més, per a aquest autor, una circumstància de risc per a la mateixa "democràcia", en tant que sistema obert i participatiu.

Al llarg dels últims temps, aquesta preocupació pels problemes derivats del dèficit del que és comunitari és a la base de diversos informes epidemiològics, com el de Brown i Harris (1978) sobre *Els orígens socials de la depressió* –amb un enfocament que recorda el de l'estudi de Durkheim (1897) sobre *El suïcidi* de tipus "anòmic".

Per la seva banda, l'Organització Mundial de la Salut, al començament dels anys vuitanta, va publicar una sèrie d'informes sobre el tema, amb títols com

#### Lectura complementària

Putnam, R.D. (2001). *The dynamics of Social Capital*. Princeton: Princeton University Press.

#### Lectures recomanades

Brown, G.W., i Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.

Durkheim, E. (1897). *El suïcidi*. Madrid Akal, 1976.

#### Suïcidi anòmic

L'"anòmic" és un tipus especial de suïcidi que, segons Durkheim, expressa una "desviació" de la conducta individual que es produeix en un context de "desordre" (anormalitat) social.

*Política de salut en relació amb la feina a la comunitat* (1982), *Els desordres depressius en diferents cultures* (1983), *Processos subjacents a l'esdevenir socialment vulnerable* (1984), etc., en què atribueix les altes taxes d'incidència i de prevalença de trastorns depressius en les societats industrials avançades a l'impacte dels factors psicosocials estressants derivats del desarrelament cultural, de l'aïllament social i de la desintegració de mecanismes comunitaris, tradicionalment protectors dels individus enfront de les amenaces i perills que els sotgen des de l'entorn macrosocial. En aquestes mateixes idees aprofundeix l'informe de la Fundació Europea (1999) sobre *L'ocupació precària i les seves conseqüències en la salut en la Unió Europea*.

Tanmateix, també resulten observables tendències de signe contrari: de "retorn de", de "tornada a" o de simple "metamorfosi" del que és comunitari en un entorn sociocultural caracteritzat pel domini del que és associacional. Les ciències socials en general no solament han constatat el flux dels processos de massificació i de despersonalització en contextos macrosocials i organitzacionals, sinó que també s'han rendit a l'evidència de refluxos subterranis, que indueixen a pensar en un procés molt més complex que el d'un simple recanvi d'un model predominantment comunitari per un altre de tipus associacional.

En efecte, el progrés de la psicologia social s'ha desenvolupat paral·lelament al reconeixement de l'omnipresència dels grups primaris en organitzacions socials formalment associacionals com la ciutat, la fàbrica, l'escola, l'hospital o l'exèrcit, i també de la naturalesa socioafectiva i paracomunitària de formes socials tan heterogènies com bandes, màfies, sectes, tribus urbanes, associacions diverses, xarxes socials de suport mutu, sindicats, partits polítics, organitzacions no governamentals i, fins i tot, en tendències tan dispars com comunismes, anarquismes, feixismes, nacionalismes i fonamentalismes religiosos.

Enfront d'aquesta perspectiva, no resulta sorprenent la constatació que nombrosos moviments polítics, socials i urbans, modes culturals, utopies i ideologies dels més diversos signes hagin estat objecte de diagnòstics diversos i aparentment conflictius. Des de cert angle, han estat considerats expressions de crisi, de patologia social i de declivi de la *comunitat*. Altres punts de vista els qualifiquen de símptomes de recerca nostàlgica de la comunitat perduda.

També hi ha qui els concep com a intents de creació o reconstrucció del "sentit psicològic de comunitat", que funciona com a punt d'articulació de la identitat individual i de la social, i com a font de benestar subjectiu. Aquesta vivència de la interdependència i la reciprocitat, de la companyia i la mutualitat s'alimenta de l'experiència personal quotidiana de les xarxes socials, dels dispositius de suport mutu, de les relacions cooperatives, dels mecanismes de solidaritat, dels sentiments de pertinença, de la voluntat d'integració, del compromís moral, de la vinculació afectiva i de referents simbòlics per a la identificació col·lectiva.

Les puntuacions en escales de "sentit de comunitat" són utilitzades com a indicadors del grau de cohesió d'una societat. La *crisi* d'aquest sentit subjectiu sol

### Informes de l'OMS

Podeu trobar aquests informes en anglès, publicats a Copenhaguen per l'Organització Mundial de la Salut. Oficina Regional per Europa.

### Lectura complementària

**European Foundation** (1999). *Precaire employment and health related outcomes in the European Union*. Luxemburg: OPOCE.

### Lectura recomanada

**Sarason, S.B.** (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.

formar un cercle viciós amb el procés objectiu de la desintegració social. Per això, el manteniment, el reforç o la recuperació d'aquest factor psicosocial constitueix un desafiament fonamental per a la societat contemporània, i particularment per a la política social i per a la intervenció comunitària als camps de la salut i del benestar humà en general.

## **1.2. De la biopsicopatologia clínica a la biopsicosociologia comunitària**

Fins fa poques dècades, la relació de la comunitat amb la salut ha estat objecte d'atenció més de la sociologia i de les ciències socials en general que de la psicologia o de la mateixa medicina. La psicologia comunitària de la salut és una resposta disciplinària de la psicologia a necessitats i demandes socials, i també a qüestions i reptes que havia d'afrontar com a disciplina aplicada.

La psicologia comunitària neix formalment als Estats Units, als anys seixanta, de la mà de la psicologia clínica, reneix a l'Amèrica Llatina a partir del decenni següent, basant-se en la psicologia social i en altres ciències socials, i s'aclimata en l'entorn europeu, especialment en el marc de la xarxa pública dels serveis socials comunitaris.

Òbviament, les categories analítiques, els models teòrics i operatius, els ancoratges disciplinaris, els camps temàtics prioritaris i la mateixa ideologia de base sobre la resposta disciplinària a qüestions referents a benestar psicològic i a qualitat de vida, havien de ser significativament diferents davant d'entorns socials, econòmics, polítics i culturals tan relativament diversos com el nord-americà, el llatinoamericà i l'europeu.

La psicologia comunitària de patent nord-americana gira, en els seus inicis, gairebé exclusivament entorn de l'eix "salut integral", en tant que estat de benestar físic, psicològic i social, funcionant bàsicament com a correctiu, com a complement i, en part, com a alternativa a la psiquiatria i a la psicologia clínica convencionals.

Per la seva banda, la iberoamericana, afronta especialment qüestions i desafiaments psicosocials molt més urgents, visibles i immediats en les societats on emergeix que el de la salut mental (els que subjeuen a la pobresa, la desigualtat, l'opressió i l'exclusió socials) i focalitza la vulnerabilitat psicosocial associada a situacions de privació socioeconòmica i politicocultural.

En l'àmbit europeu, la psicologia comunitària apareix com un biaix característic de la intervenció psicosocial des de serveis públics bàsics d'atenció primària, especialment en els àmbits sanitari, social i educatiu.

Als Estats Units, la disciplina es presenta sota la denominació habitual de *psicologia comunitària* (*community psychology*) i tendeix a estar més directament associada a les funcions d'assistència i de protecció social, especialment pel que fa a la salut. A Amèrica Llatina, es tendeix a imposar la de *psicologia social comunitària* i està més aviat relacionada amb la meta del canvi social.

Atenent a aquesta circumstància, no aportarem d'entrada una definició ontològica de la naturalesa de la disciplina, sinó una reconstrucció sociohistòrica del seu context d'emergència, de les seves principals línies d'evolució i d'algunes de les seves aportacions teòriques i operatives respecte al camp de la salut; que és el que va constituir l'àmbit inicial de la psicologia comunitària i el que ha servit de referència bàsica per a l'extensió de la disciplina cap a altres fronts d'intervenció.

### **1.2.1. El context d'emergència als Estats Units**

La *psicologia comunitària* s'institueix formalment com a nom i com a projecte el 1965, a la Conferència de Swampscott (Boston), que afronta el desafiament de *l'Educació dels psicòlegs per a la salut mental comunitària*.

L'etapa inicial es caracteritza per l'èmfasi en la correcció del doble biaix individualista i patologista de la psicologia aplicada a la salut mental. Un decenni més tard, a la segona Conferència d'Austin (1975), s'amplia la perspectiva dels programes d'entrenament, s'obre cap a un enfocament més interdisciplinari de les qüestions, transcendeix l'estret àmbit de la salut mental i atén especialment la dimensió preventiva de la intervenció, tendència que s'ha consolidat relativament al llarg de l'últim quart de segle.

El procés de constitució de la psicologia comunitària no és producte de l'atzar ni sorgeix del no-res, sinó que emergeix com una espècie de síntesi programàtica d'una multiplicitat de tendències heterogènies, que comparteixen un denominador comú en què es combinen referents crítics, alternatius, ampliadors i complementaris respecte a les maneres tradicionals d'enfocar i de tractar les qüestions concernents a la salut i al benestar de les persones.

Algunes d'aquestes tendències són d'ordre social en general i d'altres de caràcter intradisciplinari (de la psicologia en sentit ampli). Ambdues cobren el seu significat i sentit en el context socioeconòmic i politicocultural en què es desenvolupen.

### **1.2.2. Factors externs socioculturals**

La societat nord-americana dels anys seixanta protagonitza i amplifica un complex procés de canvi sociocultural a escala planetària, que té unes característiques específiques a tot el nord desenvolupat i unes particularitats *made in USA*.

En un context de creixement econòmic, de plena ocupació, d'obertura ideològica i política internes, de desglaç en les relacions internacionals amb l'Est i de guerra al Vietnam, la societat dels Estats Units està immersa en un procés de canvi, efervescència i activisme social, polític i cultural, que es fa visible mitjançant les manifestacions més diverses.

Entre aquestes destaquen la crisi del model tradicional de família, la ruptura generacional, l'exaltació social i institucional de l'individualisme (la salut, per exemple, és considerada un assumpte privat i la seva atenció es confia bàsicament a la iniciativa privada, com proposa i defensa la poderosa American Medical Association –AMA), que comporta un singular dèficit de solidaritat i altes taxes d'aïllament, desarrelament i solitud. Tot això en concordança amb la ideologia liberal de l'èxit (d'uns, amb la seva inevitable contrapartida del fracàs d'altres), en un ordre “meritocràtic”, en un sistema competitiu (en què figura sota mínims el valor social de la cooperació), consumista i massificador.

I també el creixement de focus de violència urbana, delinqüència i criminalitat, a més de múltiples formes de patologia social, amb un carrer ple de minories que reclamen reconeixement, de moviments contraculturals, de reivindicació corporativa, de manifestacions racistes, pro drets civils, a favor o en contra de la llibertat sexual o de l'avortament, militaristes o antibel·licistes. També es fan evidents altes taxes de fracàs escolar, especialment entre els sectors socialment desfavorits i el còctel explosiu de “sexe, droga i rock'n'roll”, hippisme, massificació universitària, inflació de titulats superiors en una societat “sobreducada”; la qual cosa augmenta el risc percebut de desintegració social i cultural. Aquests són alguns dels elements característics de la dècada als Estats Units.

I tot això, i malgrat això, en un clima social d'optimisme històric, d'esperit utòpic i d'un sentit comú que s'alimenta de la creença ferma en la necessitat, la possibilitat, la desitjabilitat i la viabilitat de “canvis positius” que, sens dubte, no podien deixar d'afectar la salut mental, el benestar psicològic i la qualitat de vida en general.

En aquest context, els plans polítics de “reforma social”, de “guerra a la pobresa” i d'igualtat racial promoguts i gestionats per una administració demòcrata, ansiosa d'aplicar els seus programes electorals i, alhora, de consolidar i ampliar la seva quota de votants entre els sectors “socialment desavantatjats” de la població, xoquen frontalment amb la resistència política i social del conservadisme republicà, que els tracta de convertir en paper mullat.

Enfront d'aquest complex panorama, no resulta difícil d'imaginar la impressió d'anacronisme i obsolescència que havien de produir en nombrosos professionals de la salut mental certs esquemes psiquiàtrics, psicodiagnòstics i psicoterapèutics que havien après en el seu pas per la universitat uns lustres abans.

Mentrestant, la psicologia social acadèmica dels Estats Units centra els seus esforços en el desenvolupament de sofisticats experiments de laboratori i la professional, congregada entorn de la Societat per a l'Estudi Psicològic de Qüestions Socials (SPSSI), treballa en camps amb poca relació directa amb el de la salut mental. Això permet de comprendre el fet que la psicologia comunitària nord-americana rebí el seu impuls inicial de la psicologia clínica.

### 1.2.3. Evolució general de les disciplines, professions i serveis

Al començament del segle XIX, la psiquiatria nord-americana donava una notable importància al tractament "moral" de la malaltia mental, a base del foment de "bons hàbits" en camps com la higiene, el treball, la pràctica religiosa o la lectura. Al final d'aquest segle, tanmateix, el "darwinisme social" explicava les altes taxes de morbiditat psicopatològica entre les classes baixes urbanes com a símptoma d'"inferioritat" biosocial. La malaltia mental, per tant, tenia "mal pronòstic"; per la qual cosa l'internament de les persones "boges" no podia tenir una altra funció que la del seu aïllament social.

Si bé les influents idees de l'escola sociològica de Chicago i de la psicologia conductista van crear, al començament del segle XX, un ambient més favorable a la consideració dels factors sociocomunitaris de la salut mental, el llarg període de crisi social i econòmica comprès entre les dues guerres mundials no va ser un marc propici per a les reformes en aquest àmbit. Passat aquest llarg túnel, la constitució de l'OMS, l'entrada en escena als anys cinquanta de les drogues psicoactives (que faciliten un tractament combinat dels trastorns mentals, a base de psicofàrmacs i de teràpies socials i psicològiques extrahospitalàries) i el progressiu arrelament del moviment pro drets civils preparen el terreny per a la creació, el 1963, dels **centres comunitaris de salut mental**.

També tenen la seva importància en això el desenvolupament de la psiquiatria militar, que duu a terme als anys cinquanta programes de detecció i tractament precoç, preparant el terreny de la **psiquiatria preventiva**. No menys important en aquesta línia van ser les idees innovadores d'Adolf Mayer, que va anticipar en algunes dècades el concepte de **salut mental comunitària** i el moviment d'**higiene mental**, que insisteix en la prevenció en salut pública.

Tampoc són estranys a l'emergència de la psicologia comunitària de la salut l'èxit dels desenvolupaments en **dinàmica de grups**, especialment pel que fa a la **comunitat terapèutica**, ni l'aclimatació als Estats Units de la psicologia lewiniana de la **investigació acció** orientada a la **solució de problemes socials**; ni la influència de l'SPSSI, ni dels nous corrents conductistes que emfasitzen la importància dels **escenaris socials** de la conducta individual, i també la dels mecanismes psicològics implicats en el "control" de l'ambient.

#### SPSSI

Society for the Psychological Study of Social Issues.

Al llarg dels anys seixanta, es produeix un progressiu coneixement i reconeixement públics d'un múltiple desafiament que han d'afrontar els serveis de salut mental:

- 1) L'augment del nombre i de la tipologia de persones usuàries.
- 2) La creixent complexitat de les necessitats i demandes individuals i socials pel que fa a salut mental.
- 3) L'estructura de les desigualtats socials enfront de la salut (Durán, 1983), que comporta especials dificultats d'accés als serveis de salut mental per als sectors socialment més desfavorits de la població.
- 4) La reivindicació social de dotació d'un nombre més gran de places per a professionals en salut mental, per a afrontar la creixent demanda de serveis en aquest àmbit.

La consciència social d'aquest estat de la situació i els compromisos polítics derivats del programa del partit demòcrata en el poder condueixen a la decisió d'incrementar quantitativament i qualitativament els recursos dedicats a la salut mental, amb la contrapartida consegüent d'una exigència més gran d'eficàcia i eficiència en la gestió d'aquests, fonamentada, al seu torn, en la responsabilitat política de donar compte dels resultats dels programes finançats mitjançant els impostos dels contribuents.

En aquest sentit, la urgència de racionalitzar i economitjar els recursos, de maximitzar els resultats i minimitzar els costos dels serveis de salut mental constitueix una empenta i un incentiu significatius per a la posada en marxa de la psicologia comunitària en tant que model d'innovació organitzacional dels serveis de salut.

La psicologia comunitària constitueix la cara renovada de la professió en els nous *centres comunitaris en salut mental*.

Així mateix, la constitució de la nova disciplina té alguna relació amb el fet que, en aquesta època, es produeix per primera vegada en la història una relativa saturació de titulats superiors especialistes en salut mental que no es poden obrir camí professional a l'acadèmia ni en consultoris privats als quals no poden arribar amplis sectors de la població. D'altra banda, l'elevació del nivell de vida de la majoria de la gent permet que moltes persones aspirin a la satisfacció de necessitats d'un altre ordre, entre les quals destaquen les relatives a la salut mental i al benestar psicològic. Això atreu el desenvolupament de serveis en aquests àmbits.

La història s'escriu no solament gràcies als grans esdeveniments, sinó també a la influència d'anècdotes aparentment irrellevants, però que funcionen com a con-

juntures favorables. Sobre això, els cronistes de l'època solen esmentar esdeveniments com la presència puntual d'alguns professionals de la psicologia a la *Direcció de l'Institut Nacional de la Salut Mental*, i també l'existència pionera d'alguns equips interdisciplinari de psiquiatres i psicòlegs (com el constituït entorn de Caplan), que exerceix una funció innovadora en tant que minoria activa impulsora de canvis.

En l'àmbit intradisciplinari, diversos vectors apunten cap a la creació de la psicologia comunitària. D'una banda, la insatisfacció, decepció i autocrítica d'un creixent nombre de professionals de la psicologia clínica en relació amb la pràctica convencional de la seva disciplina, acompanyades del seu creixent reconeixement de la importància dels factors socioambientals de la salut mental i de la psicopatologia, i també de la complexa interacció dels processos desenvolupats en aquests àmbits amb els de la resta de la vida de les persones i dels grups (sociolaboral, familiar, educatiu, cultural, jurídic, polític, ecològic, etc.). Aquests professionals assumeixen explícitament la responsabilitat social i les implicacions ideològiques de la seva tasca.

De l'altra, una desconfiança pública progressiva en la psicoteràpia tradicional per a resoldre determinats problemes de malestar individual; la qual cosa es tradueix sovint en demandes judicials a professionals de la psicoteràpia per "incompliment" de la seva promesa terapèutica i en denúncies a les institucions hospitalàries com a "fàbriques de malalts".

L'OMS impulsa un consens creixent entorn de la necessitat de superar l'enfocament exclusivament centrat en els símptomes, trastorns, dèficits i disfuncions i d'atendre prioritàriament la "salut positiva", dins d'un model integral, en què s'articulen en un àmbit d'igualtat el benestar físic, econòmic i social (Acta constitucional, 1948). En la seva Conferència d'Alma-Ata (1978), aquest organisme proposa com a objectiu 2000 l'ideal d'una "vida socialment i econòmicament productiva". Amb això emfatitza el doble vessant preventiu del que és negatiu i promotor del que és positiu. Aquesta perspectiva impulsa el desenvolupament d'una psiquiatria social i preventiva, i la progressiva implantació de models ecològics en la psicologia de la salut, que subratllen la importància dels escenaris situacionals quotidians i especialment dels comunitaris.

#### 1.2.4. Crisi del model biomèdic tradicional

A la medicina premoderna, la salut depèn d'una complexa interacció entre el cos, la ment i el món social i espiritual. La filosofia moderna descobreix el cos humà com una "màquina" separable del que és mental, social i espiritual. La biologia estableix el model adequat de funcionament del cos i la medicina s'encarrega de reparar els errors de funcionament del mecanisme. La pregunta clau de tot professional de la medicina a la persona pacient és: "on li fa mal?".

#### Lectura recomanada

Serrano, I., i Bravo, M. (1998). La Psicología Social Comunitaria y la Salud. Principios básicos, 1-34. A I. Serrano, M. Bravo, W. Rosario, i J.J. Gorrín. *La Psicología Social Comunitaria y la Salud*. Río Piedras, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.



El model biomèdic tradicional ha prevalgut tant en el camp de la salut física com en el de la mental. La institució del model comporta una organització jeràrquica dels serveis de salut, en què la “classe mèdica” ocupa el vèrtex de la piràmide, mentre que les altres professions tenen reservades posicions i funcions subalternes. Sobre aquesta piràmide s’ha establert una trama de relacions de poder i d’interessos econòmics (entre els quals destaquen, últimament, els de la indústria farmacèutica). En aquest context, la psicologia va començar a treballar al camp de la salut mental gairebé demanant permís i perdó a l’*establishment* biomèdic.



En els anys seixanta, aquest sistema establert passa una fase de turbulències que afecten en alguna mesura l’estructura del mateix model biomèdic, la relació assistencial convencional, la funció psiquiàtrica tradicional i la institució manicomial. Aquesta crisi presenta múltiples facetes:

1) La historiografia psiquiàtrica tradicional concep l’acció de Pinel en desencadenar els bojos com una revolució en el camp de la salut mental i la implantació de l’humanista i progressista model mèdic, que restitueix als bojos la seva dignitat humana, en concedir-los l’estatut de “malalts”. Freud, en invocar causes psicològiques dels trastorns psicològics, introdueix una segona revolució en el camp psiquiàtric, alliberant la bogeria i les neurosis de les seves preteses fonts orgàniques. En aquesta progressió, el moviment comunitarista relatiu a salut mental s’autopresenta com la tercera generació *revolucionària* en reconceptualitzar la psicopatologia com una problemàtica de profundes arrels socials, prioritzant els determinants socioambientals dels símptomes individuals i, per tant, fixant el camp social com a front principal d’intervenció.

2) El model mèdic de salut/malaltia mental pressuposa que els trastorns psicopatològics obeeixen a factors de base orgànica, que s’imposen fatalment a l’individu que els pateix, per la qual cosa el paper del subjecte *pacient* no pot ser més que *passiu*, tant a l’hora de la recepció de la malaltia com a la del tractament biotecnològic d’aquesta que, òbviament, només pot ser competència de “professionals qualificats”. Les crítiques a aquest model provenen de múltiples sectors de les ciències humanes i socials, que ataquen especialment el reduccionisme biològic, el tractament dirigit a un individu aïllat, passiu i pacient, considerat com a unitat d’anàlisi i intervenció, i el doble qüestionament de la competència dels professionals de la medicina i de l’eficàcia de les institucions psiquiàtriques per al tractament de problemes psicològics.

3) En un influent llibre, Foucault fa una arqueologia de la *mirada mèdica* de la bogeria, posant al descobert el paper desenvolupat pel pensament il·lustrat en el transvasament de l’atenció i el tractament de la conducta “anormal” a les mans dels professionals de la medicina. Segons ell, la medicalització de la “bogeria” constitueix una cortina de fum que oculta un procés subjacent de més

#### Lectura recomanada

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*. Mèxic: FCE (2 vol.), 1979.

profund calat sociocultural: el manteniment dels efectes de “control” i d’“exclusió” socials, aquesta vegada sense cadenes, però amb dispositius més sòlids, subtils, sofisticats i eficaços: el jou de la “malaltia mental”, el “poder” i el “saber” detinguts i exercits per professionals de la psiquiatria i la psicopatologia sobre els seus “pacients”, la consistència dels murs i institucions manicomials, etc.

4) Per la seva banda, Goffman ens aporta una fenomenologia del món social de l’hospital psiquiàtric concebut com a “institució total”, en tant que espai-temps de segregació, amb la seva divisió nítida social (funcionaris/interns), els seus rituals d’iniciació (despersonalització, desprogramació, rutinització), de manipulació del cos i de contaminació social de la persona (violació de la privacitat i múltiples i subtils formes de coerció, vigilància, control i repressió), d’episodis de *looping* (conflictes inescapables: si es calla, s’assenteix; si es protesta, es reforça l’etiologia i el tractament) i, en suma, com a mitjà de cronificació de la síndrome i com a escenari del desenvolupament de la cursa moral del pacient mental, de la seva socialització com a estigmatitzat (xoc, conflicte, negociació, crisi, adaptació). Goffman connecta amb l’“antipsiquiatria” en la seva consideració que la fatalitat de la persona boja no rau en l’atribut retolat, sinó en el fet mateix de l’atribució (categorització, diferenciació i discriminació) de la qual és objecte, que la transforma de “portadora” per l’“estigma”, de “posseïda” per aquest; la qual cosa la sotmet a un procés inevitable i irreversible de “deteriorament” de la pròpia “identitat”.



5) L’“antipsiquiatria” sosté que el model mèdic resulta inadequat per al tractament dels problemes de salut mental, ja que és la societat la font dels problemes i de les solucions per a la malaltia mental. Des d’aquesta perspectiva, la psiquiatria funciona com una simple agència de control social i el manicomi no és més que una “fàbrica de bojos”.

El moviment “salut mental comunitària”, enllaça amb una sèrie de tradicions crítiques respecte al “model biomèdic”, organicista i individualista, d’afrontament dels problemes referents a la salut mental. La nova perspectiva considera l’entorn social, i no solament com una font de patologies, sinó també de recursos per a prevenir trastorns.

#### Lectures recomanades

Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

En emfasitzar la importància de la comunitat i de les “forces ambientals” (Zax i Specter, 1979), exigeix un nou tipus de formació necessària per als professionals que han d'intervenir preventivament, l'organització d'aquests en equips interdisciplinaris i multiprofessionals de salut comunitària i la institucionalització dels seus centres d'acció (els *community mental health centers*). Aquests centres ofereixen un tractament que no comporta una ruptura amb l'entorn familiar i social de les persones ateses. Inclou la prevenció, el tractament, la rehabilitació i el seguiment continu i individualitzat dels casos.

Això comporta una considerable deshospitalització dels serveis de salut mental, la prioritització de serveis ambulatoris ubicats al si de la comunitat i el desenvolupament de serveis d'assistència primària arrelats socialment, i també el redisseny i reorganització d'altres serveis assistencials indirectament relacionats amb la salut (educatius, recreatius, laborals, etc.), la creació de xarxes socials de suport mutu i el desplegament de campanyes de prevenció i de promoció de la salut.

La psicologia comunitària de la salut (de patent americana) és el punt de confluència d'una sèrie d'orientacions crítiques respecte al model biomèdic clínic tradicional i, alhora, el punt d'engegada d'un moviment que, en la seva versió radical, es presenta com a alternatiu i, en la moderada, com a complementari d'aquest.

El valor afegit de la psicologia comunitària respecte a moviments com el de salut mental comunitària és el seu èmfasi en la importància del “canvi”, no solament de la persona per a “adaptar-se” millor al seu ambient, sinó també de tot l'ambient “insà” perquè les persones puguin desenvolupar una vida sana.

Mirada amb perspectiva, la psicologia comunitària de la salut és més un programa de pensament i d'acció que un èxit plenament fet, un moviment a mig camí entre la utopia ideal i una realitat que es resisteix a canviar.

Irma Serrano i Milagros Bravo (1998) ens defineixen la **salut** des de la perspectiva psicosocial comunitària en els termes següents:

“La salud es una construcción social de bienestar que resulta de una interacción dinámica entre los aspectos físicos i psicológicos de la persona i su ambiente natural y social, y facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad.”

Serrano, I.; Bravo, M. (1998). La Psicología Social Comunitaria y la Salud. Principios básicos. A I. Serrano; M. Bravo; W. Rosario; J.J. Gorrín. *La Psicología Social Comunitaria y la Salud*, p. 16. Río Piedras, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.

Els contrastos entre les formes de treballar respectives del model biomèdic tradicional (psicològic individual) i el psicosocial comunitari queden reflectits en la taula següent, elaborada a partir de Bloom (1973, 1984); Rappaport (1977);

Zax i Specter (1979); Calderón (1981); Costa i López (1986); Ovejero (1987); Sánchez (1991); Hombrados (1996), i Serrano i altres (1992, 1998).

Aspecte comparat	Model psicològic individual	Model psicosocial comunitari
Objecte	Trets i processos de la <b>persona</b> afectada per un problema.	Entorn social i <b>interacció</b> de la persona amb el seu ambient.
Objectiu	<b>Prevenció terciària</b> de trastorns <i>individuals</i> ; resolució assistencial de les disfuncions diagnosticades.	<b>Prevenció</b> (principalment) <b>primària</b> de problemes <i>socials</i> i promoció del benestar i la qualitat de vida.
Estratègia	<b>Model reactiu: espera passiva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• del deteriorament de la salut mental,</li> <li>• d'algú que cridarà a la porta per la seva pròpia iniciativa,</li> <li>• des d'un consultori o centre assistencial, aïllat del món real,</li> <li>• per a fer un servei directe a la persona client,</li> <li>• mitjançant psicoteràpia reparadora, pal·liativa, curativa, de llarga durada,</li> <li>• orientada al reajustament del comportament <i>anormal</i> als imperatius d'un principi de realitat (normalitat) social inqüestionat i inalterat.</li> </ul>	<b>Model proactiu: anticipació activa</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• als esdeveniments problemàtics,</li> <li>• d'acord amb un pla establert,</li> <li>• en l'espai i temps natural de la vida comunitària,</li> <li>• mitjançant accions indirectes (enginyeria social, educació, etc.),</li> <li>• directes, en forma de teràpies breus o d'intervenció en crisi,</li> <li>• orientades a l'enfortiment i desenvolupament, en persones i en col·lectius, de la capacitat d'autoafirmació positiva i de control efectiu del seu entorn.</li> </ul>
Investigació i intervenció	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protagonitzades per una persona <b>professional individual</b>, en la seva qualitat d'<i>experta</i> i <i>especialista</i> que treballa:</li> <li>• des d'una perspectiva <b>monodisciplinària</b>, <b>monoprofessional</b>, monoparadigmàtica i monometodològica,</li> <li>• de manera <b>directiva</b>,</li> <li>• des d'una <b>posició vertical</b>, de monopoli del poder i del saber,</li> <li>• en una <b>relació asimètrica</b> de subjecte a objecte,</li> <li>• <i>sobre</i> una <b>persona pacient, passiva i heterònoma</b>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A càrrec d'un <b>equip</b> integrat per professionals i paraprofessionals que treballa:</li> <li>• des d'una òptica <b>interdisciplinària</b>, <b>multiprofessional</b>, multiparadigmàtica i multimetodològica,</li> <li>• de manera <b>participativa</b>,</li> <li>• des d'una <b>posició horitzontal</b>, compartint el poder i el saber,</li> <li>• en una <b>relació simètrica</b> de subjecte a subjecte,</li> <li>• <i>amb</i> <b>persones i grups actius i autònoms</b>.</li> </ul>

Model biopsicopatològicoclinic i model biopsicosocialcomunitari.

## 2. Recursos teorico metodològics de la psicologia social comunitària de la salut

Els recursos conceptuals, teòrics, metodològics i tècnics tenen caràcter interdisciplinari. En nombroses publicacions sobre psicologia comunitària es fa referència a marcs conceptuals, paradigmes, programes, models analítics i operatius, etc., que inclouen elements diversos i heterogenis (psicologia clínica comunitària, salut mental comunitària, psicologia conductual comunitària, enfocament organitzacional sistèmic, models ecològicotransaccionals i d'acció i canvi social, prevenció estrès psicosocial, intervenció en crisi, suport social, competència, subministraments, enfortiment, conscienciació, (des)alienació, alliberament, etc.).

En tant que corrent emergent, encara en procés de formació i formalització, la psicologia (social) comunitària de la salut no es caracteritza per un camp temàtic propi, ni per un cos teòric substantiu i específic; sinó per la seva manera d'enfocar, percebre, valorar i tractar les qüestions que aborda.

En aquest apartat, a tall d'exemple, destacarem especialment alguns dels recursos teòrics i metodològics emprats habitualment per la psicologia comunitària que ens semblen especialment significatius respecte a la dimensió psicosocial de la salut:

- 1) La *prevenció* de tot tipus de trastorns, patològics al camp de la salut (trastorns psíquics, abús de drogues, depressió, etc.), com a objecte d'investigació i intervenció.
- 2) L'*estrès psicosocial* com a model de les interaccions persona-ambient, en un context de canvis significatius a l'entorn social, i la *intervenció en crisi* com a recurs operatiu en un esquema global de prevenció.

### 2.1. Prevenció

Es tracta d'un concepte que emergeix en el context de la crisi del model clínic assistencial tradicional i de les tendències recents als camps de l'epidemiologia i de la salut pública. Cobra consistència teòrica en la influent obra de Caplan (1964), que posa els seus "principis de psiquiatria preventiva" al servei dels professionals que treballen en programes comunitaris de promoció de la salut mental, de tractament precoç dels trastorns psíquics i de rehabilitació de les persones afectades per aquests. I rep una empenta significativa per diverses di-

#### Lectures recomanades

- Caplan, G. (1964). *Principios de Psiquiatria Preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.

rectives de l'OMS, de manera que la prevenció arriba a constituir una de les senyes d'identitat de la psicologia comunitària. La taula següent esquematitza el model operatiu de la prevenció.

#### Esquema general de la prevenció

Tipus	Primària	Secundària	Terciària
Objecte	Causes	Crisi	Efectes
Enfocament	Proactiu	Actiu	Reactiu
Temps	Abans de l'emergència del problema.	Durant la irrupció del problema.	Després de l'aparició del problema.
Objectius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducció de la <b>incidència o freqüència</b> (del nombre de casos nous).</li> <li>• Reforç dels coneixements, aptituds i recursos necessaris per a afrontar amb garantia d'èxit crisis futures.</li> <li>• Desactivació de factors de risc, facilitadors o precipitants de l'aparició del problema.</li> <li>• Enfortiment del <i>sentit de comunitat</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminució de la <b>prevalença o durada</b> (del nombre total de casos que hi ha).</li> <li>• Detecció precoç dels nous casos declarats.</li> <li>• Restabliment dels nivells habituals d'autocontrol, autoestima i funcionament general.</li> <li>• Reparació urgent dels trastorns manifestos.</li> <li>• Reducció del risc de victimització secundària.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimització de l'<b>impacte</b> (del deteriorament patològic).</li> <li>• Reducció dels símptomes (de l'extensió, intensificació i cronificació dels trastorns).</li> <li>• Evitació de recaigudes.</li> <li>• Rehabilitació biopsicosocial.</li> </ul>
Camp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Població general.</li> <li>• Grups de risc.</li> <li>• Ambients i experiències de risc (<i>esdeveniments i transicions vitals</i>).</li> </ul>	Persones, grups i entorns organitzacionals i comunitaris immersos en contextos estressants.	Persones afectades per trastorns aguts o crònics.
Estratègies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informació i sensibilització.</li> <li>• Conscienciació i educació.</li> <li>• Màrqueting social.</li> <li>• Promoció de la qualitat de vida.</li> <li>• Protecció social.</li> <li>• Creació de xarxes de suport social.</li> <li>• Enfortiment (<i>empowerment</i>) de la capacitat de resposta personal a demandes de l'entorn social.</li> <li>• Capacitació d'aquest per a una atenció satisfactòria a les necessitats personals.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenció en crisi.</li> <li>• Assistència primària.</li> <li>• Consulta, consell.</li> <li>• Orientació.</li> <li>• Acompanyament.</li> <li>• Suport social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teràpia biopsicosocial.</li> <li>• Recursos d'afrontament (<i>coping</i>).</li> <li>• Grups d'autoajuda.</li> <li>• Xarxes de suport social.</li> <li>• Orientació i acompanyament.</li> <li>• Resocialització.</li> <li>• Reinserció psicosocial.</li> </ul>

Adaptat de J.M. Blanch (2002). "Trabajar en la modernidad industrial". A J.M. Blanch (coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales I* (pàg. 93). Barcelona: Ediuoc.

El punt d'articulació de la prevenció primària amb la psicologia comunitària rau en la premissa de la ubicació exògena (el context sociocultural) de la font causal de trastorns potencials. Aquest és un camp central de la investigació i intervenció comunitàries, coordinat amb el de la prevenció *clínica*, dirigida a persones individuals amb *factors predisposants* (prevenció primària) i que, òbviament, té un paper central a l'hora de tractar les ja afectades (prevenció secundària i terciària).

"*Prevenir*" no consisteix fonamentalment a teoritzar o interpretar, ni tampoc a aplicar un mètode o una tècnica d'intervenció específics. Es tracta més aviat de l'efecte combinat d'una actitud, una perspectiva, una manera de veure la realitat i una opció estratègica, que indueixen a pensar i a actuar d'una manera característica: modificant intencional-

ment el previsible *transcurs natural* dels esdeveniments, actuant sobre els factors generadors del seu procés. La prevenció en majúscules és la **primària**. Dins d'aquesta, es distingeix un triple vessant:

- El **genèric**, dirigit al conjunt de la població, pretén millorar la qualitat i les condicions de vida en els vessants material, social i biopsicològic.
- L'**inespecífic**, que apunta a eliminar circumstàncies favorables a l'aparició de disfuncions (fracàs professional o organitzacional, desocupació laboral, estrès i *burn-out* laboral, etc.).
- L'**específic**, aplicat a problemàtiques particulars, com per exemple la referida a l'abús de l'alcohol o d'altres drogues en determinats sectors professionals, on es treballa sota una intensa pressió social."

J.M. Blanch (2002). Trabajar en la modernidad industrial. A J.M. Blanch (coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales I* (pàg. 92). Barcelona. Ediuoc.

Com a exemple de prevenció específica, podem assenyalar la penalització del comerç de droga o de l'abús sexual, la formació de professionals que han d'atendre persones víctimes que podrien ser sotmeses a un procés de "victimització secundària" (persones que han estat objecte de violació sexual, de violència domèstica, afectades per la sida, etc.) deguda a una deficient qualitat d'atenció professional.

La **prevenció primària** és "proactiva", perquè procura evitar la irrupció dels factors estressants i és "reactiva" quan intenta reforçar els recursos de persones i grups en situació de risc per afrontar experiències estressants.

La prevenció primària exigeix un bon coneixement de l'ambient social comunitari que serveix d'escenari de situacions i conductes de risc. Aquest escenari està compost d'elements objectius (com, per exemple, la legislació vigent, els serveis sanitaris, socials, educatius, policials, jurídics, els sistemes de protecció social, les xarxes de suport mutu, etc.) i subjectius (sentit de comunitat, valors i creences subjectives sobre salut i malaltia, expectatives de control dels propis problemes, etc.).

L'enfocament psicosocial comunitari de la salut no consisteix, doncs, en una simple ampliació de la perspectiva psicopatològica, des del que és intraindividual fins al que és social, sinó en una modificació dels paràmetres convencionals en funció dels quals el model biomèdic defineix els trastorns psicològics.

Es basa més aviat en la premissa de la complexitat multidimensional de l'entorn vital de les persones i dels grups humans, que fa que la salut aparegui estretament vinculada a l'economia i la cultura, a la política, al dret i l'ecologia, a l'urbanisme i l'educació, al mercat laboral i el clima social, a les xarxes i nuclis organitzatius de les interaccions socials, als valors i les normes que regeixen la vida quotidiana de les persones, grups, organitzacions i comunitats. Per això, la intervenció comunitària funciona, en aquest sentit, com una espècie de frontissa que articula la funció clínica amb la política social.

## 2.2. Estrès psicosocial i intervenció en crisi

L'enfocament comunitari de l'**estrès psicosocial** (vegeu la taula següent) concep la vida social com un escenari d'experiències de tensió psicològica derivades

de les dificultats d'adaptació personal a determinats imperatius de l'entorn vital. Aquest enfocament combina les perspectives *ecològica*, que permet d'identificar espais (contextos i situacions físicosocials), on neixen determinades fonts d'estressors psicosocial, i la *transaccional*, que presta especial atenció als temps (processos, fases) en què augmenta el risc de disfuncions psicològiques per estrès.

### Model d'estressor psicosocial

<b>Concepte</b>	L'estressor és l'experiència sostinguda d'una persona que afronta demandes ambientals que li resulten o li semblen excessives, amb uns recursos disponibles que són o considera insuficients per a satisfer-les. L'excessiva freqüència, intensitat o durada de la resposta natural d'estressor comporta el risc d'una repercussió negativa sobre el propi benestar (físic i psicològic) i el desencadenament d'una <i>crisi</i> subsegüent, de potencials efectes patològics.
<b>Font estressant</b>	L'estressor ha estat estudiat com a "resposta personal", com a "estímul ambiental" i com a "interacció ambient-persona" que intervien en la situació.
<b>Fases</b>	"Alarma", "resistència" i "esgotament".
<b>Escenaris d'estressor psicosocial</b>	a) <b>Transicions vitals</b> (adolescència, desocupació, divorci, jubilació, canvi d'escola o de residència, reconversió professional etc.). b) <b>Esdeveniments vitals</b> ( <i>life events</i> ), fets traumàtics per si mateixos (tortura, violació, maltractament físic, etc.) i tot tipus de situacions generals que apareixen com a importants i, al temps, perilloses i amenaçadores, en ser percebudes com a impredecibles i incontrolables o com a ocasió de demandes ambigües, conflictives, excessives o insuficients (davant de les quals no hi ha la possibilitat d'una resposta funcional i satisfactòria).
<b>Moderadors de la reacció d'estressor</b>	a) Recursos materials disponibles (diners, feina, habitatge, etc.). b) Valoració subjectiva de les demandes situacionals i dels mitjans personals per a satisfer-les. c) Trets psicològics: competències, habilitats i estratègies d'afrontament ( <i>coping</i> ), funcionament fisiològic, cognitiu, emocional i motivacional (grau d'activació, ansietat, nivell d'aspiració, estil atributiu, control percebut, tendència al risc, lloc de control, autoeficàcia, assertivitat, autoestima, por, depressió, culpabilitat, frustració, etc.). d) <b>Suport social</b> (formal i informal), a les seves múltiples facetes d'ajuda física, econòmica, afectiva o informativa, etc., de consell, interacció positiva, àmbit conversacional, expressió emocional o solidaritat grupal. El suport social funciona com a mecanisme de prevenció primària i com a factor pal·liatiu de trastorns psicològics.
<b>Objectiu de la intervenció psicosocial</b>	1) <b>Prevenició primària</b> , actuant sobre les circumstàncies en què previsiblement es produeixen reaccions estressants, abans que tinguin lloc. 2) <b>Intervenció en crisi</b> , durant el procés de reacció d'estressor subsegüent a una experiència traumatitzant.
<b>Estratègia interventiva</b>	a) <b>Desenvolupament comunitari</b> , creació de xarxes socials, millora de les condicions i de la qualitat de vida. b) Dotació a les persones de mitjans adequats per a afrontar les situacions estressants (suport social, <b>sentit de comunitat</b> , competències, habilitats socials, capacitat objectiva i subjectiva de control – <b>empowerment</b> –, recursos econòmics, informació, etc.).

Adaptat de J.M. Blanch (2002). "Trabajar en la modernidad industrial". A J.M. Blanch (coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales I* (pàg. 84-85). Barcelona: Ediuoc.

El model d'estressor psicosocial permet la identificació dels espais i temps de risc d'ocurrència d'experiències estressants. La intervenció preventiva proactiva en aquest camp apunta a la minimització dels potencials efectes patològics subsegüents a la reacció d'estressor. La prevenició primària reactiva, per la seva banda, s'orienta a l'enfortiment dels recursos de les persones exposades a aquestes circumstàncies estressants.



Així, doncs, en el seu vessant teòric, el model explica per què se solen produir certes crisis associades a l'estrès psicosocial i prediu quan, on i com es poden desenvolupar. En l'operativa, assenyalava els corresponents temps, espais i modes de la intervenció primària corresponent.

Aquest model destaca la importància del *suport social*, com a ajuda rebuda objectivament i/o percebuda subjectivament. Aquest suport fa una funció preventiva, reforçant conductes saludables i inhibint comportaments de risc, i al temps pal·liativa, minimitzant l'impacte patològic de l'estrès en augmentar el control percebut, el benestar psicològic, l'autoestima, el sentit de comunitat, etc.

La prevenció primària al camp de l'estrès psicosocial se situa a les antípodes de la clínica tradicional, que actua lluny de l'espaitemps de la producció de l'estrès (en la prevenció terciària). També significa, des de cert angle, un pas endavant respecte a la **intervenció en crisi** (vegeu taula següent), que es queda a mig camí entre la prevenció primària i la terciària, en actuar a prop de l'espaitemps estressant. Funciona com una espècie de clínica que surt al carrer i s'avança al moment en què la víctima d'una crisi decideix acudir al consultori.

#### Lectura recomanada

Hombrados, M.I. (comp.) (1997). *Estrés y Salud*. València: Promolibro.

#### Lectura recomanada

Slaikeu, K.A. (1984). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. Mèxic: El Manual Moderno, 1988.

#### Model d'intervenció en crisi

<b>Problema</b>	Un estat temporal de trastorn general, activat per algun esdeveniment traumatitzant, viscut com a amenaçador, desafiador, desbordant. Es caracteritza per una múltiple desorganització fisiològica, cognitiva, emocional, conductual i psicosocial, que inhabilita la persona per a respondre eficaçment, amb els seus actuals recursos disponibles i/o percebuts, a les demandes de la seva situació.
<b>Objectiu general</b>	Restablir la persona en la situació precrítica, restaurant el seu nivell de funcionament habitual en el seu medi microsòcial i comunitari natural.
<b>Objectius específics</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminació del dolor i el malestar present.</li> <li>• Restitució de la capacitat d'autocontrol cognitiu i emocional.</li> <li>• Recuperació del nivell de funcionament habitual.</li> <li>• Dotació de recursos personals i socials idonis per a afrontar amb competència futures situacions estressants.</li> <li>• Prevenció d'eventuals recaigudes i de la victimització secundària.</li> </ul>
<b>Espaitemps de l'acció</b>	El més pròxim al lloc i el més immediat possible al moment del desencadenament del problema.
<b>Estratègia interventiva</b>	Interdisciplinària, directiva, polivalent, flexible.

Pres de J.M. Blanch (2002). "Trabajar en la modernidad industrial". A J.M. Blanch (coord.). *Teoría de las Relaciones Laborales I* (pàg. 95). Barcelona: Ediuoc.

Si la prevenció primària fos cent per cent eficaç, seria absolutament innecessària la "intervenció en crisi". Quan falla la prevenció primària, llavors es recorre a la intervenció en crisi com a mal menor, amb vista a evitar el mal major de la intervenció terciària, quan el quadre patològic ja s'ha desenvolupat.

En general, els efectes estressants de certes transicions (desocupació, divorci, jubilació, etc.) i d'alguns esdeveniments vitals (la mort d'una persona familiar pròxima després d'una llarga malaltia, el fracàs escolar com a resultat d'un llarg currículum de fracassos acadèmics puntuals, etc.) són fàcilment previsibles i prevenibles.

Tanmateix, algunes experiències traumatitzants de victimització (tortura, violació sexual, episodis aïllats de violència domèstica, atemptat terrorista, greu accident de trànsit o laboral, tot tipus de catàstrofes, etc.) irrompen sense previ avís. Enfront d'això, no hi ha una altra opció que la intervenció en crisi, que apunta a minimitzar els trastorns en persones i grups que han quedat en estat d'especial vulnerabilitat biopsicosocial.

La intervenció en crisi funciona com una espècie de psicoteràpia que surt del marc artificial del consultori clínic per a intervenir a prop de l'escenari natural dels fets estressants. Per la seva funció reparadora, constitueix una varietat de la psicoteràpia tradicional. En el que comporta de prevenció primària de possibles futurs trastorns que podrien derivar de l'experiència crítica original, constitueix una modalitat d'intervenció comunitària.

## Resum

En aquest mòdul, hem estudiat la psicologia comunitària de la salut com a exemple bàsic dels desenvolupaments de la disciplina en altres camps d'investigació i intervenció.

A la nostra anàlisi del seu context sociohistòric d'emergència, hem aprofundit especialment en el que l'enfocament comunitari aporta de correctiu, de complement i d'alternativa a la perspectiva "clínica" de la salut. La "comunitat" és una referència crucial per a la comprensió dels processos relacionats amb el benestar/malestar humà i un factor clau per al desenvolupament del concepte positiu de "salut" formulat per l'OMS, en la seva acta fundacional de 1948, en tant que "estat de complet benestar físic, psicològic i social".

La història de la psicologia comunitària va associada a la preocupació pels problemes de patologia psicosocial derivats del dèficit del que és comunitari. Neix, doncs, com a resposta disciplinària de la psicologia a necessitats i demandes socials. Ho fa formalment als Estats Units, als anys seixanta, de la mà de la psicologia clínica. Als setanta, reneix a l'Amèrica Llatina, basant-se en la psicologia social i en altres ciències socials. A Europa, es desenvolupa especialment en el marc de la xarxa pública dels serveis socials, sanitaris i educatius comunitaris.

En el marc dels Estats Units, la psicologia comunitària comença funcionant bàsicament com a correctiu, com a complement i, en part, com a alternativa a la psiquiatria i a la psicologia clínica convencionals; com a reacció al doble biaix individualista i patologista inherent al model biomèdic clínic tradicional. Al llatinoamericà, ha d'abordar qüestions psicosocials més urgents i immediates que la de la salut mental: les associades a la pobresa, la desigualtat, l'opressió i l'exclusió socials.

Als Estats Units, s'usa habitualment l'expressió *psicologia comunitària*, associada a les funcions d'assistència i de protecció social, especialment pel que fa a la salut. A Amèrica Llatina, en canvi, gaudeix de més acceptació l'expressió *psicologia social comunitària*, més relacionada amb la meta del "canvi social".

Entre els recursos teòrics i metodològics emprats habitualment per la psicologia comunitària de la salut hem destacat especialment els de la "prevenció primària" de trastorns patològics al camp de la "salut", l'"estrès psicosocial" i la "intervenció en crisi".



## Activitats

1. En un determinat barri de la ciutat, es detecta un augment significatiu de casos de persones joves afectades pel VIH+. Tot indica que el factor clau de l'extensió d'aquest fenomen són les relacions heterosexuales.

Descriu les maneres típiques respectives d'abordar aquest problema per la psicologia clínica individual i per la psicologia comunitària de la salut.

2. La Maria acaba de ser víctima d'un robatori amb violència física. L'Antoni porta tres anys suportant la pressió de la persecució moral a la qual el sotmet un directiu de la seva empresa.

Relacioneu cada una d'aquestes dues situacions estressants amb els models operatius de "prevenció" i d'"intervenció en crisi". Escolliu el model que estimeu més pertinent per a operar en les respectives situacions de la Maria i l'Antoni, i justifiqueu la vostra elecció.

## Exercicis d'autoavaluació

1. La psicologia comunitària de la salut...

- a) tracta dels problemes psicopatològics individuals atenent les seves causes socials.
- b) aborda problemes patològics que afecten grups específics.
- c) promou el desenvolupament dels aspectes saludables positius a la comunitat.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

2. L'OMS, a la seva Acta constitucional de 1948, defineix la "salut" com a...

- a) estat de la persona que no es troba malament en absolut.
- b) situació de les comunitats en què a ningú no li fa mal res.
- c) estat de complet benestar físic, psicològic i social.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

3. La psicologia comunitària de la salut...

- a) neix a Europa de la mà de la sociologia política.
- b) neix als Estats Units de la mà de la psicologia clínica.
- c) neix a Amèrica Llatina de la mà de la psicologia social.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

4. El model biomèdic...

- a) emfasitza els factors orgànics de la salut i de la malaltia.
- b) tracta la persona malalta com un subjecte pacient i passiu.
- c) aborda amb criteris similars els trastorns físics i els mentals.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

5. La psicologia comunitària de la salut...

- a) nega tota validesa i utilitat al model biomèdic.
- b) promou el desenvolupament de grans hospitals psiquiàtrics.
- c) defensa la privatització dels ambulatoris com a solució als problemes de salut pública.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

6. La psicologia comunitària de la salut...

- a) sosté que només el saber dels experts permet de combatre la bogeria.
- b) procura treballar amb equips de professionals i paraprofessionals.
- c) tracta de no sortir de l'estricta ortodòxia de la ciència mèdica.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

7. El model biomèdic (MBM) i el psicosocial comunitari (MPSC) es diferencien en el fet que...

- a) l'MBM treballa només amb pastilles i l'MPSC ho fa només a base de consells.
- b) l'MBM es desenvolupa només a la medicina privada i l'MPSC només en la pública.
- c) l'MBM estableix una relació "metge-pacient" asimètrica i vertical, i l'MPSC l'estableix més simètrica i horitzontal.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

8. La prevenció primària de l'estrès...

- a) procura evitar la irrupció de factors estressants.
- b) intenta reforçar els recursos de grups especialment vulnerables a l'estrès.
- c) actua abans de l'aparició de les crisis d'estrès.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

9. El model d'estrès psicosocial...

- a) pressuposa que el suport social és una font primària d'estrès.
- b) permet d'identificar espais i temps de risc d'experiències estressants.
- c) combina la medicina tradicional amb tècniques orientals de relaxació.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

10. La intervenció en crisi...

- a) tracta de restablir l'autocontrol cognitiu i emocional.
- b) actua en causes de divorci, intervenint entre les parts.
- c) sintetitza els elements fonamentals del model mèdic i el model policial.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.
- e) Totes les respostes anteriors són falses.

## Solucionari

1. d. 2. c. 3. a. 4. d. 5. e. 6. b. 7. c. 8. d. 9. b. 10. a.

## Glossari

**comunitat** *f* Qualitat del que és comú o compartit, contraposada a la del que és privat o particular.

**community psychology** *f* Vegeu psicologia comunitària.

**crisi** *f* Estat temporal de trastorn general, activat per algun esdeveniment viscut com a amenaçador, desafiador i desbordant. Es caracteritza per una múltiple desorganització fisiològica, cognitiva, emocional, conductual i psicosocial, que inhabilita la persona per a respondre eficaçment, amb els seus actuals recursos disponibles i/o percebuts, a les demandes de la seva situació.

**estrès** *m* Experiència sostinguda d'una persona que afronta demandes ambientals que li resulten o li semblen excessives, amb uns recursos disponibles que són o que considera insuficients per a satisfer-les.

**estrès psicosocial** *m* Modalitat específica d'estrès que, en un enfocament comunitari, pot ser objecte de prevenció, mitjançant la identificació dels seus potencials escenaris de desenvolupament: a) les "transicions vitals" (adolescència, desocupació, divorci, jubilació, canvi d'escola o de residència, reconversió professional, etc.) i b) els "esdeveniments vitals" (*life events*), fets traumàtics per si mateixos (tortura, violació, maltractament físic, etc.) i tot tipus de situacions generals que apareixen com a importants i, alhora, perilloses i amenaçadores, en ser percebudes com a impredecibles i incontrolables o com a ocasió de demandes ambigües, conflictives, excessives o insuficients (davant de les quals no hi ha la possibilitat d'una resposta funcional i satisfactòria).

**intervenció en crisi** *f* Forma d'actuació que es desenvolupa el més pròxim al lloc i el més immediat possible al temps d'ocurrència d'un problema (crisi). Amb aquesta, es pretén restaurar el nivell de funcionament habitual en la situació precrítica.

**model biomèdic** *m* Enfocament organicista, patologista i individualista dels problemes referents a la salut física, mental i social, i caracteritzat per una forma de relació "metge-pacient" directiva, asimètrica, vertical, de monopoli del poder i del saber "mèdic" sobre una persona pacient i passiva.

**prevenció primària** *f* Estratègia que indueix a pensar i a actuar d'una manera característica: modificant intencionalment el previsible esdevenir natural dels successos, actuant sobre els factors generadors del seu procés, per a evitar-ne els efectes indesitjables.

**psicologia comunitària** *f* Expressió amb origen als Estats Units aplicada a funcions d'assistència i de protecció social, especialment pel que fa a la salut.  
*en* community psychology

**psicologia comunitària de la salut** *f* Psicologia que, a diferència de la individual –que focalitza allò que és propi, únic, específic i diferencial de cada persona–, tracta dels aspectes comuns i compartits –és a dir, socials–, del funcionament psicològic, tant atenent al seu vessant negatiu, patològic i problemàtic, com al positiu, saludable i optimitzable.

**psicologia social comunitària** *f* Expressió habitual a Amèrica Llatina, s'aplica a la disciplina en el que té de relació amb la meta del "canvi social".

**salut** *f* Estat de complet benestar físic, psicològic i social (definició de l'OMS el 1948 en la seva acta fundacional).

## Bibliografia

### Bibliografia bàsica

Martín, A. (Ed.) (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Síntesis. Obra integradora de les aportacions de dotzenes d'especialistes, de dos continents, pertanyents a onze països, inscrits a les més diverses tendències epistemològiques, teòriques, metodològiques i pràctiques.

Montero, M. (coord.) (1994). *Psicología Social Comunitaria*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

Col·lecció d'aportacions teòriques, metodològiques i empíriques d'un selecte conjunt d'especialistes de l'àmbit llatinoamericà.

Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: EUB, 1998.

Extens i sistemàtic tractat acadèmic sobre les bases teòriques i operatives de la disciplina.

Serrano-García, I., i Rosario-Collazo, W. (Eds.) (1992). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social Comunitaria*. Río Piedras, PR: Ed. Universitaria.

Síntesi didàctica d'aportacions de reflexió i elaboració teòrica, d'investigació empírica i d'intervenció pràctica desenvolupada a Puerto Rico.

Serrano, I., Bravo, M., Rosario, W., i Gorrín, J.J. (1998). *La Psicología Social Comunitaria y la Salud*. Río Piedras, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.

Introducció teòrica i empírica a la psicologia social comunitària de la salut.

## **Bibliografia complementària**

Álvaro, J.L., Torregrosa, J.R., i Garrido, A. (1992). *Influencias sociales y psicológicas en salud mental*. Madrid: Siglo XXI.

Ander-Egg, E. (1980). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Barcelona: El Ateneo.

Barriga, S. (1988). *Salud y Comunidad*. Sevilla: Diputación Provincial.

Bloom, B.L. (1973). *Community Mental Health*. A B. L. Bloom (1973). *Community Mental Health: A historical and critical analysis*. Morristown: General Learning Press.

Bloom, B.L. (1984). *Community Mental Health: A general introduction*. Nova York: Brooks-Cole.

Brown, G.W., i Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.

Calderón, G. (1984). *Salud Mental Comunitaria*. Mèxic: Trillas.

Caplan, G. (1964). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1979.

Caplan, G. (1993). *Aspectos preventivos en salud mental*. Barcelona: Paidós.

Costa, M., i López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Conde, J.A., i Isidro, A.I. (comp.) (1995). *Psicología Comunitaria. Salud y Calidad de vida*. Madrid: Eudema.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica* (2 vol.) Mèxic: FCE, 1979.

Goffman, E. (1961). *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1972.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

Hombrados, M.I. (1996). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Màlaga: Aljibe.

Hombrados, M.I. (comp.) (1997). *Estrés y Salud*. València: Promolibro.

Martín, A., Chacón, F., i Martínez, M. (Eds.) (1998). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.

Martín, A. (Ed.) (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Síntesis.

Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la Liberación* (A. Blanco ed.). Madrid: Trotta.

Martínez, M.F. (comp.) (1993). *Psicología Comunitaria*. Sevilla: Eudema.

Montero, M. (coord.) (1994). *Psicología Social Comunitaria*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara Pubs.

Musitu, G., Berjano, E., i Bueno, J.R. (1990). *Psicología Comunitaria*. València: Nau.

Nisbet, R. (1953). *The quest for Community*. Nova York: Orford.

Ovejero, A. (1987). *Psicología Social y Salud*. Oviedo: Publicaciones Universidad.

Páez, D. (coord.) (1986). *Salud mental y factores psicosociales*. Barcelona: Martínez Roca.



- Putnam, R.D. (2001). *The dynamics of Social Capital*. Princeton: Princeton University Press.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values, Research and Action*. Nova York: Rinehart & Winston.
- Rodríguez Marín, J. (comp.) (1995). *Aspectos psicosociales de la Salud y de la Comunidad*. Barcelona: PPU.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona: EUB, 1998.
- Sarason, S.B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Serrano, I., i Rosario, W. (Eds.) (1992). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social Comunitaria*. Río Piedras, PR: Ed. Universitaria.
- Serrano, I., Bravo, M, Rosario, W., i Gorrín, J.J. (1998). *La Psicología Social Comunitaria y la Salud*. Río Piedras, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Slaikeu, K.A. (1984). *Intervenció en crisis. Manual para práctica e investigación*. Mèxic: El Manual Moderno, 1988.
- WHO (1982). *Health Policy in relation to Employment in the Community*. Copenhaguen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- WHO (1983). *Depressive Disorders in different cultures*. Copenhaguen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- WHO (1984). *Underlying processes of becoming socially vulnerable*. Copenhaguen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Wiesenfeld, E., i Sánchez, E. (coord.) (1995). *Psicología Social Comunitaria. Contribuciones latinoamericanas*. Caracas: Trópicos.
- Zax, M., i Specter, G.A. (1979). *Introducción a la psicología comunitaria*. Mèxic: El Manual Moderno.

