

Psicología Comunitaria de la Salud

Leonor M. Cantera Espinosa

P03/80050/01503

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Comunidad y salud	7
1.1. Fundamentos comunitarios de la salud	8
1.2. De la biopsicopatología clínica a la biopsicosociología comunitaria	11
1.2.1. El contexto de emergencia en EE.UU.	12
1.2.2. Factores externos socioculturales	12
1.2.3. Evolución general de las disciplinas, profesiones y servicios	14
1.2.4. Crisis del modelo biomédico tradicional	16
2. Recursos teóricos y metodológicos de la Psicología Social Comunitaria de la Salud	21
2.1. Prevención	21
2.2. Estrés psicosocial e intervención en crisis	24
Resumen	27
Actividades	29
Ejercicios de autoevaluación	29
Solucionario	31
Glosario	31
Bibliografía	31

Introducción

En el campo de la **comunidad** confluyen líneas de investigación e intervención desarrolladas desde diversas disciplinas. En Psicología Comunitaria coexisten numerosos marcos conceptuales, con sus respectivos enfoques teóricos, nociones fundamentales y estrategias de análisis y de actuación.

En este módulo estudiaremos la emergencia de la Psicología Comunitaria de la **Salud** como ejemplo básico de los desarrollos de la misma Psicología Comunitaria en otros ámbitos.

Trataremos, en primer lugar, de las relaciones entre salud y *comunidad*. A continuación, analizaremos el contexto de constitución de la Psicología Comunitaria de la Salud y algunos de los factores que contribuyen a desarrollos teóricos y prácticos en este campo, profundizando especialmente en lo que el enfoque comunitario aporta de correctivo, de complemento y de alternativa a la perspectiva **clínica** de la salud.

Sobre esta base describiremos algunos de sus recursos conceptuales y operativos: los de prevención, estrés psicosocial e intervención en crisis, que, junto con otros que también tratamos a lo largo de la asignatura (*empowerment*, intervención-acción-participación, apoyo social...), nos darán una idea de cómo se piensa y de cómo se trabaja en Psicología Comunitaria.

Objetivos

Con este módulo, el estudiante ha de alcanzar las metas siguientes:

- 1.** Familiarizarse con las perspectivas teóricas que trabajan el campo de la Psicología (Social) Comunitaria de la Salud.
- 2.** Comprender el carácter social, histórico y cultural de los desarrollos teóricos, metodológicos, temáticos y prácticos de la disciplina.
- 3.** Utilizar adecuadamente el vocabulario básico desarrollado en el texto y resumido en el glosario.
- 4.** Identificar la especificidad y los componentes principales del enfoque comunitario de las cuestiones relativas a la salud.
- 5.** Distinguir el modo comunitario del modo clínico de abordar la salud (mental).
- 6.** Extraer implicaciones prácticas de la adopción del punto de vista comunitario para la intervención en otros campos de relevancia social y distintos del de la salud.

1. Comunidad y salud

Desde el punto de vista etimológico, “**comunidad**” es la cualidad de lo que es común o compartido, contrapuesta a la de lo privado o particular.

La **psicología comunitaria de la salud**, a diferencia de la individual –que focaliza aquello que es propio, único, específico y diferencial de cada persona–, trata de los aspectos comunes y compartidos –es decir, sociales– del funcionamiento psicológico, tanto atendiendo a su vertiente negativa, patológica y problemática, com a la positiva, saludable y optimizable.

Todas las dimensiones y significados que la literatura científicosocial interdisciplinar descubre en el concepto de comunidad remiten a aspectos significativos de la relación entre la salud y lo comunitario, según podemos visualizar en la tabla siguiente:

Dimensión	Significado
Población	Conjunto articulado de personas, familias, grupos y organizaciones que comparten la vida local y, por tanto, el conjunto de necesidades, problemas, desafíos, amenazas, recursos y oportunidades concernientes a la salud.
Entorno	Hábitat que habita a sus <i>habitantes</i> , a quienes generalmente da el nombre <i>colectivo</i> y unos <i>hábitos característicos</i> , en tanto que escenario natural de su cotidianidad y de interacciones más o menos <i>saludables</i> con el mismo.
Historia	Herencia común de experiencias, modelos de convivencia y estilos de vida que inciden directamente sobre la calidad de la salud individual y colectiva.
Economía	Organización de las condiciones de la vida y de la gestión local de bienes y servicios básicos, entre los que destacan los concernientes a la salud.
Cultura	Configuración específica de las formas locales de ver y vivir la realidad y de las estrategias orientadas al logro de las metas comunes, entre las que se incluyen las relativas al afrontamiento de la vida y la muerte, del placer y del dolor, del bienestar y del malestar, de la salud y la enfermedad.
Sociedad	<i>Realidad social</i> local, en tanto que estructura normalizada de relaciones humanas en el nivel mesosocial. El (sub)sistema social comunitario tiene una doble vertiente: la informal, que incluye los procesos e interacciones desarrollados en las microunidades familiares, vecinales y de grupos primarios, y la formal, que abarca los que se producen en el marco de las instituciones sociales y los servicios públicos. Ambas vertientes están estrechamente relacionadas con los factores sociales de la salud y de la patología, que repercuten sobre el grado de <i>vulnerabilidad</i> o de <i>protección</i> al respecto.
Socialidad	Dimensión socioafectiva de las relaciones sociales locales, irreductible a la lógica del intercambio (dominante en el mercado) y a la del poder (propia del Estado). Está estrechamente relacionada con el grado objetivo o percibido de apoyo social que las personas necesitamos experimentar para sentirnos bien y para prevenir o paliar efectos patológicos.
Identidad	En su faceta objetiva, remite a un colectivo que comparte valores, símbolos, intereses, objetivos y estrategias y que constituye un campo de acción de políticas, servicios, redes, investigaciones e intervenciones biopsicosocio-sanitarias . En la subjetiva, cohesionan un conjunto que se autoidentifica como protagonista de su propio destino, mediante un sentimiento de pertenencia categorial y la conciencia de vinculación voluntaria y moral a un endogrupo <i>nosotros</i> específico, diferenciado e integrado, que protege de la exclusión, el aislamiento y el desarraigo sociales. Sin esta faceta, no resultaría nada fácil el desarrollo de procesos psicosociales comunitarios como el fortalecimiento o el mencionado apoyo social percibido.

1.1. Fundamentos comunitarios de la salud

Desde que, en su Acta fundacional, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un “estado de completo bienestar físico, psicológico y social”, lo comunitario constituye un marco de referencia crucial para la comprensión de los procesos relacionados con el bienestar/males-tar humanos. A la luz de esta perspectiva, cobra nuevo sentido toda la tradición científicosocial referente a la comunidad.

Entre los clásicos del siglo XIX que insisten en la estrecha relación entre comunidad y bienestar figuran los grandes patriarcas de las ciencias sociales: Marx sostiene que las relaciones sociales desarrolladas en el contexto capitalista impiden la “comunidad” del ser humano con la naturaleza y consigo mismo. Por su parte, Durkheim observa con preocupación que el progreso de la *división del trabajo social* no arrastra consigo formas de “solidaridad” superiores. A lo largo del siglo XX, en un mundo en cambio acelerado, la búsqueda del bienestar aparece estrechamente vinculada a tópicos de la investigación y de la intervención en las ciencias humanas y sociales como los de la *búsqueda de la comunidad*, la *nostalgia* de lo comunitario y el *retorno a la comunidad*.

Sin embargo, es Tönnies quien, ya en 1887, esboza de modo más directo y sistemático la relación de la comunidad con la salud (tal como la concibe la OMS) al contraponer la *comunidad* (*Gemeinschaft*) a la *asociación* (*Gesellschaft*) y llamar la atención sobre el riesgo de disolución de la primera en la segunda, con los pre- visibles efectos sociopatológicos.

La forma *comunitaria* de convivencia tiene base orgánica, natural, emocional, espontánea, moral, estable y vital, mientras que la *asociacional* es de carácter predominantemente racional, artificial, instrumental, utilita- rio, estratégico y contractual.

Entre los ejemplos del modo “comunitario” de vida invoca la fami- lia, el vecindario, la tribu, las agrupaciones religiosas y la nación, ins- tituciones que, en definitiva, forjan sus vínculos sobre la base de la tierra, la sangre, la tradición, los símbolos, las creencias o los senti- mientos compartidos. Entre los del modo “asociacional” señala la empresa, el sindicato, la ciudad y el estado, que aparecen como agru- paciones sociales en función de intereses.

Esta concepción tonnesiana de la comunidad sirve de marco de refe- rencia para una comprensión de los factores comunitarios de la sa- lud. En la comunidad las personas permanecen unidas, a pesar de los factores separadores, mientras que en la asociación permanecen se- paradas, a pesar de los factores unificadores. Ello es atribuido, por un lado, a que la comunidad se organiza tradicionalmente en contextos de estrati-

Lecturas complementarias

- K. Marx y F. Engels (1848). *Manifiesto comunista*. Madrid: Akal, 1997.
- E. Durkheim (1893). *La División del trabajo Social*. Madrid: Akal, 1982.
- R. Nisbet (1953). *The quest for Community*. Nueva York: Oxford University Press.

Lectura recomendada

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



ficación social simple, a través de vínculos socioafectivos, primarios y estables, así como de redes de relaciones cara a cara, impregnadas de intimidad interpersonal, carga emocional y altruismo recíproco. Los entornos comunitarios, al tiempo que integran al individuo en la sociedad, le proporcionan un marco de interacción, apoyo, pertenencia e identidad, que le protege contra los estragos del desarraigo, el aislamiento y la soledad. Y, por el otro, a que, en contrapartida, la moderna asociación aparece en entornos macrosociales y organizacionales complejos, esto es, en grupos secundarios que, por su carácter contractual, son escenario de interacciones efímeras, instrumentales y superficiales.

En el transcurso del siglo xx aumentan los motivos de preocupación por los indicios de crisis, ocaso y desintegración social y cultural de lo comunitario, por su impacto en la salud y en el bienestar psicológico y por las múltiples formas y oportunidades de malestar social y de alienación personal que brinda la sociedad contemporánea. En efecto, los nuevos valores dominantes en la vida moderna industrial, capitalista y urbana, y también en la sociedad de la información —entre los que destacan el individualismo, la competitividad, la productividad, el logro (combinado de éxito y lucro), el dinero, el consumo, etc.—, conllevan la contrapartida de importantes niveles de insolidaridad, desarraigo, conflictividad, marginación, soledad y exclusión social, económica, política y cultural, con los consiguientes efectos perversos asociados, en forma de lo que algunos sociólogos denominan *patología social* (pobreza, violencia callejera y doméstica, delincuencia y criminalidad, alcoholismo y otras drogadicciones, fracaso escolar, laboral y familiar, anomia y malestar cultural).

En esta línea, científicos sociales norteamericanos, siguiendo los pasos de sus precursores europeos, detectan síntomas de disolución de lo comunitario en los Estados Unidos de América, un declive de formas de solidaridad tradicional y la consiguiente reducción progresiva del tejido social intermedio, formado por los grupos primarios familiares, vecinales, de aldeas rurales y de grupos de creencias religiosas. Entre ellos destaca recientemente el politólogo Putnam (2001), que señala el “**déficit de Capital Social**” (de redes formales e informales de relaciones sociales y de apoyo mutuo) como factor del creciente “malestar” e “infelicidad” en la sociedad estadounidense. Para este autor, este déficit de experiencia y de sentido de comunidad constituye además una circunstancia de riesgo para la misma “democracia”, en tanto que sistema abierto y participativo.

A lo largo de los últimos tiempos, esta preocupación por los problemas derivados del déficit de lo comunitario está en la base de diversos informes epidemiológicos, como el de Brown & Harris (1978) sobre *Los orígenes sociales de la depresión* —con un enfoque que recuerda el del estudio de Durkheim (1897) sobre *El suicidio* de tipo anómico.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, a principios de los años ochenta, publicó una serie de informes sobre el tema, con títulos como *Polí-*

Lecturas recomendadas

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

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

tica de salud en relación con el empleo en la comunidad (1982), *Los desórdenes depresivos en diferentes culturas* (1983) y *Procesos subyacentes al devenir socialmente vulnerable* (1984), entre otros, en los que atribuye las altas tasas de incidencia y de prevalencia de trastornos depresivos en las sociedades industriales avanzadas al impacto de los factores psicosociales estresantes derivados del desarraigo cultural, del aislamiento social y de la desintegración de mecanismos comunitarios, tradicionalmente protectores de los individuos frente a las amenazas y peligros que les acechan desde el entorno macrosocial. En esas mismas ideas profundiza el informe de la Fundación Europea (1999) sobre *El empleo precario y sus consecuencias en la salud en la Unión Europea*.

Sin embargo, también resultan observables tendencias de signo contrario: de “retorno de”, de “regreso a”, o de simple “metamorfosis” de lo comunitario en un entorno sociocultural caracterizado por el dominio de lo asociacional. Las ciencias sociales en general han constatado no sólo el flujo de los procesos de masificación y de despersonalización en contextos macrosociales y organizacionales, sino que también se han rendido a la evidencia de reflujos subterráneos, que inducen a pensar en un proceso mucho más complejo que el de un simple recambio de un modelo predominantemente comunitario por otro de tipo asociacional.

En efecto, el progreso de la psicología social se ha desarrollado paralelamente al reconocimiento de la omnipresencia de los grupos primarios en organizaciones sociales formalmente asociacionales como la ciudad, la fábrica, la escuela, el hospital o el ejército, así como la naturaleza socioafectiva y para-comunitaria de formas sociales tan heterogéneas como bandas, mafias, sectas, tribus urbanas, asociaciones diversas, redes sociales de apoyo mutuo, sindicatos, partidos políticos, organizaciones no gubernamentales, e incluso en tendencias tan dispares como comunismos, anarquismos, fascismos, nacionalismos y fundamentalismos religiosos.

Ante esta perspectiva, no resulta sorprendente la constatación de que numerosos movimientos políticos, sociales y urbanos, modas culturales, utopías e ideologías de los más diversos signos hayan sido objeto de diagnósticos diversos y aparentemente conflictivos. Desde cierto ángulo, han sido considerados expresiones de crisis, de patología social y de declive de la *comunidad*. Otros puntos de vista los califican de síntomas de búsqueda nostálgica de la comunidad perdida.

También hay quien los concibe como intentos de creación o reconstrucción del sentido psicológico de comunidad, que funciona como punto de articulación de la identidad individual y de la social y como fuente de bienestar subjetivo. Esta vivencia de la interdependencia y la reciprocidad, de la compañía y la mutualidad se alimenta de la experiencia personal cotidiana de las redes sociales, de los dispositivos de apoyo mutuo, de las relaciones cooperativas, de los mecanismos de solidaridad, de los sentimientos de pertenencia, de la voluntad de integración, del compromiso moral, de la vinculación afectiva y de referentes simbólicos para la identificación colectiva.

Lectura complementaria

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

Lectura recomendada

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

Las puntuaciones en escalas de sentido de comunidad son utilizadas como indicadores del grado de cohesión de una sociedad. La crisis de este sentido subjetivo suele formar un círculo vicioso con el proceso objetivo de la desintegración social. Por eso, el mantenimiento, el refuerzo o la recuperación de este factor psicosocial constituye un desafío fundamental para la sociedad contemporánea, y particularmente para la política social y para la intervención comunitaria en los campos de la salud y del bienestar humano en general.

1.2. De la biopsicopatología clínica a la biopsicosociología comunitaria

Hasta hace pocas décadas, la relación de la comunidad con la salud ha sido objeto de atención más de la sociología y de las ciencias sociales en general que de la psicología o de la misma medicina. La Psicología Comunitaria de la salud es una respuesta disciplinaria de la psicología a necesidades y demandas sociales, y también a cuestiones y retos que tenía que afrontar como disciplina aplicada.

La psicología comunitaria nace formalmente en los Estados Unidos, en los años sesenta, de la mano de la psicología clínica, renace en la América Latina a partir del decenio siguiente, apoyándose en la psicología social y en otras ciencias sociales, y se aclimata al entorno europeo, especialmente en el marco de la red pública de los servicios sociales comunitarios.

Obviamente, las categorías analíticas, los modelos teóricos y operativos, los anclajes disciplinares, los campos temáticos prioritarios y la misma ideología de base sobre la respuesta disciplinar a cuestiones relativas a bienestar psicológico y a calidad de vida, habían de ser significativamente distintas ante entornos sociales, económicos, políticos y culturales tan relativamente dispares como el norteamericano, el latinoamericano y el europeo.

La Psicología Comunitaria de patente norteamericana gira, en sus inicios, casi exclusivamente en torno al eje de la salud integral, en tanto que estado de bienestar físico, psicológico y social, funcionando básicamente como correctivo, como complemento y, en parte, como alternativa a la psiquiatría y a la psicología clínica convencionales.

Por su parte, la iberoamericana afronta especialmente cuestiones y desafíos psicosociales mucho más urgentes, visibles e inmediatos que el de la salud mental (los que subyacen a la pobreza, la desigualdad, la opresión y la exclusión sociales), focalizando la vulnerabilidad psicosocial asociada a situaciones de deprivación socioeconómica y políticocultural.

En el ámbito europeo, la Psicología Comunitaria aparece como un sesgo característico de la intervención psicosocial desde servicios públicos básicos de atención primaria, especialmente en los ámbitos sanitario, social y educativo.

En los EE.UU., la disciplina se presenta bajo la denominación habitual de *Psicología Comunitaria* (*community psychology*) y tiende a estar más directamente asociada a las funciones de asistencia y de protección social, especialmente en lo que concierne a la salud. En América Latina tiende a imponerse la de *Psicología Social Comunitaria* y está más bien relacionada con la meta del cambio social.

Atendiendo a esta circunstancia, no aportaremos de entrada una definición ontológica de la naturaleza de la disciplina, sino una reconstrucción sociohistórica de su contexto de emergencia, de sus principales líneas de evolución y de algunas de sus aportaciones teóricas y operativas en lo que respecta al campo de la salud; que es el que constituyó el ámbito inicial de la Psicología Comunitaria y el que ha servido de referencia básica para la extensión de la disciplina hacia otros frentes de intervención.

1.2.1. El contexto de emergencia en EE.UU.

La *Psicología Comunitaria* se instituye formalmente como nombre y como proyecto en 1965, en la Conferencia de Swampscott (Boston), que afronta el desafío de la *Educación de los psicólogos para la salud mental comunitaria*.

La etapa inicial se caracteriza por el énfasis en la corrección del doble sesgo individualista y patologista de la psicología aplicada a la salud mental. Un decenio más tarde, en la segunda Conferencia de Austin (1975), se amplía la perspectiva de los programas de entrenamiento, abriéndose hacia un enfoque más interdisciplinar de las cuestiones, trascendiendo el estrecho ámbito de la salud mental y atendiendo especialmente a la dimensión preventiva de la intervención, tendencia que se ha consolidado relativamente a lo largo del último cuarto de siglo.

El proceso de constitución de la Psicología Comunitaria no es producto del azar ni surge de la nada, sino que emerge como una especie de síntesis programática de una multiplicidad de tendencias heterogéneas, que comparten un denominador común en el que se combinan referentes críticos, alternativos, ampliadores y complementarios con respecto a los modos tradicionales de enfocar y de tratar las cuestiones concernientes a la salud y al bienestar de las personas.

Algunas de tales tendencias son de orden social en general y otras de carácter intradisciplinar (de la psicología en sentido amplio). Ambas cobran su significado y sentido en el contexto socioeconómico y políticocultural en que se desarrollan.

1.2.2. Factores externos socioculturales

La sociedad norteamericana de los años sesenta protagoniza y amplifica un complejo proceso de cambio sociocultural a escala planetaria, que tiene unas ca-

racterísticas específicas en todo el Norte desarrollado y unas particularidades *made in USA*.

En un contexto de crecimiento económico, de pleno empleo, de apertura ideológica y política internas, de deshielo en las relaciones internacionales con el Este y de guerra en Viet-Nam, la sociedad estadounidense está inmersa en un proceso de cambio, efervescencia y activismo social, político y cultural, que se hace visible a través de las manifestaciones más diversas.

Entre ellas destacan la crisis del modelo tradicional de familia, la ruptura generacional, la exaltación social e institucional del individualismo (la salud, por ejemplo, es considerada un asunto privado y su atención se confía básicamente a la iniciativa privada, tal como propone y defiende la poderosa AMA –American Medical Association), que conlleva un singular déficit de solidaridad y altas tasas de aislamiento, desarraigo y soledad. Todo ello en concordancia con la ideología liberal del éxito (de unos, con su inevitable contrapartida del fracaso de otros), en un orden “meritocrático”, en un sistema competitivo (donde figura bajo mínimos el valor social de la cooperación), consumista y masificador.

Y también el crecimiento de focos de violencia urbana, delincuencia y criminalidad, así como de múltiples formas de patología social, con una calle llena de minorías que reclaman reconocimiento, de movimientos contraculturales, de reivindicación corporativa, de manifestaciones racistas, pro-derechos civiles, a favor o en contra de la libertad sexual o del aborto, militaristas o antibelicistas. También se hacen evidentes altas tasas de fracaso escolar, especialmente entre los sectores socialmente desfavorecidos y el cóctel explosivo de *sexo-droga-rock'n'roll*, hippismo, masificación universitaria, inflación de titulados superiores en una sociedad “sobreeducada”; todo lo cual aumenta el riesgo percibido de desintegración social y cultural. Tales son algunos de los elementos característicos de la década en los USA.

Y todo ello, y a pesar de ello, en un clima social de optimismo histórico, de espíritu utópico y de un sentido común que se alimenta de la creencia firme en la necesidad, la posibilidad, la deseabilidad y la viabilidad de cambios positivos que, por supuesto, no podían dejar de afectar a la salud mental, al bienestar psicológico y a la calidad de vida en general.

En este contexto, los planes políticos de reforma social, de guerra a la pobreza y de igualdad racial, promovidos y gestionados por una administración democrata, ansiosa de aplicar sus programas electorales y, al tiempo, de consolidar y ampliar su cuota de votantes entre los sectores socialmente desaventajados de la población, chocan frontalmente con la resistencia política y social del conservadurismo republicano, que trata de convertirlos en papel mojado.

Ante este complejo panorama, no resulta difícil imaginar la impresión de anacronismo y obsolescencia que debían producir en numerosos profesionales de

la salud mental ciertos esquemas psiquiátricos, psicodiagnósticos y psicoterapéuticos que habían aprendido en su paso por la universidad unos lustros antes.

Mientras tanto, la psicología social académica de los EE.UU. centra sus esfuerzos en el desarrollo de sofisticados experimentos de laboratorio y la profesional, congregada en torno a la SPSSI (Sociedad para el Estudio Psicológico de Cuestiones Sociales), trabaja en campos con poca relación directa con el de la salud mental. Ello permite comprender el hecho de que la Psicología Comunitaria norteamericana reciba su impulso inicial de la psicología clínica.

1.2.3. Evolución general de las disciplinas, profesiones y servicios

A principios del siglo XIX, la psiquiatría norteamericana daba una notable importancia al tratamiento “moral” de la enfermedad mental, a base del fomento de “buenos hábitos” en campos como la higiene, el trabajo, la práctica religiosa o la lectura. A finales de este siglo, sin embargo, el Darwinismo Social explicaba las altas tasas de morbilidad psicopatológica entre las clases bajas urbanas como síntoma de “inferioridad” biosocial. La enfermedad mental, por tanto, tenía “mal pronóstico”, por lo que el internamiento de las personas “locas” no podía tener otra función que la de su aislamiento social.

Si bien las influyentes ideas de la escuela sociológica de Chicago y de la psicología conductista crearon, a principios del siglo XX, un ambiente más favorable a la consideración de los factores sociocomunitarios de la salud mental, el largo periodo de crisis social y económica comprendido entre las dos guerras mundiales no fue un marco propicio para las reformas en este ámbito. Pasado este largo túnel, la constitución de la OMS, la entrada en escena en los cincuenta de las drogas psicoactivas (que facilitan un tratamiento combinado de los trastornos mentales, a base de psicofármacos y de terapias sociales y psicológicas extrahospitalarias) y el progresivo arraigo del movimiento pro derechos civiles preparan el terreno para la creación, en 1963, de los centros comunitarios de salud mental.

También tienen su importancia a este respecto el desarrollo de la psiquiatría militar, que desarrolla en los años cincuenta programas de detección y tratamiento precoz, preparando el terreno de la **psiquiatría preventiva**. No menos importante en esta línea fueron las ideas innovadoras de Adolf Mayer, que anticipó en algunas décadas el concepto **salud mental comunitaria** y el movimiento de “higiene mental”, que insiste en la prevención en salud pública.

Tampoco son extraños a la emergencia de la Psicología Comunitaria de la Salud el éxito de los desarrollos en dinámica de grupos, especialmente en lo que concierne a la comunidad terapéutica, ni la aclimatación en los EE.UU. de la psicología lewiniana de la investigación-acción orientada a la solución de problemas

sociales; ni la influencia de la SPSSI, ni de las nuevas corrientes conductistas que enfatizan la importancia de los escenarios sociales de la conducta individual, así como la de los mecanismos psicológicos implicados en el control del ambiente.

A lo largo de los años sesenta se produce un progresivo conocimiento y reconocimiento públicos de un múltiple desafío que deben afrontar los servicios de salud mental:

- 1) El aumento del número y de la tipología de personas usuarias.
- 2) La creciente complejidad de las necesidades y demandas individuales y sociales en lo concerniente a salud mental.
- 3) La estructura de las desigualdades sociales ante la salud (Durán, 1983), que conlleva especiales dificultades de acceso a los servicios de salud mental para los sectores socialmente más desfavorecidos de la población.
- 4) La reivindicación social de dotación de mayor número de plazas para profesionales en salud mental, para hacer frente a la creciente demanda de servicios en este ámbito.

La conciencia social de este estado de la situación y los compromisos políticos derivados del programa del partido demócrata en el poder conducen a la decisión de incrementar cuantitativa y cualitativamente los recursos dedicados a la salud mental, con la consiguiente contrapartida de una mayor exigencia de eficacia y eficiencia en la gestión de los mismos, fundamentada, a su vez, en la responsabilidad política de dar cuenta de los resultados de los programas financiados mediante los impuestos de los contribuyentes.

En este sentido, la urgencia de racionalizar y economizar los recursos, de maximizar los resultados y minimizar los costes de los servicios de salud mental constituye un empuje y un incentivo significativos para la puesta en marcha de la Psicología Comunitaria en tanto que modelo de innovación organizacional de los servicios de salud.

La Psicología Comunitaria constituye la cara renovada de la profesión en los nuevos centros comunitarios en salud mental.

Asimismo, la constitución de la nueva disciplina tiene algo que ver con el hecho de que, en esta época, se produce por primera vez en la historia una relativa saturación de titulados superiores especialistas en salud mental que no pueden abrirse camino profesional en la academia ni en consultorios privados a los que no pueden llegar amplios sectores de la población. Por otra parte, la elevación del nivel de vida de la mayoría de la gente permite que muchas personas aspiren a la satisfacción de necesidades de otro orden, entre las que des-

tacan las concernientes a la salud mental y al bienestar psicológico. Ello atrae el desarrollo de servicios en estos ámbitos.

La historia se escribe no sólo gracias a los grandes acontecimientos, sino también a la influencia de anécdotas aparentemente irrelevantes, pero que funcionan como coyunturas favorables. A ese respecto, los cronistas de la época suelen citar acontecimientos como la presencia puntual de algunos profesionales de la psicología en la *Dirección del Instituto Nacional de la Salud Mental*, así como la existencia pionera de algún equipo interdisciplinar de psiquiatras y psicólogos (como el constituido alrededor de Caplan), que ejerce una función innovadora en tanto que “minoría activa” impulsora de cambios.

A nivel intradisciplinar, diversos vectores apuntan hacia la creación de la Psicología Comunitaria. Por una parte, la insatisfacción, decepción y autocritica de un creciente número de profesionales de la psicología clínica en relación a la práctica convencional de su disciplina, acompañadas de su creciente reconocimiento de la importancia de los factores socioambientales de la salud mental y de la psicopatología, así como de la compleja interacción de los procesos desarrollados en estos ámbitos con los del resto de la vida de las personas y de los grupos (sociolaboral, familiar, educativo, cultural, jurídico, político, ecológico...). Estos profesionales asumen explícitamente la responsabilidad social y las implicaciones ideológicas de su tarea.

Por otra, una desconfianza pública progresiva en la psicoterapia tradicional para resolver determinados problemas de malestar individual; lo cual se traduce a menudo en demandas judiciales a profesionales de la psicoterapia por “incumplimiento” de su promesa terapéutica y en denuncias a las instituciones hospitalarias como “fábricas de enfermos”.

La Organización Mundial de la Salud impulsa un consenso creciente en torno a la necesidad de superar el enfoque exclusivamente centrado en los síntomas, trastornos, déficits y disfunciones y de atender prioritariamente a la “salud positiva”, dentro de un modelo integral, donde se articulan en un plano de igualdad el bienestar físico, económico y social (Acta constitucional, 1948). En su Conferencia de Alma-Ata (1978), este organismo propone como objetivo 2000 el ideal de una “vida social y económicamente productiva”. Con ello enfatiza la doble vertiente preventiva de lo negativo y promotiva de lo positivo. Esa perspectiva impulsa el desarrollo de una psiquiatría social y preventiva y la progresiva implantación de modelos ecológicos en la psicología de la salud, que subrayan la importancia de los escenarios situacionales cotidianos y especialmente de los comunitarios.

1.2.4. Crisis del modelo biomédico tradicional

En la medicina premoderna, la salud depende de una compleja interacción entre el cuerpo, la mente y el mundo social y espiritual. La filosofía moderna des-

Lectura recomendada

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

cubre el cuerpo humano como una “máquina” separable de lo mental, de lo social y de lo espiritual. La biología establece el modelo adecuado de funcionamiento del cuerpo y la medicina se encarga de reparar los fallos de funcionamiento del mecanismo. La pregunta clave de todo profesional de la medicina a la persona paciente es : “¿dónde le duele?”.

El modelo biomédico tradicional ha prevalecido tanto en el campo de la salud física como en el de la mental. La institución del modelo conlleva una organización jerárquica de los servicios de salud, en la cual la clase médica ocupa el vértice de la pirámide, mientras que las demás profesiones tienen reservadas posiciones y funciones subalternas. Sobre esta pirámide se ha establecido una trama de relaciones de poder y de intereses económicos (entre los que destacan, últimamente, los de la industria farmacéutica). En este contexto, la psicología empezó a trabajar en el campo de la salud mental casi pidiendo permiso y perdón al *establishment* biomédico.

En los años sesenta, este sistema establecido atraviesa una fase de turbulencias que afectan en alguna medida a la estructura del mismo modelo biomédico, a la relación asistencial convencional, a la función psiquiátrica tradicional y a la institución manicomial. Esta crisis presenta múltiples facetas:

a) La historiografía psiquiátrica tradicional concibe la acción de Pinel al desencadenar los locos como una revolución en el campo de la salud mental y la implantación del humanista y progresista modelo médico, que restituye a los locos su dignidad humana al concederles el estatuto de “enfermos”. Freud, al invocar causas psicológicas de los trastornos psicológicos, introduce una segunda revolución en el campo psiquiátrico, liberando la locura y las neurosis de sus pretendidas fuentes orgánicas. En esta progresión, el movimiento comunitarista relativo a salud mental se autopresenta como la tercera generación *revolucionaria*, al reconceptualizar la psicopatología como una problemática de profundas raíces sociales priorizando los determinantes socioambientales de los síntomas individuales y, por tanto, fijando el campo social como frente principal de intervención.

b) El modelo médico de salud/enfermedad mental presupone que los trastornos psicopatológicos obedecen a factores de base orgánica, que se imponen fatalmente al individuo que los padece, por lo que el papel del sujeto *paciente* no puede ser más que *pasivo*, tanto a la hora de la recepción de la enfermedad como a la del tratamiento biotecnológico de la misma que, obviamente, sólo puede ser competencia de profesionales cualificados. Las críticas a este modelo provienen de múltiples sectores de las ciencias humanas y sociales, que atacan especialmente el reduccionismo biologista, el tratamiento dirigido a un individuo aislado, pasivo y paciente, considerado como unidad de análisis e intervención, y el doble cuestionamiento de la competencia de los profesionales de la medicina y de la eficacia de las instituciones psiquiátricas para el tratamiento de problemas psicológicos.



c) En un influyente libro, Foucault realiza una arqueología de la *mirada médica* de la locura, poniendo al descubierto el papel desempeñado por el pensamiento ilustrado en el trasvase de la atención y el tratamiento de la conducta “anormal” a manos de los profesionales de la medicina. Según él, la medicalización de la “locura” constituye una cortina de humo que oculta un proceso subyacente de más profundo calado sociocultural: el mantenimiento de los efectos de “control” y de “exclusión” sociales, esta vez sin cadenas, pero con dispositivos más sólidos, sutiles, sofisticados y eficaces (el yugo de la “enfermedad mental”, el “poder” y el “saber” detentados y ejercidos por profesionales de la psiquiatría y la psicopatología sobre sus “pacientes”, la consistencia de los muros e instituciones manicomiales...).

d) Por su parte, Goffman nos aporta una fenomenología del mundo social del hospital psiquiátrico concebido como “institución total”, en tanto que espacio-tiempo de segregación, con su nítida división social (funcionarios/ internos), sus rituales de iniciación (despersonalización, desprogramación, rutinización), de manipulación del cuerpo y de contaminación social de la persona (violación de la privacidad y múltiples y sutiles formas de coerción, vigilancia, control y represión), de episodios de *looping* (conflictos inescapables: si se calla, se asiente; si se protesta, se refuerza la etiología y el tratamiento) y, en suma, como medio de cronificación del síndrome y como escenario del desarrollo de la carrera moral del paciente mental, de su socialización como estigmatizado (*shock*, conflicto, negociación, crisis, adaptación). Goffman conecta con la “antipsiquiatría” en su consideración de que la fatalidad de la persona loca no radica en el atributo rotulado, sino en el hecho mismo de la atribución (categorización, diferenciación y discriminación) de que es objeto, que le transforma de “portadora” a “poseída” por el “estigma”, lo que la somete a un inevitable e irreversible proceso de “deterioro” de la propia “identidad”.



e) La “Antipsiquiatría” sostiene que el modelo médico resulta inadecuado para el tratamiento de los problemas de salud mental, puesto que es la sociedad la fuente de los problemas y de las soluciones para la enfermedad mental. Desde esta perspectiva, la psiquiatría funciona con una simple agencia de control social y el manicomio no es más que una “fábrica de locos”.

El movimiento de salud mental comunitaria enlaza con una serie de tradiciones críticas con respecto al modelo biomédico, organicista e individualista de afrontamiento de los problemas relativos a la salud mental. La nueva perspectiva considera el entorno social no sólo como una fuente de patologías, sino también de recursos para prevenir trastornos.

Al enfatizar la importancia de la comunidad y de las “fuerzas ambientales” (Zax & Specter, 1979), exige un nuevo tipo de formación necesaria para los profesionales que deben intervenir preventivamente, así como la organización de los mismos en equipos interdisciplinarios y multiprofesionales de salud comunitaria y la institucionalización de sus centros de acción (los *community mental health centers*). Estos centros ofrecen un tratamiento que no comporta una ruptura con el entorno familiar y social de las personas atendidas. Abarca la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento continuo e individualizado de los casos.

Ello conlleva una considerable deshospitalización de los servicios de salud mental, la priorización de servicios ambulatorios ubicados en el seno de la comunidad y el desarrollo de servicios de asistencia primaria enraizados socialmente, así como el rediseño y reorganización de otros servicios asistenciales indirectamente relacionados con la salud (educativos, recreativos, laborales...), la creación de redes sociales de apoyo mutuo y el despliegue de campañas de prevención y de promoción de la salud.

La Psicología Comunitaria de la Salud (de patente americana) es el punto de confluencia de una serie de orientaciones críticas respecto al modelo biomédico clínico tradicional y, al mismo tiempo, el punto de arranque de un movimiento que, en su versión radical, se presenta como alternativo y, en la moderada, como complementario del mismo.

El valor añadido de la Psicología Comunitaria con respecto a movimientos como el de salud mental comunitaria es su énfasis en la importancia del cambio, no sólo de la persona para adaptarse mejor a su ambiente, sino también de todo ambiente insano, para que las personas puedan desarrollar una vida sana.

Mirada con perspectiva, la Psicología Comunitaria de la Salud es más un programa de pensamiento y de acción que un logro plenamente realizado, un movimiento a medio camino entre la utopía ideal y una realidad que se resiste a cambiar.

Irma Serrano y Milagros Bravo (1998) nos definen la **salud** desde la perspectiva psicosocial comunitaria en los siguientes términos:

“La salud es una construcción social de bienestar que resulta de una interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y 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.”

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

Los contrastes entre las formas de trabajar respectivas del modelo biomédico tradicional (psicológico individual) y el psicosocial comunitario queden reflejados en la tabla siguiente, elaborada a partir de Bloom (1973, 1984), Rappaport (1977), Zax y Specter (1979), Calderón (1981), Costa y López (1986), Ovejero (1987), Sánchez (1991), Hombrados (1996), y Serrano et al. (1992, 1998).

Aspecto comparado	Modelo psicológico individual	Modelo psicosocial comunitario
Objeto	Rasgos y procesos de la persona afectada por un problema.	Entorno social e interacción de la persona con su ambiente.
Objetivo	Prevención terciaria de trastornos individuales; resolución asistencial de las disfunciones diagnosticadas.	Prevención (principalmente) primaria de problemas <i>sociales</i> y promoción del bienestar y la calidad de vida.
Estrategia	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo reactivo: espera pasiva • del deterioro de la salud mental, • de alguien que llamará a la puerta por su propia iniciativa, • desde un consultorio o centro asistencial, aislado del mundo real, • para realizar un servicio directo a la persona cliente, • mediante psicoterapia reparadora, paliativa, curativa, de larga duración, • orientada al reajuste del comportamiento <i>anormal</i> a los imperativos de un principio de realidad (normalidad) social incuestionado e inalterado. 	Modelo proactivo: anticipación activa <ul style="list-style-type: none"> • a los acontecimientos problemáticos, • de acuerdo con un plan establecido, • en el espacio-tiempo natural de la vida comunitaria, • mediante acciones indirectas (ingeniería social, educación, etc.), • directas, en forma de terapias breves o de intervención en crisis, • orientadas al fortalecimiento y desarrollo, en personas y en colectivos, de la capacidad de autoafirmación positiva y de control efectivo de su entorno.
Investigación e intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Protagonizadas por una persona profesional individual, en su calidad de <i>experta</i> y <i>especialista</i> que trabaja: • desde una perspectiva monodisciplinar, monoprofesional, monoparadigmática y monometodológica, • de forma directiva, • desde una posición vertical, de monopolio del poder y del saber, • en una relación asimétrica de sujeto a objeto, • sobre una persona paciente, pasiva y heterónoma. 	<ul style="list-style-type: none"> • A cargo de un equipo integrado por profesionales y paraprofesionales que trabajan: • desde una óptica interdisciplinaria, multiprofesional, multiparadigmática y multimetodológica, • de forma participativa, • des de una posición horizontal, compartiendo el poder y el saber, • en una relación simétrica de sujeto a sujeto, • con personas y grupos activos y autónomos.

Modelo biopsicopatológico-clínico y modelo biopsicosocial-comunitario.

2. Recursos teóricos y metodológicos de la Psicología Social Comunitaria de la Salud

Los recursos conceptuales, teóricos, metodológicos y técnicos tienen carácter interdisciplinar. En numerosas publicaciones sobre psicología comunitaria se hace referencia a marcos conceptuales, paradigmas, programas, modelos analíticos y operativos, entre otros, que incluyen elementos diversos y heterogéneos (psicología clínica comunitaria, salud mental comunitaria, psicología conductual comunitaria, enfoque organizacional sistémico, modelos ecológico-transaccionales y de acción y cambio social, prevención de estrés psicosocial, intervención en crisis, apoyo social, competencia, suministros, fortalecimientos, concienciación, (des)alienación, liberación...).

En tanto que corriente emergente, aún en proceso de formación y formalización, la psicología (social) comunitaria de la salud no se caracteriza por un campo temático propio, ni por un cuerpo teórico sustantivo y específico, sino por su modo de enfocar, percibir, valorar y tratar las cuestiones que aborda.

En este apartado, a modo de ejemplo, destacaremos especialmente algunos de los recursos teóricos y metodológicos empleados habitualmente por la Psicología Comunitaria que nos parecen especialmente significativos con respecto a la dimensión psicosocial de la salud:

- 1) La *prevención* de todo tipo de trastornos patológicos en el campo de la salud (trastornos psíquicos, abuso de drogas, depresión...) como objeto de investigación e intervención.
- 2) El *estrés* psicosocial como modelo de las interacciones persona-ambiente, en un contexto de cambios significativos en el entorno social, y la intervención en crisis como recurso operativo en un esquema global de prevención.

2.1. Prevención

Se trata de un concepto que emerge en el contexto de la crisis del modelo clínico asistencial tradicional y de las tendencias recientes en los campos de la epidemiología y de la salud pública. Cobra consistencia teórica en la influyente obra de Caplan (1964), quien pone sus “principios de psiquiatría preventiva” al servicio de los profesionales que trabajan en programas comunitarios de promoción de la salud mental, de tratamiento precoz de los trastornos psíqui-

cos y de rehabilitación de las personas afectadas por los mismos. Y recibe un empuje significativo por diversas directivas de la OMS, de modo que la prevención llega a constituir una de las señas de identidad de la psicología comunitaria. La tabla siguiente esquematiza el modelo operativo de la prevención.

Esquema general de la prevención

Tipo	Primaria	Secundaria	Terciaria
Objeto	Causas	Crisis	Efectos
Enfoque	Proactivo	Activo	Reactivo
Tiempo	Antes de la emergencia del problema.	Durante la irrupción del problema.	Después de la aparición del problema.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Reducción de la incidencia o frecuencia (del número de casos nuevos). Refuerzo de los conocimientos, aptitudes y recursos necesarios para afrontar con garantía de éxito posibles crisis futuras. Desactivación de factores de riesgo, facilitadores o precipitantes de la aparición del problema. Fortalecimiento del <i>sentido de comunidad</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución de la prevalencia o duración (del número total de casos existentes). Detección precoz de los nuevos casos declarados. Restablecimiento de los niveles habituales de autocontrol, autoestima y funcionamiento general. Reparación urgente de los trastornos manifiestos. Reducción del riesgo de victimización secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Minimización del impacto (del deterioro patológico). Reducción de los síntomas (de la extensión, intensificación y cronificación de los trastornos). Evitación de recaídas. Rehabilitación biopsicosocial.
Campo	<ul style="list-style-type: none"> Población general. Grupos de riesgo. Ambientes y experiencias de riesgo (<i>acontecimientos</i> y <i>transiciones vitales</i>). 	Personas, grupos y entornos organizacionales y comunitarios inmersos en contextos estresantes.	Personas afectadas por trastornos agudos o crónicos.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> Información y sensibilización. Concientización y educación. Marketing social. Promoción de la calidad de vida. Protección social. Creación de redes de apoyo social. Fortalecimiento (<i>empowerment</i>) de la capacidad de respuesta personal a demandas del entorno social. Capacitación de éste para una atención satisfactoria a las necesidades personales. 	<ul style="list-style-type: none"> Intervención en crisis. Asistencia primaria. Consulta, consejo. Orientación. Acompañamiento. Apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia biopsicosocial. Recursos de afrontamiento (<i>coping</i>). Grupos de autoayuda. Redes de apoyo social. Orientación y acompañamiento. Resocialización. Reinserción psicosocial.

Adaptada de J. M. Blanch (2002). Trabajar en la modernidad industrial. A J. M. Blanch (Coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales I* (p. 93). Barcelona: Ediuoc.

El punto de articulación de la prevención primaria con la psicología comunitaria radica en la premisa de la ubicación exógena (el contexto sociocultural) de la fuente causal de trastornos potenciales. Éste es un campo central de la investigación e intervención comunitarias, coordinado con el de la prevención *clínica*, dirigida a personas individuales con *factores predisponentes* (prevención primaria) y que, obviamente, juega un papel central a la hora de tratar las ya afectadas (prevención secundaria y terciaria).

“**Prevenir** no consiste fundamentalmente en teorizar o interpretar, ni tampoco en aplicar un método o una técnica de intervención específicos. Se trata más bien del efecto combinado de una actitud, una perspectiva, un modo de ver la realidad y una opción estratégica que induce a pensar y a actuar de una forma característica: modificando intencionalmente el previsible devenir natural de los acontecimientos, actuando sobre los factores generadores de su proceso [...] La prevención en mayúsculas es la **primaria**. Dentro de ella, se distingue una triple vertiente:

- La **genérica**, dirigida al conjunto de la población, pretende mejorar la calidad y las condiciones de vida en las vertientes material, social y psicológica.
- La **inespecífica**, que apunta a eliminar circunstancias favorables a la aparición de disfunciones (fracaso profesional o organizacional, desempleo laboral, estrés y *burn-out* laboral, etc.).
- La **específica**, aplicada a problemáticas particulares, como por ejemplo la referida al abuso del alcohol o de otras drogas en determinados sectores profesionales, donde se trabaja bajo una intensa presión social.”

J. M. Blanch (2002). Trabajar en la modernidad industrial. A J. M. Blanch (Coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales I* (p. 92). Barcelona: Ediuoc.

Como ejemplo de prevención específica, podemos señalar la penalización del comercio de droga o del abuso sexual, la formación de profesionales que deben atender a personas víctimas que podrían ser sometidas a un proceso de “victimización secundaria” (personas que han sido objeto de violación sexual, de violencia doméstica, afectadas por el sida...) debida a una deficiente calidad de atención profesional.

La **prevención primaria** es “proactiva” porque procura evitar la irrupción de los factores estresantes y es “reactiva” cuando intenta reforzar los recursos de personas y grupos en situación de riesgo para afrontar experiencias estresantes.

La prevención primaria exige un buen conocimiento del ambiente social comunitario que sirve de escenario de situaciones y conductas de riesgo. Este escenario está compuesto de elementos objetivos (como, por ejemplo, la legislación vigente, los servicios sanitarios, sociales, educativos, policiales, jurídicos, los sistemas de protección social, las redes de apoyo mutuo...) y subjetivos (sentido de comunidad, valores y creencias subjetivas sobre salud y enfermedad, expectativas de control de los propios problemas...).

El enfoque psicosocial comunitario de la salud no consiste, pues, en una simple ampliación de la perspectiva psicopatológica, desde lo intraindividual hasta lo social, sino en una modificación de los parámetros convencionales en función de los cuales el modelo biomédico define los trastornos psicológicos.

Se basa más bien en la premisa de la complejidad multidimensional del entorno vital de las personas y de los grupos humanos, que hace que la salud aparezca estrechamente vinculada a la economía y a la cultura, a la política, al derecho y a la ecología, al urbanismo y a la educación, al mercado laboral y al cli-

ma social, a las redes y núcleos organizativos de las interacciones sociales, a los valores y las normas que rigen la vida cotidiana de las personas, grupos, organizaciones y comunidades. Por ello, la intervención comunitaria funciona, en este sentido, como una especie de bisagra que articula la función clínica con la política social.

2.2. Estrés psicosocial e intervención en crisis

El enfoque comunitario del estrés psicosocial (véase la tabla siguiente) concibe la vida social como un escenario de experiencias de tensión psicológica derivadas de las dificultades de adaptación personal a determinados imperativos del entorno vital. Este enfoque combina las perspectivas *ecológica*, que permite identificar espacios (contextos y situaciones físico-sociales) donde nacen determinadas fuentes de estrés psicosocial, y la *transaccional*, que presta especial atención a los tiempos (procesos, fases) en que aumenta el riesgo de disfunciones psicológicas por estrés.

Modelo de estrés psicosocial

Concepto	El <i>estrés</i> es la experiencia sostenida de una persona que afronta demandas ambientales que le resultan o le parecen excesivas, con unos recursos disponibles que son o considera insuficientes para satisfacerlas. La excesiva frecuencia, intensidad o duración de la respuesta natural de estrés comporta el riesgo de una repercusión negativa sobre el propio bienestar (físico y psicológico) y el desencadenamiento de una <i>crisis</i> subsiguiente, de potenciales efectos patológicos.
Fuente estresante	El estrés ha sido estudiado como “respuesta personal”, como “estímulo ambiental” y como “interacción ambiente-persona” que intervienen en la situación.
Fases	Alarma, resistencia y agotamiento.
Escenarios de estrés psicosocial	a) Transiciones vitales (adolescencia, desempleo, divorcio, jubilación, cambio de escuela o de residencia, reconversión profesional...). b) Acontecimientos vitales (<i>life events</i>), hechos traumáticos por sí mismos (tortura, violación, maltrato físico...) y todo tipo de situaciones generales que aparecen como importantes y, al mismo tiempo, peligrosas y amenazadoras, al ser percibidas como impredecibles e incontrolables o como ocasión de demandas ambiguas, conflictivas, excesivas o insuficientes (ante las que no cabe la posibilidad de una respuesta funcional y satisfactoria).
Moderadores de la reacción de estrés	a) Recursos materiales disponibles (dinero, empleo, vivienda, etc.). b) Valoración subjetiva de las demandas situacionales y de los medios personales para satisfacerlas. c) Rasgos psicológicos: competencias, habilidades y estrategias de afrontamiento (<i>coping</i>), funcionamiento fisiológico, cognitivo, emocional y motivacional (grado de activación, ansiedad, nivel de aspiración, estilo atributivo, control percibido, tendencia al riesgo, lugar de control, autoeficacia, asertividad, autoestima, miedo, depresión, culpabilidad, frustración, etc.). d) Apoyo social (formal e informal), en sus múltiples facetas de ayuda física, económica, afectiva o informativa..., de consejo, interacción positiva, ámbito conversacional, expresión emocional o solidaridad grupal. El apoyo social funciona como mecanismo de prevención primaria y como factor paliativo de trastornos psicológicos.
Objetivo de la intervención psicosocial	1) Prevención primaria , que actúa sobre las circunstancias en que previsiblemente se producen reacciones estresantes antes de que tengan lugar. 2) Intervención en crisis , durante el proceso de reacción de estrés subsiguiente a una experiencia traumatizante.
Estrategia interventiva	a) Desarrollo comunitario , creación de redes sociales, mejora de las condiciones y de la calidad de vida. b) Dotación a las personas de medios adecuados para afrontar las situaciones estresantes (apoyo social, sentido de comunidad , competencias, habilidades sociales, capacidad objetiva y subjetiva de control – <i>empowerment</i> –, recursos económicos, información, etc.).

Adaptada de J. M. Blanch (2002). Trabajar en la modernidad industrial. A J. M. Blanch (Coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales I* (pp. 84-85). Barcelona: Ediuoc.

El modelo de estrés psicosocial permite la identificación de los espacios y tiempo de riesgo de ocurrencia de experiencias estresantes. La intervención preventiva proactiva en este campo apunta a la minimización de los potenciales efectos patológicos subsiguientes a la reacción de estrés. La prevención primaria reactiva, por su parte, se orienta al fortalecimiento de los recursos de las personas expuestas a estas circunstancias estresantes.

Así, pues, en su vertiente teórica, el modelo explica el por qué suelen producirse ciertas crisis asociadas al estrés psicosocial y predice cuándo, dónde y cómo pueden desarrollarse. En la operativa, señala los correspondientes tiempos, espacios y modos de la intervención primaria correspondiente.

Este modelo destaca la importancia del *apoyo social* como ayuda objetivamente recibida y/o subjetivamente percibida. Este apoyo hace una función preventiva, reforzando conductas saludables e inhibiendo comportamientos de riesgo, y al tiempo paliativa, minimizando el impacto patológico del estrés al aumentar el control percibido, el bienestar psicológico, la autoestima, el sentido de comunidad, entre otros.

La prevención primaria en el campo del estrés psicosocial se sitúa en las antípodas de la clínica tradicional, que actúa lejos del espacio-tiempo de la producción del estrés (en la prevención terciaria). También significa, desde cierto ángulo, un paso adelante con respecto a la **intervención en crisis** (véase la tabla siguiente), que se queda a medio camino entre la prevención primaria y la terciaria, al actuar cerca del espacio-tiempo estresor. Funciona como una especie de clínica que sale a la calle y se adelanta al momento en que la víctima de una crisis decide acudir al consultorio.

Lectura recomendada

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

Modelo de intervención en crisis

Problema	Un estado temporal de trastorno general, activado por algún acontecimiento traumatizante, vivido como amenazador, desafiador, desbordante. Se caracteriza por una múltiple desorganización fisiológica, cognitiva, emocional, conductual y psicosocial, que inhabilita a la persona para responder eficazmente, con sus actuales recursos disponibles y/o percibidos, a las demandas de su situación.
Objetivo general	Restablecer la persona en la situación precrítica, restaurando su nivel de funcionamiento habitual en su medio microsocia y comunitario natural.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del dolor y el malestar presente. • Restitución de la capacidad de autocontrol cognitivo y emocional. • Recuperación del nivel de funcionamiento habitual. • Dotación de recursos personales y sociales idóneos para afrontar con competencia futuras situaciones estresantes. • Prevención de eventuales recaídas y de la victimización secundaria.
Espacio-tiempo de la acción	Lo más próximo al lugar y lo más inmediato posible al momento del desencadenamiento del problema.
Estrategia interventiva	Interdisciplinar, directiva, polivalente, flexible.

Tomada de J. M. Blanch (2002). Trabajar en la modernidad industrial. A J. M. Blanch (Coord.), *Teoría de las Relaciones Laborales I* (p. 95). Barcelona: Ediuoc.

Si la prevención primaria fuera cien por cien por ciento eficaz, haría absolutamente innecesaria la intervención en crisis. Cuando falla la prevención primaria, entonces se recurre a la intervención en crisis como mal menor, de cara a evitar el mal mayor de la intervención terciaria, cuando el cuadro patológico ya se ha desarrollado.

En general, los efectos estresantes de ciertas transiciones (desempleo, divorcio, jubilación...) y de algunos acontecimientos vitales (la muerte de una persona familiar próxima después de una larga enfermedad, el fracaso escolar como resultado de un largo currículum de fracasos académicos puntuales...) son fácilmente previsibles y prevenibles.

Sin embargo, algunas experiencias traumatizantes de victimización (tortura, violación sexual, episodios aislados de violencia doméstica, atentado terrorista, grave accidente de tráfico o laboral, todo tipo de catástrofes...) irrumpen sin previo aviso. Ante ello, no cabe otra opción que la intervención en crisis, que apunta a minimizar los trastornos en personas y grupos que han quedado en estado de especial vulnerabilidad biopsicosocial.

La intervención en crisis funciona como una especie de psicoterapia que sale del marco artificial del consultorio clínico para intervenir cerca del escenario natural de los hechos estresores. Por su función reparadora, constituye una variedad de la psicoterapia tradicional. Por lo que conlleva de prevención primaria de posibles trastornos futuros que podrían derivar de la experiencia crítica original, constituye una modalidad de intervención comunitaria.

Resumen

En este módulo hemos estudiado la Psicología Comunitaria de la Salud como ejemplo básico de los desarrollos de la disciplina en otros campos de investigación e intervención.

En nuestro análisis de su contexto sociohistórico de emergencia, hemos profundizado especialmente en lo que el enfoque comunitario aporta de correctivo, de complemento y de alternativa a la perspectiva clínica de la salud. La comunidad es una referencia crucial para la comprensión de los procesos relacionados con el bien/malestar humano y un factor clave para el desarrollo del concepto positivo de salud formulado por la OMS, en su Acta fundacional de 1948, en tanto que “estado de completo bienestar físico, psicológico y social”.

La historia de la Psicología Comunitaria va asociada a la preocupación por los problemas de patología psicosocial derivados del déficit de lo comunitario. Nace, pues, como respuesta disciplinar de la psicología a necesidades y demandas sociales. Lo hace formalmente en los Estados Unidos, en los años sesenta, de la mano de la psicología clínica. En los setenta renace en la América Latina, apoyándose en la psicología social y en otras ciencias sociales. En Europa se desarrolla especialmente en el marco de la red pública de los servicios sociales, sanitarios y educativos comunitarios.

En el marco estadounidense, la Psicología Comunitaria empieza funcionando básicamente como correctivo, como complemento y, en parte, como alternativa a la psiquiatría y a la psicología clínica convencionales; como reacción al doble sesgo individualista y patologista inherente al modelo biomédico clínico tradicional. En el latinoamericano, debe abordar cuestiones psicosociales más urgentes e inmediatas que la de la salud mental: las asociadas a la pobreza, la desigualdad, la opresión y la exclusión sociales.

En Estados Unidos se usa habitualmente la expresión *psicología comunitaria*, asociada a las funciones de asistencia y de protección social, especialmente en lo que concierne a la salud. En América Latina, en cambio, goza de mayor aceptación la expresión *psicología social comunitaria*, más relacionada con la meta del “cambio social”.

Entre los recursos teóricos y metodológicos empleados habitualmente por la Psicología Comunitaria de la Salud hemos destacado especialmente los de la prevención primaria de trastornos patológicos en el campo de la salud, el estrés psicosocial y la intervención en crisis.

Actividades

1. En un determinado barrio de la ciudad, se viene detectando un aumento significativo de casos de personas jóvenes afectadas por el VIH+. Todo indica que el factor clave de la extensión de este fenómeno son las relaciones heterosexuales.

Describid las maneras típicas respectivas de abordar este problema por la Psicología Clínica individual y por la Psicología Comunitaria de la Salud.

2. María acaba de ser víctima de un robo con violencia física. Antonio lleva tres años sopor-tando la presión del acoso moral a que le está sometiendo un directivo de su empresa.

Relacionad cada una de estas dos situaciones estresantes con los modelos operativos de pre-ven-ció y de intervención en crisis. Elegid el modelo que estiméis más pertinente para operar en las respectivas situaciones de María y Antonio y justificad vuestra elección.

Ejercicios de autoevaluación

1. La Psicología Comunitaria de la Salud...

- a) trata de los problemas psicopatológicos individuales atendiendo a sus causas sociales.
- b) aborda problemas patológicos que afectan a grupos específicos.
- c) promueve el desarrollo de los aspectos saludables positivos en la comunidad.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

2. La OMS, en su Acta constitucional de 1948, define la *salud* como...

- a) estado de la persona que no se encuentra mal en absoluto.
- b) situación de las comunidades donde a nadie le duele nada.
- c) estado de completo bienestar físico, psicológico y social.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

3. La Psicología Comunitaria de la Salud...

- a) nace en Europa de la mano de la Sociología Política.
- b) nace en los Estados Unidos de la mano de la Psicología Clínica.
- c) nace en América Latina de la mano de la Psicología Social.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

4. El modelo biomédico...

- a) enfatiza los factores orgánicos de la salud y de la enfermedad.
- b) trata a la persona enferma como un sujeto paciente y pasivo.
- c) aborda con criterios similares los trastornos físicos y los mentales.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

5. La Psicología Comunitaria de la Salud...

- a) niega toda validez y utilidad al modelo biomédico.
- b) promueve el desarrollo de grandes hospitales psiquiátricos.
- c) defiende la privatización de los ambulatorios como solución a los problemas de salud pública.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

6. La Psicología Comunitaria de la Salud...

- a) sostiene que sólo el saber de los expertos permite combatir la locura.
- b) procura trabajar con equipos de profesionales y paraprofesionales.
- c) trata de no salir de la estricta ortodoxia de la ciencia médica.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

7. El modelo biomédico (MBM) y el psicosocial comunitario (MPSC) se diferencian en que...

- a) el MBM trabaja sólo con pastillas y el MPSC lo hace sólo a base de consejos.
- b) el MBM se desarrolla sólo en la medicina privada y el MPSC sólo en la pública.
- c) el MBM establece una relación médico-paciente asimétrica y vertical, y el MPSC la establece más simétrica y horizontal.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

8. La prevención primaria del estrés...

- a) procura evitar la irrupción de factores estresantes.
- b) intenta reforzar los recursos de grupos especialmente vulnerables al estrés.
- c) actúa antes de la aparición de las crisis de estrés.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

9. El modelo de estrés psicosocial...

- a) presupone que el apoyo social es una fuente primaria de estrés.
- b) permite identificar espacios y tiempos de riesgo de experiencias estresantes.
- c) combina la medicina tradicional con técnicas orientales de relajación.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

10. La intervención en crisis...

- a) trata de restablecer el autocontrol cognitivo y emocional.
- b) actúa en causas de divorcio, interviniendo entre las partes.
- c) sintetiza los elementos fundamentales del modelo médico y el modelo policial.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- e) Todas las respuestas anteriores son falsas.

Solucionario

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

Glosario

comunidad *f* Cualidad de lo común o compartido, contrapuesta a la de lo privado o particular.

community psychology *f* Véase psicología comunitaria.

crisis *f* Estado temporal de trastorno general, activado por algún acontecimiento vivido como amenazador, desafiador y desbordante. Se caracteriza por una múltiple desorganización fisiológica, cognitiva, emocional, conductual y psicosocial, que inhabilita a la persona para responder eficazmente, con sus actuales recursos disponibles y/o percibidos, a las demandas de su situación.

estrés *m* Experiencia sostenida de una persona que afronta demandas ambientales que le resultan o le parecen excesivas, con unos recursos disponibles que son o que considera insuficientes para satisfacerlas.

estrés psicosocial *m* Modalidad específica de estrés que, en un enfoque comunitario, puede ser objeto de prevención, mediante la identificación de sus potenciales escenarios de desarrollo: a) las transiciones vitales (adolescencia, desempleo, divorcio, jubilación, cambio de escuela o de residencia, reconversión profesional, etc.) y b) los acontecimientos vitales (*life events*), hechos traumáticos por sí mismos (tortura, violación, maltrato físico, etc.) y todo tipo de situaciones generales que aparecen como importantes y, al tiempo, peligrosas y amenazadoras, al ser percibidas como impredecibles e incontrolables o como ocasión de demandas ambiguas, conflictivas, excesivas o insuficientes (ante las que no cabe la posibilidad de una respuesta funcional y satisfactoria).

intervención en crisis *f* Forma de actuación que se desarrolla lo más próximo al lugar y lo más inmediato posible al tiempo de ocurrencia de un problema (crisis). Con ella, se pretende restaurar el nivel de funcionamiento habitual en la situación precrítica.

modelo biomédico *m* Enfoque organicista, patologista e individualista de los problemas relativos a la salud física, mental y social, y caracterizado por una forma de relación médico-paciente directiva, asimétrica, vertical, de monopolio del poder y del saber médico sobre una persona paciente y pasiva.

prevención primaria *f* Estrategia que induce a pensar y a actuar de una forma característica: modificando intencionalmente el previsible devenir natural de los acontecimientos, actuando sobre los factores generadores de su proceso, para evitar sus efectos indeseables.

psicología comunitaria *f* Expresión de origen estadounidense aplicada a funciones de asistencia y de protección social, especialmente en lo que concierne a la salud.
en community psychology

psicología comunitaria de la salud *f* Psicología que, diferencia de la individual —que focaliza aquello que es propio, único, específico y diferencial de cada persona— trata de los aspectos comunes y compartidos —es decir, sociales—, del funcionamiento psicológico, tanto atendiendo a su vertiente negativa, patológica y problemática, como a la positiva, saludable y optimizable.

psicología social comunitaria *f* Expresión habitual en América Latina, se aplica a la disciplina en lo que tiene de relación con la meta del cambio social.

salud *f* En su Acta fundacional, en 1948, la Organización Mundial de la Salud la definió como un "estado de completo bienestar físico, psicológico y social".

Bibliografía

Bibliografía básica

Martín, A. (Ed.). (1998). *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Síntesis. Obra integradora de las aportaciones de docenas de especialistas de dos continentes pertenecientes a once países, inscritos en las más diversas tendencias epistemológicas, teóricas, metodológicas y prácticas.

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

Colección de aportaciones teóricas, metodológicas y empíricas de un selecto conjunto de especialistas del ámbito latinoamericano.

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

Extenso y sistemático tratado académico sobre las bases teóricas y operativas de la disciplina.

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

Síntesis didáctica de aportaciones de reflexión y elaboración teórica, de investigación empírica y de intervención práctica desarrollada en Puerto Rico.

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

Introducción teórica y empírica a la Psicología Social Comunitaria de la Salud.

Bibliografía complementaria

Álvaro, J. L., Torregrosa, J. R., y 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*. Nueva York: Brooks-Cole.

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

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

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

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

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

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

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica* (2 vols.) México: 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*. Málaga: Aljibe.

Hombrados, M. I. (Comp.). (1997). *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.

Martín, A., Chacón, F., y 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., y Bueno, J. R. (1990). *Psicología Comunitaria*. Valencia: Nau.

Nisbet, R. (1953). *The quest for Community*. Nueva 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*. Nueva 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. y Rosario, W. (Eds.). (1992). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social Comunitaria*. Río Piedras, PR: Ed. Universitaria.
- Serrano, I., Bravo, M., Rosario, W., y Gorrín, J. J. (1998). *La Psicología Social Comunitaria y la Salud*. Río Piedras, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Slaikeu, K. A. (1984). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: El Manual Moderno, 1988.
- WHO (1982). *Health Policy in relation to Employment in the Community*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- WHO (1983). *Depressive Disorders in different cultures*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- WHO (1984). *Underlying processes of becoming socially vulnerable*. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe.
- Wiesenfeld, E. y Sánchez, E. (Coords.) (1995). *Psicología Social Comunitaria. Contribuciones latinoamericanas*. Caracas: Trópicos.
- Zax, M. y Specter, G. A. (1979). *Introducción a la psicología comunitaria*. México: El Manual Moderno.

