

INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

M^{ra} Isabel Hombroños Mendive
Miguel Ángel García Martín
Trinidad López Espigares
(Coordinadores)



EDICIONES
ALJIBE

INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA



EDICIONES
AL LIBE

M^a Isabel Hombrados Mendieta
Miguel Ángel García Martín
Trinidad López Espigares
(Coordinadores)

INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

© M^a Isabel Hombrados Mendieta, Miguel Ángel García y Trinidad López
© Ediciones Aljibe, S.L., 2006
Tlf: 952 71 43 95
Fax: 952 71 43 42
Pavía, S - 29300-Archidona (Málaga)
e-mail: aljibe@edicionesaljibe.com
www.edicionesaljibe.com

I.S.B.N.: 84-9700-353-5
Depósito legal: MA-1455-2006

Cubierta y maquetación: Equipo de Ediciones Aljibe

Imprenta: Imagraf, Málaga

Queda prohibida, salvo excepciones previstas en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin el consentimiento expreso de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 170 y siguientes Código Penal) El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cerco.org) vela por el respeto de los citados derechos.

EDICIONES
ALJIBE

*Para mis hijos: Luis, Alejandro y Jorge.
sobra decir por qué.
M.I.H.*

*Dedicado a mi hermano Alfonso,
mi Gran Compañero;
segura y fiel comiidad:
Por nuestra vital amistad.
M.A.G.*

*A Emilia, Cristina y José Manuel
de los que aprendo todos los días.
T.L.*

ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES

M' Jesús Albar **Marín**. Profesora asociada. Universidad de Sevilla.

Silverio Barriga **Jiménez**. Catedrático de Universidad. Universidad de Sevilla.

Ana Barrón López de **Roda**. Profesora Titular de Universidad. Universidad Complutense de Madrid.

Marta Bermejo Acosta. Psicóloga. Fundación Secretariado Gitano.

Margarita Bravo Sanz. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Jesús Canto Ortiz. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Ferrán Casas Aznar. Catedrático de Universidad. Universidad de Girona.

Fernando **Chacón** Fuertes. Profesor Titular de Universidad. Universidad Complutense de Madrid.

Francisco **Cosano** Rivas. Profesor Titular de Escuela. Universidad de Málaga.

Juan Diaz **Salabert**. Profesor Asociado. Universidad de Málaga.

Auxiliadora Durán Durán. Profesora Titular de Escuela. Universidad de Málaga.

Rosa **Esteve Zarazaga**. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Jorge Fernández del Valle. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Oviedo.

María Jesús Fuentes Rebollo. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Carlos Gallego Fontaiva. Profesor Titular de Escuela. Universidad de Málaga.

Miguel Ángel García Martín. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Manuel García **Ramírez**. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Sevilla.

Verónica González Tagle. Profesora Asociada. Universidad de Málaga.

María Isabel Hombrados **Mendieta**. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Marisol Lila **Murillo**. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Valencia.

Trinidad López Espigares. Profesora Titular de Escuela. Universidad de Málaga.

Clara Martimortugués Goyenechea. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Manuel Francisco **Martínez** García. Catedrático de Universidad. Universidad de Sevilla.

Ana Isabel Rlasedo **Gutiérrez**. Profesora Ayudante. Universidad de Málaga.

Rocío Morano Báez. Universidad de Sevilla.

Pilar **Moreno Jiménez**. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Gonzalo Musitu **Ochoa**. Catedrático de Universidad. Universidad Pablo de Olavide.

Virginia Paloma Castro. Universidad de Sevilla.

Fabiola Perles **Novas**. Profesora Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

Alberto Rodríguez **Morejón**. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Málaga.

César San Juan **Guillén**. Profesor Titular de Universidad. Universidad del País Vasco.

ÍNDICE

INTRODUCCION	13
PRIMERA PARTE: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	15
CAPÍTULO I: Cambio social e intervención comunitaria. <i>Silverio Barriga</i>	17
CAPÍTULO II: Bienestar y calidad de vida. <i>Ferrán Casas Aznar</i>	27
CAPÍTULO III: Principales modelos de la intervención social y comunitaria. <i>Marisol Lila Murillo</i>	45
CAPÍTULO IV: Marco normativo y administrativo de la intervención social. Los servicios sociales y la intervención sociocomunitaria. <i>Francisco Casano Rivas</i>	53
CAPÍTULO V: Buenas Prácticas Comunitarias. Introducción a la Metodología de la Psicología de la Intervención Social. <i>Manuel García Ramírez, María Jesús Albar Marín, Rocío Morano Báez y Virginia Paloma Castro</i>	69
CAPÍTULO VI: El análisis de necesidades en la intervención social. <i>M^a Isabel Hombrados Mendieta y Miguel Ángel García Martín</i>	89
CAPÍTULO VII: Evaluación de programas sociales. <i>Rosa Esteve Zarazaga y Ana Masedo</i>	107
SEGUNDA PARTE: ESTRATEGIAS, TÉCNICAS Y RECURSOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	115
CAPÍTULO VIII: Participación social y voluntariado. <i>Fernando Chacón Fuentes</i>	117
CAPÍTULO IX: Apoyo social. <i>Ana Barrón López de Roda</i>	129
CAPÍTULO X: Los grupos de apoyo social y autoayuda. <i>M^a Isabel Hombrados Mendieta y Clara Martimortugués Goyenechea</i>	137

CAPÍTULO XI: Equipos eficaces: La intervención grupal. <i>Jesús Canto Ortiz</i>	151
CAPÍTULO XII: Intervención psicosocial y cooperación al desarrollo en catástrofes naturales. <i>César San Juan Guillén</i>	161
CAPÍTULO XIII: Administración de servicios. El papel de los recursos humanos. <i>Margarita Bravo</i>	171
CAPÍTULO XIV: El síndrome de estar quemado por el trabajo (<i>burnout</i>) en el marco de la intervención social y comunitaria. <i>Auxiliadora Durán Durán</i>	181
CAPÍTULO XV: La interdisciplinariedad como instrumento de la intervención social. <i>Trinidad López Espigares</i>	189
TERCERA PARTE: CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA	197
CAPÍTULO XVI: Intervención comunitaria en inmigración desde la perspectiva de la diversidad. <i>Manuel Fco. Martínez García</i>	199
CAPÍTULO XVII: Familia, estrés y comunidad. <i>Gonzalo Musitu Ochoa</i> ...	209
CAPÍTULO XVIII: Aplicación del modelo sistémico en un contexto de intervención familiar y social: Presupuestos generales. <i>Alberto Rodríguez Morejón y Marta Bermejo Acosta</i>	223
CAPÍTULO XIX: El acogimiento familiar como medida de protección a la infancia. <i>M^a Jesús Fuentes Rebollo</i>	233
CAPÍTULO XX: El acogimiento residencial en la protección a la infancia. <i>Jorge Fernández del Valle</i>	241
CAPÍTULO XXI: La intervención social con personas mayores. <i>Miguel Ángel García Martín</i>	251
CAPÍTULO XXII: Perspectivas en violencia hacia la mujer en el contexto familiar. <i>Fabiola Perles Novas</i>	263
CAPÍTULO XXIII: Atención a los problemas de abuso y dependencia de drogas. <i>Juan Díaz Salabert y Verónica González Tagle</i>	273
CAPÍTULO XXIV: Intervención en instituciones penitenciarias. <i>Pilar Moreno Jiménez</i>	287
CAPÍTULO XXV: Intervención en la comunidad: Nuevos retos. <i>Carlos Gallego Fontalva</i>	295
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	303

INTRODUCCIÓN

La intervención comunitaria es una forma de intervención social que se plantea una unión indisoluble entre lo teórico y lo práctico; su objetivo es la promoción de la calidad de vida y la reducción de los problemas sociales desde una perspectiva positiva de la intervención. Constituye una forma de abordar los problemas que refleja ciertos valores y quizás el más importante el de actuar en consonancia con las necesidades sociales de la comunidad, es precisamente la búsqueda del bienestar comunitario la esencia de este tipo de intervención social. Para ello se actuará desde la prevención, la resolución de problemas y el desarrollo de sistemas sociales, aplicando estrategias y técnicas de intervención múltiples desde un estilo activo de prestación de servicios. La unidad de análisis se centra en el sistema social y la comunidad. Así cuando hablamos de intervención social y comunitaria nos referimos al proceso de intervención en, con y para una comunidad que aspira a una mejora de la calidad de vida.

La época actual se nos presenta marcada por los cambios, de hecho, podemos decir que es un signo de identidad del momento presente. Esto, como profesionales, nos plantea la exigencia de aprender a trabajar ante nuevas situaciones y nuevos desafíos. El interés por la intervención social y comunitaria dentro del contexto laboral se amplía a un gran número de colectivos profesionales: profesionales de la psicología del trabajo social, de la educación y de la salud. La intervención dentro del ámbito comunitario requiere un nuevo estilo del quehacer profesional que implica necesariamente el funcionamiento en equipos interdisciplinarios.

En este libro el enfoque de la intervención social y comunitaria se fundamenta principalmente en un análisis psicosocial de la realidad. Es por ello que el contenido del mismo puede interesar a todos aquellos profesionales involucrados en la intervención comunitaria que trabajan sobre los aspectos psicológicos y so-

ciales de la comunidad. Su temática se ha elaborado atendiendo al estudio del contexto social donde hemos diferenciado tres partes:

La primera parte incluye los principales fundamentos conceptuales y metodológicos de la intervención social y comunitaria donde se analizan temas como el cambio social, el bienestar y la calidad de vida, los modelos de intervención, el análisis de necesidades, los programas de intervención social y la aplicación de estos principios en el ámbito institucional de los servicios sociales. En general se han incluido todos aquellos elementos que definen el ámbito comunitario desde un punto de vista psicosocial.

En la segunda parte se profundiza en las principales estrategias, técnicas y recursos de la intervención social: la participación, el apoyo social, la intervención en situaciones de crisis o las técnicas grupales para la intervención social. La intervención dentro del ámbito comunitario requiere un nuevo estilo del quehacer profesional, por ello se incluyen capítulos que analizan el papel de los profesionales en la intervención social y de la interdisciplinariedad como instrumento de la intervención social.

La tercera parte de este libro, nos ayuda a ponernos en contacto con la realidad social, por ello desde una visión aplicada, se hace un recorrido amplio por los principales contextos de la intervención donde se incluyen capítulos sobre la inmigración, la familia, la violencia hacia la mujer, las medidas de protección a la infancia, la intervención con personas mayores, los problemas de dependencia y abuso ante las drogas, la intervención en instituciones penitenciarias y en general la intervención en la comunidad.

No podemos finalizar estas líneas de presentación sin manifestar que, para la elaboración de este texto hemos contado con la participación de numerosos expertos, con amplia experiencia teórica y práctica, en los diversos temas que se abordan sin cuya colaboración hubiera sido imposible la realización de este libro; por lo que los coordinadores del mismo queremos agradecer a cada uno de ellos su inestimable aportación antes de dar paso a las páginas que siguen.

Esperamos que la lectura de este libro pueda generar en el lector elementos para la reflexión y que pueda ser un *instrumento* útil para la intervención social y comunitaria.

PRIMERA PARTE:

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

CAPÍTULO I

CAMBIO SOCIAL E INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Silverio Barriga

La implantación del 4º pilar del Estado de Bienestar en España con la Ley de Promoción *de las Autonomía Personal y de Atención* a las *Personas en Situación de Dependencia* consolidara el campo de Intervención Comunitaria (IC). Las necesidades Sociosanitarias (cfr. la bibliografía de referencia al final), al generalizarse las situaciones de dependencia, dados los avances médicos y el aumento de la esperanza de vida, nos obligarán a establecer nuevos planteamientos en la joven Intervención Comunitaria. Surgirá la Intervención Sociosanitaria como reto y posibilidad de futuro.

Pues los profesionales de la IC actúan sobre la realidad para conseguir determinado cambio individual y/o social teniendo en cuenta los condicionantes del momento en que vive. Y de entre las instancias de que se sirve para ello (personales, psicosociales, estructurales) resaltamos, como panicularmente a su alcance y por su corte eficiente, las instancias que resaltan la mutua interacción entre lo individual y lo social desde una perspectiva colectiva y promocional.

La IC rehuye en su enfoque tanto de las limitaciones de la intervención clínica (centrada en el individuo y de carácter más reparador) como de la utopía del cambio estructural (sólo alcanzable a largo plazo o por quienes detentan el poder político en un momento concreto), como de las orientaciones reduccionistas.

Una vez que la *modernidad* consagró la ruptura entre la racionalidad institucional y la emocionabilidad personal (cuyas coisecuencias fueron la globalización económica y el comunitarismo propio de los nacionalismos y fundamentalismos) y que la *posmodernidad* con su culto del individuo propio del capitalismo

liberal está fracasando sólo nos queda alumbrar una nueva época, que denominamos Demodernidad, capaz de establecer puentes entre la racionalización de la globalización y la cultura personal, alumbrando al *sujeto*. De esta perspectiva la IC se centra tanto en el *sujeto* como resultante grupal como en la acción de los mismos grupos y, necesariamente, se define por su perspectiva promocional.

1. HACIA EL ESCLARECIMIENTO CONCEPTUAL DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Como venimos diciendo desde hace tiempo, hablando entonces de Intervención Psicosocial, la Intervención Comunitaria conlleva una mediación entre elementos distintos, realizada con autoridad e intencionalidad (Barriga y otros, 1987).

La mediación exige que el interventor se sepa investido de la autoridad que le otorga la representación de una concreta instancia social. No actúa por iniciativa propia, ni con la pretensión de militancia sociopolítica, sino sólo por mandato de quienes confían en su rol de mediador: la comunidad, los grupos con poder económico, las instancias políticas etc. En cuanto mediador el interventor actúa usando todo el bagaje tecnológico acumulado. Pero esa mediación técnica no sofoca su necesaria implicación social en los temas y en los medios empleados para incidir en el cambio propuesto (Barriga, 1984).

Por otra parte, la mediación no fragiliza la acción profesional del interventor social, sino que le otorga toda su fuerza, pues sólo cumple funciones de suplencia ante los individuos y los grupos.

La intervención será tanto más directiva cuanto el sujeto sobre el que se actúa carezca de los recursos personales y grupales para hacer frente a la solución de sus problemas, a la satisfacción de sus necesidades. En la intervención psicosocial resalta la mediación cuando los sujetos son competentes y sólo necesitan de la acción indirecta o coordinadora del profesional de la intervención para mejorar su bienestar personal y social.

Cuando la acción es terapéutica solemos hablar de intervención (como experto o como militante). Cuando la acción es preventiva o impulsora preferimos hablar propiamente de mediación. Aunque en unos y otros exista intervención y necesariamente conlleve algún tipo de mediación.

La mediación, pese a conllevar quizás un aparente debilitamiento profesional de ciertas formas de intervención social, es condición de garantía en su consideración social. Y pese a las limitadas connotaciones que la mediación pueda tener actualmente en algunos países del entorno latinoamericano, estoy firmemente convencido que constituirá carta de naturaleza en la futura configuración de las relaciones sociales y políticas. Pues si algo califica las democracias con futuro es la consideración de igualdad y de justicia en las relaciones humanas de sus componentes.

La mediación supone la existencia de partes distintas. Estas partes son clientes que solicitan la intervención. Clientes tanto particulares (intervención en familia) como grupos institucionalizados (intervención escolar, laboral, política, sindical).

El interventor no aparece como técnico desarraigado. Pertenece a un determinado grupo social y mantiene propuestas teóricas que repercuten en su acción profesional. No engaña si muestra el color del cristal con el que mira la realidad.

Disimular el propio compromiso si bien puede aparentemente facilitar el encargo profesional, a la larga contamina la intervención y la desacredita ante el cliente que la encarga. Así, es imposible que los profesionales al servicio de la tortura o de la dictadura política o de la manipulación o de la alienación etc., mantengan su actuación profesional en coherencia con principios de solidaridad democrática. Por más que elementos situacionales aminoren su responsabilidad y puedan explicar teóricamente su indefensión social. Esas situaciones excepcionales, no pueden constituir principio justificativo de la realidad cotidiana: en la que como reza el dicho castellano "no se puede estar a la vez en misa y repicando".

La intervención participa de la autoridad que otorga la preparación profesional del interventor reconocida explícitamente en la petición del cliente. Pero no es el caudal tecnológico —por imprescindible que éste sea—, ni la sapiencia experiencial quienes concluyen en la capacidad de influencia del interventor social, sino la delegación de autoridad recibida cuando se cursa la demanda de intervención.

Finalmente la intervención dispone de una finalidad explícita de cambio. El cliente, cuando solicita la intervención, a veces explícita claramente cuál es el objetivo que pretende. Pero otras acude al mediador para que le facilite explicitarlo. En ambos casos la intervención exige plantearse las metas de la mediación. Cuando se manipula la petición del cliente adjuntando metas que él no se propuso se está ante un caso de militancia sociopolítica con menosprecio de la ética que debe regir toda intervención social de corte profesional. Creemos que con relativa frecuencia ese puede ser el comportamiento de determinados "analistas institucionales" y de algunos clínicos que actuando con insensible despotismo ilustrado imponen a sus clientes los objetivos.

Considero que la demanda no puede ser la excusa para incidir promoviendo cambios no solicitados por el cliente, pese a que ha de hacerse saber que la mínima intervención social necesariamente introduce cambios individuales y grupales, directos o indirectos. La intervención social nunca será inocente: tiene consecuencias de cambio. Por todo ello creemos que las metas han de ser mutuamente pactadas entre el interventor y sus clientes.

Ahora bien tampoco el cliente pagador puede unilateralmente imponer la intencionalidad de la acción al interventor. El cliente la explicita, pero para llevarla a cabo, el interventor ha de negociar democráticamente con ambas partes: el cliente que paga y el cliente que recibe la acción. Sin negociación no puede existir

mediación psicosocial, sino sólo intervención unilateral e interesada. Se está manipulando al otro en base a unas habilidades de intervención acumuladas durante el proceso formativo y experiencial del profesional.

Tanto en el ámbito terapéutico-individual, como en el organizacional el interventor social se debe tanto al que paga (haciendo posible el ejercicio del profesional) como al que recibe la intervención (pues sin su participación no puede haber IC). En este aspecto radica uno de los elementos más diferenciales entre la IC y cualquier intervención social (que no necesariamente tiene por qué presuponer la participación negociada: piénsese en las campañas de publicidad o de marketing).

La IC necesariamente se propone como meta introducir cambios en los equilibrios inestables o en los desequilibrios explícitos existentes hasta ese momento en las relaciones interpersonales y en las relaciones intra e intergrupales. El cambio aparece con connotaciones positivas en la IC. Cuando se solicita la intervención psicosocial es porque los equilibrios adquiridos no resultan satisfactorios. No se pretende el cambio por el cambio sino como medio para conseguir nuevos equilibrios, a veces incluso desequilibrando los equilibrios anteriores que resultan insatisfactorios para los clientes. Los grupos humanos viven en equilibrios inestables. La necesidad de atender a instancias contrapuestas, con objetivos distintos si no contrarios, lleva a un campo de fuerzas que se contrarrestan dando paso a una situación inestable. Pequeñas incidencias situacionales e incluso personales pueden conllevar grandes cambios, como nos indica las epistemologías no lineales. Lo propio de la vida es el cambio. Un equilibrio definitivo se asocia más con la muerte que con la vida. La vida empuja forzando a nuevos y sucesivos equilibrios. Lo propio es pretender el equilibrio, pero lo frecuente es vivir en el desequilibrio. La inercia social se manifiesta en la conducta conservadora, esclerotizante, dominadora etc. que se opone por todos los medios para impedir la introducción de cambios sociales que desequilibren el actual reparto de poder existente en el grupo en un momento dado. Pero lo propio de la vida es crecer, forzar nuevos equilibrios. Ello sólo se consigue introduciendo conflicto en la situación de equilibrio. Por eso que el conflicto es motor de cambio. Aunque lo deseable no sea vivir en conflicto, sino servirse de él para llegar a equilibrios más enriquecedores, más democráticamente compartidos por los miembros de la comunidad en que vivimos. El cambio se realiza espontáneamente en base al carácter evolutivo de los individuos y grupos. Cuando no se interponen barreras artificiales (basadas en el interés de unos pocos frente al bienestar de muchos), el cambio se realiza de modo paulatino, como la vida misma. El cambio progresivo tanto a nivel individual como grupal garantiza la armonía de los resultados evitando desastres personales y sociales. Pero cuando ha existido una situación patológica de dependencia forzada (caso de las dictaduras u opresiones en general), los cambios tienden a ser bruscos ocasionando consecuencias indeseadas por quienes propician dicho cambio. La demanda

al interventor psicosocial suele realizarse pretendiendo cambios progresivos. Por una razón muy sencilla: porque la demanda psicosocial suele darse en sociedades socialmente desarrolladas que pretenden mejorar las conquistas existentes garantizando aún mejores cotas de bienestar social. En sociedades con grandes desequilibrios socioeconómicos, el interventor social fácilmente es llamado para ejercer como militante político, dispuesto a emplear métodos más contundentes que fueren cambios rápidamente eficientes. En estos ambientes injustamente desequilibrados resultará difícil mantener el equilibrio que podemos proponer para la IC en países occidentales tanto socialdemócratas como neoliberales.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

Teniendo en cuenta cuanto antecede podemos resaltar algunos elementos que caracterizan la IC (Barriga y otros, 1987, pp. 19-20).

- la mediación del interventor entre dos elementos o sistemas: el cliente y el medio comunitario.
- la participación activa del sistema-cliente en la interacción apareciendo como agente de cambio.
- el alcance sistémico de la interacción resaltando, pues, la importancia del contexto y de la comunidad.
- la implicación personal del interventor que no puede parapetarse bajo una supuesta neutralidad ideológica.
- la concepción democrática de las relaciones sociales y humanas.
- la visión optimista en las posibilidades del hombre y los grupos para orientar y optimizar su propio destino, aunque el ritmo de acción mayoritariamente sea parsimonioso en el tiempo.

Por otra parte, cuando nos referimos a la IC, hemos de resaltar que su "target" se centra en comunidades concretas que privilegian la orientación promocial.

3. DIFERENTES PROCESOS DE CAMBIO Y TIPOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

El cambio que se propone la IC puede referirse a distintos procesos dependiendo de las variables o categorías que se incluyan. Bennis (1961) conjuga tres criterios: el reparto del poder entre el interventor y el intervenido, la orientación del objetivo (común a ambos o particular a uno de ellos) y la deliberación o no deliberación del acto de mediación.

Por otra parte los cambios propuestos pueden orientarse, según Dubost (1987) a distintos cometidos dando lugar a estos tres tipos de intervención consulta:

- **decisional** u orientada a la solución de problemas de acción
- analítica u orientada al esclarecimiento del sentido
- **demostrativa** u orientada a la producción de conocimientos teóricos

Estos tipos de intervención no se excluyen, sino que se complementan.

Igualmente, e inspirándonos en la literatura de Palo Alto, podemos referirnos a cuatro niveles de análisis según sean los distintos tipos de preguntas y respuestas que facilitamos para propiciar el cambio:

- * nivel 1: respuestas viejas a preguntas viejas —> pseudocambio
- * nivel 2: respuestas viejas a preguntas nuevas —> retrocambio
- * nivel 3: respuestas nuevas a preguntas viejas —> neocambio
- * nivel 3: respuestas nuevas a preguntas nuevas —> procambio

4. ROLES DESEMPEÑADOS EN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Por otra parte, según cual sea el cambio propuesto el interventor desempeñará un rol distinto: rol de experto técnico (desarrollando la tecnología psicossocial adecuada a la solución de problemas concretos), rol de militante (convirtiéndose en motor de cambio directivo de cara a conseguir los objetivos psicossociales previamente determinados) y rol de mediador implicándose para trabajar al servicio de las partes implicadas: con, en y para la comunidad.

Entre los primeros profesionales que tradicionalmente se han dedicado a la IC se hallan los Asistentes Sociales, los Trabajadores Sociales. Ahora bien muchas veces —al menos entre nosotros— las exigencias prácticas han condicionado su preparación teórica. De hecho su acción ha sido más **asistencial** que planificadora y programadora. Sin embargo en otros contextos, el acceso a los estudios de licenciatura ha supuesto resaltar la **disfunción** entre sus competencias teóricas y los encargos concretos que reciben por parte de las autoridades políticas. Sólo el ajustado esclarecimiento de los distintos niveles de acción y de preparación consiguiente puede resolver el conflicto de rol que en estos momentos están viviendo dichos profesionales. Se necesita un profesional para la planificación y la programación; su preparación académica ha de elevarse el máximo posible (licenciatura y hasta tercer ciclo). Dichas tareas, en el caso de España, las vienen realizando, con frecuencia, Psicólogos (Sociales) que están contratados como tales en los Equipos de Servicios Sociales Comunitarios contando con la colaboración de otros profesionales del Equipo. Y se necesita, a su vez, a un profesional de nivel medio (diplomatura o primer ciclo universitario) con tareas más de tipo ejecutor de lo planificado y programado conjuntamente con el otro: es la **tarea** que prácticamente realizan ahora en España los Trabajadores Sociales.

Confundir ambos roles, amparados en la necesidad del trabajo interdisciplinar, sólo servirá para sembrar el descontento entre los distintos profesionales de la IC y, en todo caso, en nada favorecerá la eficiencia del servicio prestado. Sin em-

bargo un principio de realismo eficiente ha de llevarnos a que en el equipo cada uno realice la tarea para la que es más competente, independientemente de las titulaciones con que se presente. La práctica de la participación comunitaria ha de empezar por los propios profesionales que intervienen con la comunidad.

5. LOS AGENTES DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La IC se propone el cambio social, tanto a nivel individual como grupal. Y en ella inciden tres sistemas que están intercomunicados y que necesitan de los procesos de negociación: el *sistema del agente profesional* (o interventor-mediador con todo su back-ground socio-experiencial), el *sistema del agente cliente* (que demanda la intervención dentro de un equilibrado mundo de intereses) y, finalmente, el *sistema de la interacción* entre ambos en un determinado contexto social y teniendo en cuenta el carácter histórico de la interacción humana.

Según que el agente cliente o el sistema de interacción tengan como escenario al individuo en grupo o al grupo mismo conio totalidad las posibilidades de la intervención serán distintas. Cuando estudiamos el cambio *en* el grupo, el grupo no es sino la situación en que se concreta la acción del individuo. Mientras que en la *dinámica del* grupo el individuo cambia pero como consecuencia segunda de su pertenencia a un determinado grupo.

6. PRESUPUESTOS IDEOLÓGICOS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

El IC que interviene en y/o con el grupo se ajusta a una práctica profesional que se apoya sobre estos presupuestos ideológicos: concepción *humanista*, el hombre como *agente* de su propio destino; que se desarrolla *evolutivamente* como individuo y como grupo y es capaz de *conductas simbólicas*. La IC pretende convertirse en *mediación social* que resalta el *rol de la consulta*, de la ayuda, del consejo del experto y que hace que el profesional *no se confunda con el cliente-agente*.

7. FUNCIONES SOCIALES DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Si bien la IC puede proponerse metas ambiguas e incluso contradictorias, lo cierto es que desde la consecuencia de los planteamientos ideológicos antes señalados, cabe, ante todo, resaltar los valores de solidaridad democrática y la consecución de una mejor calidad de vida con una triple tarea: *terapéutica o integradora* (solucionando los problemas psicossociales que tiene la comunidad en un momento dado; lo que conlleva tanto la integración social de los marginados, captando su participación en ese proceso, como la desaparición de injusticias socioeconómicas generadoras de desequilibrios estructurales), *preventiva* (desarrollando

actuaciones que impidan el surgimiento de problemas que perturben los niveles de calidad ya adquiridos; concienciando del sentido de las formas de vida instauradas en una sociedad concreta; para así poner de manifiesto las contradicciones existentes y facilitar la eclosión de las soluciones más coherentes; e *impulsor*, potenciando los niveles de desarrollo psicosocial, facilitando la realización del cambio social que se considere necesario, mediante la ayuda técnica tanto a las *mayorías* como a las *minorías* activas, a fin de conseguir mejores niveles de bienestar social, elaborando el conocimiento teórico capaz de explicar las situaciones de *interacción* social, diagnosticándolas adecuadamente y generando eficientes *instrumentos* de cambio (Barriga y otros, 1987, p. 33).

8. LAS FASES DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Cuando se interviene conviene atenerse a la disciplina de una ajustada programación si queremos que la intervención resulte socialmente eficiente. La metodología de la programación exige seguir estos pasos: explicitar la petición, *necesidad* o problema por parte del cliente-agente mediante el análisis de la situación con la correspondiente *evaluación inicial*; *elaborar* un proyecto de intervención o *programación* propiamente dicha, usando para ello de la correspondiente negociación entre las partes interesadas y la permanente evaluación formativa; ejecutar la *intervención* programada, y completar con la *evaluación final* de los resultados conseguidos y con las *previsiones* futuras de intervención.

9. EN SÍNTESIS

La perspectiva mundial que hoy día tienen los acontecimientos resalta la necesidad de atender no sólo a los *determinantes* más individuales cuanto a los *grupales* y a los *contextuales* (medioambientales y socioculturales).

La feliz convivencia en la sociedad compleja en que vivimos nos exige disminuir las desigualdades sociales, en el acceso a los recursos y en la consecución de los mismos, afirmando la diversidad de opciones con un talante tolerante para aceptar y potenciar la riqueza que supone esa diversidad social. Ahora bien la *profesionalización* de la IC lejos de anular la necesaria participación de los ciudadanos en la resolución de los problemas sociales, debe estimularla dando así consistencia a la democracia social en sociedades desarrolladas. El afianzamiento de los profesionales más antiguos en este campo centrados en tareas de corte reparador y la generalización del voluntariado, no debe hacernos olvidar la necesidad de generar otros nuevos profesionales de la IC más centrados en las tareas de prevención y de impulso social. Urge un reajuste de roles entre quienes trabajan en IC y urge, sobre todo, el adecuado ajuste entre las tareas que realizan y la preparación académica que reciben. El ajuste al espacio europeo, entre nosotros, puede brindar

una excelente ocasión. Sabiendo, no obstante, que en la práctica cotidiana la tarea asignada ha de tener en cuenta no sólo la preparación académica inicial cuanto la experiencia profesional adquirida y el adecuado aprovechamiento de las competencias personales de los miembros del equipo interdisciplinar. Las reivindicaciones de los Colegios Profesionales si bien pretenden consolidar a sus profesionales, no siempre buscan, en igual medida, la eficiencia del equipo profesional en que se integran.

Finalmente el IC que interviene desde la óptica psicosocial privilegia el carácter activo de las personas con quienes trabaja y en cuanto puede pasa de una función de intervención directiva a otra mediadora. Una intervención predominantemente mediadora significa que las preocupaciones del profesional priorizan la acción a largo plazo y se centran no tanto en las tareas reparadoras, asistenciales cuanto en las acciones preventivas y en las impulsoras del bienestar personal y social.

Trabajar para poder priorizar en este sentido, no significa *fragilizar* el rol de los profesionales de la IC sino optar ideológicamente por un modelo de sociedad en donde definitivamente se instaure la mayor equidad social posible. De ese modo no se nos obliga a los profesionales a ser meros técnicos que conforman individuos para que no perturben la paz de quienes disfrutan privilegiadamente de las ventajas de un determinado orden social. El interventor social necesariamente se compromete socialmente cuando interviene optando por una u otra prioridad interventiva. Y puestos a hacerlo, luchando contra el fácil sentimiento de indefensión por la potencia de los intereses internacionales ya establecidos, el interventor social necesita: concretar su orientación teórica, delimitar parsimoniosamente el ritmo de sus intervenciones, incentivar el surgimiento de *minorías* activas capaces de ser el fermento de un cambio social que disminuya la demanda reparadora e impulse las acciones preventivas y promocionales y, finalmente, ha de consolidarse con el manejo habilidoso de la tecnología interventiva demostrando su capacidad en la elaboración y ejecución de programas con todas y cada una de sus fases.

El IC, aunque marcando los límites de sus objetivos *parsimoniosos*, debe ser un profesional que venza los *sentimientos* de indefensión con el *ímpetu* de su compromiso personal, y con la fuerza de sus convicciones en la capacidad de los humanos para resolver sus problemas siempre que se consideren sujetos activos, responsables de su experiencia y solidarios con la de los demás. Finalmente y tal como recordaba al principio la Ley de Autonomía Personal y la puesta en práctica del Servicio de Dependencia conllevará el desarrollo de las *Profesiones Sociosanitarias*, implantando contenidos *transversales* desde una perspectiva *promocional* y asistencial. El nuevo espacio *sociosanitario* ha de caracterizarse por su universalidad, integralidad, coordinación y multidisciplinariedad. Su fortalecimiento va a depender de los apoyos con que cuente: tanto sociopolíticos, como teóricos, ideológicos y financieros. Para los Psicólogos será una ocasión privilegiada y Única para abrir un amplio campo en el desarrollo de la tradicional IC y la Psicología Social de la Salud en el punto de encuentro de la *Psicología Sociosanitaria*.

CAPÍTULO II

BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

Ferran Casos

1. DE LOS PROBLEMAS SOCIALES AL CAMBIO SOCIAL POSITIVO

Tanto en el contexto más académico como en la práctica profesional de campo, los psicólogos y psicólogas comprometidos con el cambio social mediante la intervención **psicosocial** nos hemos concentrado, durante la mayor parte de nuestra historia, en el estudio y afrontamiento de los problemas sociales. Para ello hemos utilizado un amplio abanico de **conceptualizaciones**: marginación, inadaptación, **alienación**, exclusión social, malos tratos, estigmatización, violencia, prejuicios, necesidades sociales, etc. Podríamos decir que la identificación de algo "que va mal" en las dinámicas sociales, y su consiguiente conceptualización, han sido condiciones casi *sine qua non* para justificar el diseño y desarrollo de intervenciones sociales.

Hace sólo poco más de cuatro décadas que empezaron a discutirse otras justificaciones de la intervención social más cargadas de connotaciones positivas. Algunas aparecieron agrupadas alrededor de la psicología comunitaria y de la psicología ambiental, y otras muchas se desprendieron de los ámbitos y perspectivas de trabajo en favor de la salud, del bienestar social y de la calidad de vida.

De hecho, fue el concepto de prevención, y, particularmente la propuesta de Caplan (1964) sobre prevención primaria, lo que puso sobre el tapete la necesidad de justificar intervenciones "cuando las cosas **aun** no van mal"... ,pero pueden ir mal. La conceptualización de los "factores de riesgo" permitió fundamentar teóri-

camente el nuevo planteamiento: si existe la probabilidad de que las cosas vayan mal, ello justifica que se intervenga antes de que así suceda, para evitar males mayores.

Esta argumentación puso en bandeja el dar otro paso adelante: ¿por qué no intervenir "aunque las cosas no vayan mal" ni "tengan la probabilidad de ir mal", simplemente porque pueden ir mejor si intervenimos, y los costes de dicha intervención son razonables en relación a los logros alcanzados? Es bajo esta lógica que nace el concepto de promoción (de la salud, del bienestar, de la calidad de vida) y otras perspectivas asociadas, relacionadas con la intervención psicosocial en positivo, constituyendo así una sólida base para la que más tarde denominaremos psicología positiva (Casas, 2004). Una visión positiva de las dinámicas sociales nos abrirá perspectivas totalmente nuevas y nos invitará a investigar fenómenos sociales nuevos u olvidados, que no son exactamente "antónimos" de los problemas sociales (p.ej.: la satisfacción con ámbitos de la vida, el apoyo social percibido, la autoestima, etc.).

Históricamente hablando, este caldo de cultivo resulta enriquecido con la llegada de las aportaciones sistémicas y ecosistémicas. En concreto, en el seno de la psicología comunitaria, la idea de fortalecimiento o potenciación de la Comunidad (*empowerment*) participa de esta visión positiva y ecosistémica del cambio social.

Con dichas aportaciones también va tomando cuerpo la idea de que las intervenciones de los agentes exógenos a un sistema deben ser "mínimas" y respetuosas con los sujetos de dicho sistema. Así nacerán, por una parte, la idea de la mediación, en la que el agente exógeno sobre todo "escucha" y sugiere, pero casi no "interviene". Por otra parte, en el seno de la pedagogía, nacerá el debate de la normalización. Y, por otra, en todas las ciencias humanas y sociales cogerá fuerza la idea o principio del protagonismo de los sujetos implicados en el cambio social deseable, inseparable del principio de participación social, que desde la perspectiva de la calidad de vida adquiere un matiz trascendental: da extrema importancia al punto de vista y a las valoraciones de todos los agentes sociales implicados, hasta el punto de hacerlos "por definición", componentes de la noción de calidad.

De hecho, lo que acabo de llamar "lógica", vinculada al cambio social positivo (que en ningún momento excluye el seguir afrontando lo negativo, es decir, los problemas y necesidades sociales), tiene el alcance de una revolución silenciosa pero de profundo calado, que se va encontrando con otros muchos y muy distintos elementos emergentes, que convergerán en la paulatina construcción de nuevas formas de entender tanto la propia psicología (como lo ilustra la defensa de la psicología positiva -Seligman, 2000; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Snyder y López, 2002; Casas, 2004), como la intervención social y psicosocial.

En este breve artículo introductorio no podremos más que indicar someramente algunos de estos elementos, polarizados entorno a los conceptos de (a) resi-

liencia, (b) fortalecimiento de la comunidad, (c) calidad de vida y (d) paradigma de los derechos en la intervención social.

2. DE LA PREVENCIÓN A LA RESILIENCIA

La noción de prevención está relacionada: a) con realidades conocidas, valoradas negativamente, sobre las que se sabe y/o se tiene experiencia acerca de sus efectos o consecuencias; b) con los factores que contribuyen a la probabilidad de su aparición; y c) con su no deseabilidad social, que apela a un sentimiento de responsabilidad colectiva para actuar intentando evitar la aparición de un determinado fenómeno (enfermedad, necesidad social, problema social) (Casas, 1996).

Es de destacar que el concepto de prevención nace estrechamente vinculado a otro concepto de bases profundamente científico-profesionales: El de factores de riesgo. La noción de factores de riesgo aparece a partir de la evidencia empírica de que en muchas situaciones consideradas "problemas sociales", concurren determinadas constantes, que claramente no mantienen una relación directamente causal con los hechos no deseados, pero cuya presencia es muy superior a la que se observa en la media de la población. Por ejemplo, durante décadas se ha constatado que, cuando en un hogar hay un progenitor alcohólico, los estudios mostraban una alta incidencia, a menudo alrededor de un 25%, de hijos o hijas maltratados físicamente (Casas, 1998). Por una parte, este porcentaje es muy superior a las tasas de maltrato de los hijos del conjunto de la población, pero por otro está muy lejos del 100% de casos que ilustraría la presencia de un factor causal. Por tanto, tener un progenitor alcohólico constituye un factor de riesgo para el maltrato infantil, una probabilidad, pero no una certeza.

Pero, ¿cómo funcionan estos factores en la realidad? Durante bastantes años se ha pensado que "por acumulación": Cuántos más factores de riesgo estén presentes, más posibilidad de que la situación no deseada aparezca. Sin embargo, en los años 80 se fue haciendo claro que en circunstancias aparentemente idénticas (en dos familias con situación aparentemente igual, o incluso con dos gemelos que vivían en la misma familia) los factores de riesgo podían no funcionar igual. Ello dio lugar a la hipótesis de que pueden existir factores de "contra-riesgo", que distintos autores irán denominando "de protección", "de compensación", "amortiguadores" y, más recientemente, "de resiliencia".

Cuando se habla de prevención resulta inexcusable citar la clásica clasificación de Caplan (1964), según el cual se puede diferenciar en primaria, secundaria y terciaria. También parece ineludible reconsiderar el contenido de cada una de estas tipologías, para lo cual disponemos de interesantes revisiones (Fernández-Ríos, 1994). A medida que las ciencias de la salud se han ido haciendo más "sociales", en el sentido de tener más en cuenta los contextos sociales en los que se da o promueve, sea la salud, sea la enfermedad, ha ido emergiendo el reto de intentar

reencontrarse con las distintas elaboraciones acerca de la prevención que se han desarrollado independientemente en el ámbito de la intervención social. Por esta razón las propuestas de definiciones presentadas a continuación intentan ser integrativas.

—Prevención primaria, originalmente, según el propio Caplan, es un concepto **implicativo** de actuaciones comunitarias. Otros autores han destacado su **característica "impersonalizada"**, es decir, que se plantea intervenir sin necesidad de **disponer** de ninguna lista nominal de destinatarios de la actuación social (ver Casas, 1996). Su objetivo central es la disminución de la incidencia de una enfermedad o problema, y se **focaliza** en reducir el riesgo de toda la población. Siendo el campo más vasto para la prevención, es esta modalidad la que ha concentrado mayor interés de los expertos y sobre la que más se ha debatido y teorizado.

Hoy en día se cuenta con un amplio consenso sobre algunas de sus características básicas: debe tener un enfoque comunitario, ser interdisciplinaria, ser **proactiva**, **interconectar** los diferentes aspectos de la vida de las personas (orientación bio-psico-social), utilizar la educación y las técnicas sociales individualizadas, se debe orientar a dotar a las personas de recursos ambientales y personales para que afronten sus problemas ellas mismas, y debe promover contextos sociales justos (Femández-Rios, 1994).

La prevención primaria se entiende que va dirigida a **grupos** o poblaciones que no manifiestan signos evidentes de enfermedad o problema social; sólo existe la consideración de que algunos de sus miembros (**o** todos) pueden estar en situaciones de riesgo.

—La **prevención secundaria**, también originalmente, es la que tiene como objetivo la reducción de los efectos de la enfermedad. Implica disminución de la prevalencia, y **focaliza** muchos esfuerzos en la detección precoz. En el campo social se la ha asociado a menudo con la identificación de individuos portadores de factores de riesgo, es decir, vulnerables.

—En ciencias de la salud a menudo se considera en desuso el concepto de **prevención terciaria**, que Caplan identificaba con el de "rehabilitación", por lo que fue muy **polemizado** como concepto preventivo (Femández-Rios, 1994). Pero en el campo de las ciencias sociales algunos autores han venido asimilando **prevención terciaria** a "seguimiento posterior a la intervención". que es una idea bien diferente. Le llamemos como le llamemos, el seguimiento posterior a la intervención no es sólo trascendente para un trabajo preventivo riguroso; es también **crucial** para una correcta evaluación a medio y largo plazo de las consecuencias de nuestro trabajo **interventivo**. No sólo está relacionado con el bienestar a posteriori de las personas que han recibido ayuda; también lo está con nuestra capacidad de aprender y nuestros métodos de aprendizaje para **mejorar** nuestras intervenciones a partir de la práctica misma. Si no se hace seguimiento, nuestro proceso de construcción de conocimiento no dejará de ser **débil**, porque seguiremos ignorando los efectos profundos de nuestro trabajo y su permanencia a través del tiempo.

Debemos distinguir entre las imágenes que tenemos los profesionales e investigadores sobre la prevención, y las que tienen los ciudadanos en general. La "lógica" del experto no es la única con que funcionan las interacciones sociales. Ya hace años que diferentes autores estudian lo que se viene denominando el "conocimiento de sentido común", una forma de conocimiento socialmente elaborado y **construido**, anclado en lo que algunos denominan una "psicología ingenua". Lejos de desestimarla, como habían hecho tantos autores, cada vez se ha hecho más obvio que se trata de una forma de pensamiento que esta en la base de las creencias **compartidas** por parte de los miembros de cualquier sociedad y que sustenta un fondo cultural común sobre cualquier aspecto de la vida cotidiana. Es necesario tener en cuenta las creencias, imágenes y representaciones de los ciudadanos en relación a cualquier fenómeno social para el que estemos planificando alguna intervención, ya que pueden determinar su colaboración o resistencia al logro de los objetivos **perseguidos**.

Considerándolo con detenimiento, no siempre es tan obvio que se necesite intervenir sobre algo que "aún" no existe, especialmente si no se tiene una experiencia anterior directa. La motivación se moviliza más fácilmente cuando **construimos aspiraciones** compartidas, colectivas; cuando todos queremos que las cosas vayan a mejor.

La aparición de aspiraciones más o menos compartidas en una colectividad no significa necesariamente que se dinamice un cambio social con celeridad. El proceso de **legitimación** de cualquier problema o necesidad social conlleva procesos **graduales** de **responsabilización** social antes de que aparezcan actuaciones prácticas congruentes con las aspiración. Los profesionales de la salud, por ejemplo, han comprobado **repetidamente** como, a pesar de parecer profundamente ilógico, muchos humanos mantenemos tendencias persistentes a repetir comportamientos insalubres (p.ej.: fumar). Muchas personas quieren realidades concretas "aquí y ahora" y pueden ser bastantes perezosas a la hora de planificar racionalmente el futuro a medio y largo plazo, sobre todo para evitar no algo "real", sino "sólo una **probabilidad**" (p.ej.: conhaer cáncer de pulmón)..

¿Pueden las aspiraciones llegar también a ser "legitimadas", lo que equivaldría a decir "compartidas" ampliamente por los colectivos ciudadanos? Parece que la respuesta debiera ser "sí"; la evolución histórica de las vicisitudes que ha comportado y sigue comportando el reconocimiento de los derechos **humanos** es un buen ejemplo de cómo, a pesar de grandes dudas, contradicciones y pasos atrás, parece claro que **globalmente** se ha avanzado; incluso reconociendo que el ritmo medio de la marcha puede resultar exasperantemente lento. Es necesaria una **construcción** colectiva para llegar a **consensuar** que una aspiración colectiva, para su logro, requiere una intervención social apoyada desde instancias representativas de la colectividad.

Quando los profesionales e investigadores hablamos de la necesidad de prevenir algo, lo acostumbramos a hacer a partir del rigor de la recopilación sistemática de datos que nos apuntan la existencia de factores de riesgo.

"Factor de riesgo" es un concepto que se refiere a determinadas condiciones biológicas, psicológicas o sociales, medidas mediante variables directas o indicadores (sociales o psicosociales) que, acordes con conocimientos científicos, se ha demostrado que participan **probabilísticamente** en los antecedentes o en las situaciones asociadas o implicadas con la emergencia de diferentes **enfermedades**, problemáticas o necesidades sociales.

Cada vez es más evidente que muchos factores de riesgo son de hecho factores **multiriesgo**, porque se van encontrando en los antecedentes de problemáticas diversas (por ejemplo, el alcoholismo de un progenitor, tanto en adolescentes infractores, como en niños o niñas abandonados, o con fracaso escolar, o maltratados).

Las dos últimas décadas se han desarrollado muchos estudios sobre la **resiliencia**, es decir, sobre los factores que se refieren a la capacidad de resistir acontecimientos adversos en la experiencia vital, sin consecuencias negativas o perturbadoras a largo plazo para el desarrollo o socialización (Rutter, 1990).

A pesar de que los planteamientos teóricos más consensuados son cada vez más los interactivos individuo-medio (modelos **sistémicos**, **ecosistémicos**, etc.) arrastramos un lastre de fuertes condicionamientos **terminológicos** focalizados más en la atención al individuo que en su entorno social. Quizás hay un trasfondo humano muy **positivo** en pensar ante todo y sobre todo en **ayudar** a la persona individual: pero esto no significa ni puede significar en absoluto que nuestra intención de cambiar algo, nuestro programa de intervención, se concentre en cambiar sólo algo referido a la persona (por ejemplo, su conducta o su vulnerabilidad o su resiliencia individual); a menudo quizás deberíamos centrarnos más en cambiar algo referido al entorno (por ejemplo, la conducta de otros, particularmente sus actitudes y representaciones sociales) o la interacción entre **ambos**.

Puede ser mucho más trascendental identificar contextos de riesgo que individuos en riesgo; en cambio, estamos poco habituados a pensar así porque los conceptos que utilizamos nos limitan tal visión. Hablamos por ejemplo de "inadaptación" y pensamos que la persona "no se adapta"; en vez de pensar en "desadaptación" como un sistema de relaciones individuo-medio con dificultades **recíprocas** de adaptación (Casas, 1989).

En relación a todo esto cabe apuntar que encontramos una gran diferencia de planteamiento entre las intervenciones judiciales (centradas en hechos, que implican personas individuales; sólo se juzgan hechos y la **responsabilidad** personal que comportan) y las sociales (centradas en sistemas humanos y en las interacciones que en ellos se dan). La evaluación de los respectivos procesos de intervención puede no coincidir en absoluto, cosa a menudo evidente en el campo de la justicia de menores: a pesar de que un chico haya cumplido una medida, es posible que el entorno social en que está sumergido no se haya modificado en nada para contener o modificar un comportamiento socialmente conflictivo.

La identificación de personas en situaciones de riesgo ha llevado ya a encendidas polémicas en algunos países, particularmente en relación con los factores sociales asociados (incluido el propio comportamiento social de los afectados); lo hemos visto claramente los últimos años en relación con el SIDA, aunque la polémica empezó antes. Las teorías del etiquetaje social hace años que nos demostraron como la propia definición de una persona como portadora de un problema, aumenta las posibilidades de que lo padezca. Así, los etiquetados como **pre-delinquentes**, tienen más posibilidades de devenir delincuentes que los no etiquetados. Igual que cuando un maestro tiene expectativas negativas sobre el rendimiento de un alumno, está demostrado que aumenta la probabilidad de que dicho alumno tenga rendimiento negativo (profecías autocumplidoras). Castel (1981; 1983), por otra parte, señaló insistentemente las nuevas formas de control social **ilegítimo** a que puede llevar la prevención personalizada. ¿Por qué, por ejemplo, en vez de crearse registros de niños maltratados, como algunos proponen, no se crean registros de adultos maltratadores?

En última instancia, ¿se puede obligar (abierta o sutilmente) a las personas a "prevenirse" obligatoriamente de algún problema, contra su voluntad? La voluntariedad se ha defendido a menudo como uno de los principios y de las características de toda intervención social, por contraposición a las intervenciones **policiales** o judiciales. Pero tampoco es tan sencillo establecer límites: en el ámbito de la infancia, por ejemplo, el tema de la voluntariedad es bien **borroso**, porque ¿dejaríamos de proteger a un niño abandonado que no quisiera ser protegido?

La prevención personalizada, dirigida específicamente a los individuos identificados como vulnerables, que tiene pleno sentido, pongamos por caso, en el campo de las enfermedades infecciosas, llega a plantear problemas éticos muy delicados en el campo social.

Es por esto que se han intentado acotar cada vez más una serie de conceptos intermedios: **grupos** de riesgo, situaciones de riesgo, poblaciones en riesgo. Se trata de conceptos que permiten medidas impersonales del riesgo, y eluden, en consecuencia, un etiquetaje individual (Casas, 1989).

Ya el estudio de los factores de protección (Rutter, 1990), y posteriormente el de los de resiliencia (Werner y Smith, 1982), nos mostró la importancia para la prevención de aspectos psicológicos y psicosociales tradicionalmente desestimados u olvidados, como por ejemplo, el optimismo vital, o la convicción de ser capaces de superar las adversidades. Veamos una de las listas de factores potenciadores de la resiliencia que estos últimos autores desprendieron de su famoso estudio **longitudinal**:

- Estructura y reglas adecuadas en el hogar.
- Pasar tiempo con adultos de fuera de la familia, que sean "cuidadores".
- Tener aficiones que resulten gratificantes.
- Participar en actividades de cooperación (p.ej.: voluntariado).

- Tener responsabilidades en alguna actividad que requiera habilidades (p.ej.: cuidar un hermano menor; proteger a otra persona de experiencias desagradables; etc.).
- Tener al menos a una persona que se considera que le acepta incondicionalmente (relación íntima que refuerza el autoconcepto; sentirse "especial" para esa persona).
- Tener confianza en algún valor o valores centrales que se considere que dan significado a la vida (p.ej.: fe en una religión, sin importar cuál; militancia convencida en un partido).
- Tener confianza en que las adversidades pueden ser superadas (p.ej.: optimismo vital).

Entorno al concepto de resiliencia los últimos años destacan las grandes polémicas sobre su consideración de capacidad individual de los sujetos versus su consideración como capacidad que emerge de las relaciones e interacciones sociales de los sujetos con su entorno.

3. EL FORTALECIMIENTO O POTENCIACIÓN DE LA COMUNIDAD

El neologismo y la primera definición de "empowerment" se le atribuyen a Rappaport (1991), quien presentó este concepto como el proceso mediante el cual personas, organizaciones o comunidades adquieren o potencian la capacidad de controlar o dominar las propias vidas, o el manejo de asuntos o temas de su interés, para lo cual es necesario crear las condiciones que faciliten dicho fortalecimiento. Con los años este concepto, traducido por fortalecimiento o **potenciación** (el barbarismo "empoderamiento" que algunos autores utilizan resulta innecesario e inaceptable en castellano) se ha ido considerando como uno de los más cruciales para el campo psicosocial comunitario (Montero, 2004).

Curiosamente, la práctica de dicho principio es anterior en la psicología comunitaria latinoamericana a la propia definición en la psicología comunitaria norteamericana, que a menudo han seguido derroteros distintos (Montero, 1994).

Según Montero (2004) hay acuerdo en considerar que el fortalecimiento se apoya en la **presencia** de los siguientes procesos comunitarios: a) la participación; b) la toma de conciencia; c) el ejercicio del control por parte de la comunidad; d) el poder, que acompaña el control; e) la politización, en el sentido de ocupación de espacio público y toma de conciencia de derechos y deberes inherentes a la ciudadanía; f) la **autogestión**, o involucración directa de la comunidad en sus procesos de transformación; g) el compromiso; h) la evolución y crecimiento individual; y i) la identidad comunitaria, también denominada por muchos autores sentido de comunidad.

Para otros autores es de destacar el estrecho vínculo entre la noción de potenciación o fortalecimiento comunitario y una perspectiva eco-sistémica de la

realidad. Así, Hombrados y Gámez (2001) destacan su capacidad de articular analíticamente un nivel psicológico intrapersonal, con niveles organizacionales y comunitarios, tomando formas diversas en diferentes contextos, de forma dinámica e interactiva.

Estos autores distinguen entre componentes intrapersonales, interactivos y comportamentales. Los intrapersonales están relacionados con la propia percepción de control y autoeficacia. El componente más interactivo de la **potenciación** se refiere a la idea que la personas tienen de su comunidad y a la capacidad de poder ejercer control sobre su ambiente; ello implica compartir normas y valores en un contexto determinado, desarrollar una conciencia crítica de su propio ambiente, movilizar recursos y tomar decisiones para solucionar problemas. Mientras que los componentes más comportamentales están relacionados con las estrategias de afrontamiento y con las habilidades para adaptarse a los cambios (Hombrados y Gámez, 2001).

Un ejemplo, también tomado de estos autores, de cómo pueden aparecer estos tres componentes en un contexto determinado, se puede ver en la estructura y desarrollo de los grupos de ayuda mutua. El componente intrapersonal se encuentra en la percepción de control y de competencia para afrontar los problemas que tiene cada miembro del grupo. El componente interactivo está en la comprensión y aceptación de las normas del grupo, la colaboración entre los miembros y la ayuda recíproca. El componente comportamental guarda relación con el diseño de estrategias de afrontamiento y con la toma de decisiones concretas respecto a la marcha del grupo, definición de roles, nivel de participación, etc. (Hombrados y Gámez, 2001).

Rappaport (1987) distingue entre los conceptos de prevención y **potenciación**, pero los considera interrelacionados y complementarios. Este autor considera que la prevención se centra estratégicamente en la solución de problemas concretos, mientras que la potenciación se centra en intereses compartidos. Para Hombrados y Gámez (2001) la definición de potenciación amplía el tipo de intervención al que puede optar el trabajador comunitario, para situar el objetivo último en la promoción de las posibilidades para que las personas, organizaciones y comunidades ganen en control y dominio sobre sus propias vidas. Añadiendo, al final de su artículo, que parejo a este objetivo está el de mejorar los ambientes y recursos sociales, así como el mejorar las competencias personales para fortalecer la calidad de vida.

Desde el punto de vista de la potenciación, el rol del profesional es clave, y es muy distinto del planteado en los enfoques tradicionales. Para Rappaport (1987) el objetivo del interventor comunitario es hacer posible que la propia comunidad descubra que posee recursos para ser su propio agente de cambio. No se dan soluciones, sino que se procura que los miembros de la comunidad aprendan a solucionar sus problemas y necesidades por sí mismos. El rol del profesional es de

colaborador para el cambio (Rappaport, 1987), aunque a menudo podríamos definirlo muy bien como promotor de cambios. Pero no podemos olvidar que se trata de un promotor que no pertenece al sistema que pretende cambiar, ya que de hecho es un agente externo.

En una revisión de programas comunitarios desarrollados en distintos países, Montero (2004) destaca como principales fuentes de tensiones y conflictos los siguientes:

1. Disparidades producidas entre los agentes externos y los agentes internos en el trabajo comunitario.
2. Tensiones producidas por la acción de los agentes externos y de los agentes internos en el curso del trabajo comunitario.
3. Aspectos relacionados con la planificación y organización de dicho trabajo, incluidos la falta de claridad en los objetivos y la falta de comunicación.
4. La redacción selectiva de los informes de investigación comunitaria.
5. Aspectos externos a la comunidad, especialmente algunos relacionados con las características de las instituciones que promueven a los agentes externos, como por ejemplo, su polarización política o religiosa, sus actitudes asistencialistas, sus propios roces internos, etc.

Este resumen de dificultades pone de relieve lo delicadas que son en cualquier sistema activo tanto la mera aparición de agentes exógenos, como las interacciones entre los agentes internos y externos, por "positivas" que sean las intenciones de los agentes externos. De ahí la importancia que tiene para el éxito de cualquier proceso de intervención comunitaria: a) que la planificación se realice conjuntamente y participativamente, y b) que los agentes externos tengan siempre presente el principio de autonomía de la comunidad (Montero, 2005).

4. CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

El concepto científico de calidad de vida toma fuerza con la consolidación de los llamados valores "post-materiales" (Inglehart, 1990). Nace al mismo tiempo que el denominado "movimiento de los indicadores sociales" que, en el fondo, es un debate epistemológico y político sobre cómo evaluar el cambio social (Casas, 1989). El concepto calidad de vida se convirtió en un estandarte en el que se concretaba el consenso acerca de que el cambio social positivo NO se puede evaluar sólo con los datos tradicionalmente denominados objetivos (de condiciones materiales y observables de vida), sino que debe evaluarse también mediante datos sobre la calidad del cambio, y dicha calidad implica necesariamente la disponibilidad de datos denominados subjetivos, de las condiciones psicosociales de vida de las personas implicadas, es decir, sobre sus percepciones, evaluaciones y aspiraciones (Campbell, Converse y Rodgers, 1976).

Es por ello que, a diferencia de otros conceptos utilizados en las cosas socialmente bien", es el que mejor integra decidida y plenamente a los aspectos psicológicos de la vida personal y colectiva, incluidas autoevaluaciones de las mismas.

Como se definía en un trabajo de CIMA (1979), la calidad de vida es "el grado en que las condiciones de una sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia" (la negrita es nuestra).

La noción de calidad de vida reconoce entidad social y psicosocial a la experiencia que las personas tienen de sus propias formas y condiciones de vida, dando tanto o más valor a esa experiencia que a las condiciones materiales objetivables, definidas como adecuadas por cualesquiera expertos. Por poner un ejemplo, puede haber unos indicadores objetivos plenamente aceptados por los profesionales sobre el buen funcionamiento de determinado centro hospitalario o centro de servicios sociales. Sin embargo, aun en el caso de ofrecer tales indicadores una puntuación excelente, si una mayoría de usuarios entrevistados a la salida de estos servicios expresaran que se han sentido muy mal atendidos, desde la perspectiva de la contribución a su calidad de vida convendríamos que no es un servicio excelente.

Paralelamente, y con raíces históricas anteriores a este concepto, en Europa se venía planteando la profundización en el concepto de bienestar social (*welfare*), particularmente entre los defensores del denominado estado del bienestar. Este concepto incorpora las ideas de equidad y justicia distributiva, planteando que no se puede medir el estado de las riquezas (materiales, culturales o sociales) de un país sin tener en cuenta las desviaciones típicas de los datos, es decir, su distribución. Se trata de buscar medidas que den perfiles de las situaciones, no simples promedios.

El bienestar social se refiere al orden social para promover la satisfacción de las necesidades individuales que son compartidas, así como a las necesidades pluripersonales (Moix, 1980). El gran esfuerzo que caracteriza muchas investigaciones sobre el bienestar social es la búsqueda de mediciones objetivas sobre situaciones observables, que permitan la comparación, y, en consecuencia, la detección de las desigualdades sociales.

Se han definido como características del bienestar social:

- La objetividad, es decir, se refiere a condiciones y circunstancias objetivas de una realidad social.
- El hecho de ser una realidad externa, es decir, apreciable por los demás.
- El hecho de partir de unos mínimos, es decir, de lo que se considere indispensable.

Con los intentos de medición del concepto de bienestar social aparece una mayor sensibilidad hacia los derechos humanos. Un símil que plantearon algunos autores es su paralelismo con el concepto de salud: Cuando un componente básico

del bienestar de un conjunto está muy mal, el bienestar global de un conjunto de personas (país, comunidad) necesariamente ha de ser bajo, al igual que cuando un órgano vital del cuerpo se pone enfermo, la persona está enferma.

El concepto de "calidad de vida" ha sido considerado por algunos autores como sinónimo del de bienestar, especialmente por quienes propusieron ir ampliando el significado de "bienestar social". Sin embargo, es especialmente relevante para la psicología social el destacar los rasgos más diferenciales de este "nuevo" concepto. En la esfera de los investigadores de los fenómenos sociales, a lo largo de la década de los 60, el concepto de calidad de vida se fue vinculando al debate comprometido con la incorporación de mediciones "subjetivas" del cambio social (que en realidad son evaluaciones psicosociales: percepciones, evaluaciones y aspiraciones, como ya hemos indicado) relacionadas con las condiciones de vida de las personas, que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como la felicidad, la satisfacción global con la vida, etc. Esta conceptualización se inició en los EE.UU., y pasó rápidamente a las esferas académicas de la mayoría de países industrializados. Muchos autores coinciden en considerar los trabajos de Ogburn como antecedentes, al iniciar sus debates sobre la cultura material y no material en relación al cambio social (1922, 1942), e incorporar mediciones de la cultura "no material" en los informes sobre tendencias sociales en EE.UU. en que participó (1933, 1943) (Casas, 1989).

En los años 60 concurrían en EE.UU. multitud de factores que sacudieron la conciencia del "cómo van las cosas". Se cuestiona seriamente si el bienestar social (*welfare* = "marchar bien") produce realmente bienestar personal (*well-being* = "estar bien"). Se "redescubre" la pobreza, y se evidencian la degradación tanto del medio ambiente como de las condiciones humanas de vida a causa del denominado "malestar de la abundancia" (CIMA, 1979; Casas, 1989), lo cual refuerza las tesis de Inglehart (1977).

A partir de estos orígenes, tan inconfundiblemente psicosociales, y de la rápida consolidación del concepto "calidad de vida", su estudio desarrolla una intensa y rica historia de vínculos con nuestra disciplina científica, en la que no podemos extendernos aquí. Es obligado mencionar cuanto menos los trabajos de Campbell y Converse (1970), Campbell et al. (1976) y Andrews y Withey (1976), como contribuciones muy notables en un primer periodo.

Interesa insistir particularmente en la idea de que lo que nació con estos trabajos fue una inseparable vinculación entre el moderno concepto científico de calidad de vida y la experiencia personal vivida por los ciudadanos. En este sentido, dicho concepto se refiere y debe referirse a las evaluaciones, necesidades, satisfacciones, y representaciones sociales que los miembros de todo conjunto social tienen, sienten y experimentan en relación a su entorno y a las dinámicas sociales en que se hallan inmersos, incluyendo los servicios que se les ofrecen y las intervenciones sociales de las que son destinatarios y que emanan de las políticas sociales.

Las implicaciones psicosociales del concepto fueron ya planteadas inequívocamente por Blanco (1985) y Blanco y Clicaón (1985). Las razones del desordenado uso cotidiano que a menudo se hace del concepto y de la escasa bibliografía en castellano pueden, quizás, haber dificultado la conexión entre el profesional de la intervención social y las líneas de investigación científica que a su alrededor se desarrollan.

Es por ello que merece la pena llamar la atención ante una serie de aspectos positivos (sin negar que también conporta dificultades) que conlleva el hecho de incorporar más decididamente el discurso de la calidad de vida en el ámbito de la intervención psicosocial (Casas, 1996):

- Permite la incorporación de una perspectiva claramente positiva en un campo profesional lleno de conceptos con cargas semánticas negativas (problemas sociales, marginación, inadaptación, pobreza, malos tratos, etc.), lo cual repercute sin duda en la configuración de la cultura profesional de aquellos que trabajan en la intervención social.
- Clarifica las posibles y necesarias aportaciones que en el terreno aplicado puede desarrollar el profesional de la psicología, al tratarse de un concepto con inexcusables componentes psicosociales.
- Hace posible que los profesionales no se queden atrapados en la transmisión involuntaria de una visión únicamente pesimista del mundo, lo cual organiza defensas de los ciudadanos ante los propios profesionales.
- Permite anclar lo individual y lo social, ya que establece conexiones inexcusables entre el bienestar psicológico y las dinámicas psicosociales.
- Se sitúa en el terreno de la promoción y la prevención en su sentido más amplio, siendo perfectamente asumible desde perspectivas comunitarias y desde dinámicas interdisciplinares.

Con todo, hay que estar atentos a la fácil manipulación del término "calidad" cuando desde el marketing se la reduce a un mundo de imágenes o a una dinámica de consumo comercial.

Los estudios tanto sobre bienestar social, como sobre calidad de vida que se vienen desarrollando los últimos años se plantean a muy distintos niveles dentro de un continuum entre lo "macro(psico)social" y lo "micro(psico)social". Quizás una peculiaridad a destacar es que los análisis a niveles más microsociales son los que han dado mayor cabida al concepto "bienestar psicológico", que, de hecho, tiende un puente con los niveles estrictamente personales o individuales. Este componente queda "diluido" en muchos estudios macrosociales, en los que a menudo no se considera, aunque empieza a haber notorios excepciones (por ejemplo, Cummins *et al.*, 2003).

El denominador común que hallamos en los estudios sobre calidad de vida casi queda resumido a la aceptación de una simplificada fórmula básica: La calidad de vida es función tanto de factores o elementos físicos, como de elementos psicosociales que configuran la vida de las personas.

Cabría matizar que, sobre todo, es función de la **interacción** entre ambos Conjuntos de factores.

Para Glatzer y Mohr (1987), por ejemplo, las categorías de la calidad de vida son el resultado de **cruzar** los valores **duales** de estos dos conjuntos, resultando de ello bienestar, disonancia, adaptación (que puede ser conformismo) o privación (Casas, 1996).

En el nivel macrosocial las diferencias entre los estudiosos se mantienen al entorno de los distintos ámbitos de la vida que se consideran más relevantes para la investigación del bienestar social, o de la calidad de vida. Existe un cuerpo central de **grandes** conjuntos de factores en los que acostumbra a haber un acuerdo mayoritario; las diferencias en el estudio de estos factores a veces son más metodológicas que categoriales. A medida que se amplía en número de componentes, fuera de este núcleo **central**, tanto bienestar social como calidad de vida empiezan a aparecer como "conjuntos borrosos", y hay más desacuerdos sobre su relevancia.

Debido a que muchos estudiosos del bienestar social tradicionalmente pusieron mucho (o todo) el énfasis sobre las dimensiones **más** materiales o directamente observables que lo componen, el debate que acompañó la emergencia del concepto "calidad de vida" se posicionó en el contrapunto a tales tendencias, destacando radicalmente sus componentes **psicosociales**.

Así, **Andrews** y **Withey** (1976), defendieron que los indicadores de evaluación de aspectos de la propia vida y los de condiciones externas o ambientales, **deberían** formar series paralelas, ya que la **estructura** de las percepciones sobre el bienestar psicológico debe conocerse lo más directamente posible y no por inferencias externas.

Desde un posicionamiento que cabría calificar de psicólogo radical, **Campbell** (1976) defendió que los indicadores de condiciones materiales de vida deben ser considerados como subsidiarios, ya que son descriptivos de las condiciones que se supone que influyen en nuestras vidas, pero no miden directamente nuestra **experiencia**. En **Campbell**, **Converse** y **Rodgers** (1976) se insiste en que las mediciones de las condiciones "objetivas" de vida son asumidas con demasiada facilidad como sustitutos de la experiencia personal de vida, cuando esto es incorrecto: No sabemos cómo muchas de estas medidas pueden representar los estados psicológicos subyacentes; por ejemplo, se puede constatar que a veces el sentimiento de inseguridad ciudadana no mantiene relación lineal con el número de delitos que constan en la estadísticas policiales.

En sus trabajos sobre la "buena vida", **Lawton** (1983) quiso también enfatizar la perspectiva psicológica de la calidad de vida, destacando todo aquello que en la vida se puede **definir** como metas personales y sociales legítimas. La calidad de vida, o la "buena vida" quedarían así muy próximas a la noción de "**realización personal**". Cuestión reemprendida recientemente en los debates sobre el enfoque **hedónico**, versus el enfoque **eudaimónico**, en el estudio del bienestar psicológico (Ryan y Deci, 2001).

5. CAMBIO SOCIAL Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LAS FORMAS DE INTERVENCIÓN: DE LA ESPECIALIZACIÓN AL PARADIGMA DE LOS DERECHOS

Ya hemos comentado en otros lugares (Casas, 1996) como la intervención social esta sujeta a tres representaciones sociales articuladas entre sí:

- Representaciones sociales acerca del **grupo** o conjunto de sujetos destinatarios de los programas de intervención (los inmigrantes, los ancianos, los discapacitados, la infancia, etc.), que a su vez deben interpretarse en el seno de procesos de diferenciación **categorial**.
- Representaciones sociales sobre los "problemas" de dichos **grupos** de personas que pueden considerarse "sociales", es decir, que apelan a sentimientos de responsabilidad colectiva (y, por tanto, se considera justificado que sean objetivo de las políticas y actuaciones sociales).
- Representaciones sociales acerca de las formas apropiadas de intervenir ante las situaciones que se pretende "cambiar a mejor".

Nos centraremos a continuación en la tercera de estas representaciones. Hasta la segunda mitad del siglo XX, en buena parte de nuestro planeta, la toma de decisiones ante graves problemas o necesidades sociofamiliares o psicosociales se reducía a dos posibilidades: que el afectado o afectada se quedara en su casa porque su situación no era suficientemente grave (en el mejor de los casos, con apoyo de algún servicio benéfico o de asistencia social), o que fuera **ingresado/a** en una institución residencial (para más detalle, ver Casas, 1993).

La que hoy denominamos red de servicios de bienestar estaba estrictamente dicotomizada: unos servicios (escuelas, centros de tiempo libre, servicios de salud y otros servicios de la comunidad) estaban pensados para todos los ciudadanos en general, bajo el supuesto que no presentaran problemas personales importantes (es decir, que fueran "normales"); y otros servicios estaban estrictamente "especializados" en atender a quienes fueren portadores de determinados problemas (entre los que eran de destacar dos grandes categorías: situaciones de dificultad social y situaciones de conflicto social).

Buena parte de la población **tutelada** era atendida en **macroinstituciones**, que funcionaban como "instituciones totales" en el sentido de **Goffman** (1961). Dichas instituciones estaban organizadas de manera que el interno no necesitara absolutamente nada de fuera de la institución. Por ejemplo, las de niños o niñas incluían escuela, servicios de salud, servicios religiosos, zonas deportivas, etc. En un porcentaje elevado de los casos, no desarrollaba un trabajo social con las familias, por lo que los internos raramente **salían** del recinto **institucional**, y si lo hacían, era sólo durante algún fin de semana.

Vemos, pues, que el paradigma dominante, resultado de un largo proceso histórico, era el paradigma de la especialización. Su esquema o "lógica" de fun-

cionamiento era bien simplista: "Las personas con problemas especiales, necesitan atención en centros especiales diferenciados". Había que identificar los casos "realmente" graves, y en base a su situación de "anormalidad", se los separa de su medio natural para situarlos en un medio "especializado", con atención por parte de profesionales "especializados".

Este paradigma se empezó a resquebrajar por las aportaciones de distintos campos de investigación, entre las que cabe destacar las investigaciones psicológicas y médicas sobre los bebés acogidos en las casas maternidad (Spitz, 1945; Spitz & Wolf, 1946; Bowlby, 1950), los debates generados por pedagogos entorno al principio de normalización (Nirje, 1969; Bank-Mikkelsen, 1973), las aportaciones de Caplan (1964) sobre psiquiatría preventiva, los debates de la antipsiquiatría contra el constructo de normalidad, las particulares contribuciones psicosociales de Goffman ya apuntadas, y la llegada de las perspectivas comunitarias en intervención social (Casas' 1998).

Sólo a finales de los años 50 y mediados de los 60 aparecieron en buena parte de los países de la Europa occidental importantes ideas innovadoras que se concretaron en servicios con planteamientos distintos (Casas, 1996). La nueva "lógica" en la atención de los niños disminuidos, se extrapoló paulatinamente a todos los grupos tradicionalmente atendidos por los servicios sociales y se fue acuñando con la denominación de principio de normalización. En contraste con la lógica de la especialización, las nuevas ideas se podría resumir en todo lo contrario: "la mejor manera de superar los problemas particulares de un niño es mantenerlo en un medio igual al que viven la mayoría de los demás niños, con los apoyos necesarios".

En España, si bien las primeras discusiones sobre este principio se centran mucho en la integración escolar (Monereo, 1985), la idea tardó muy poco en enraizar en el campo de los servicios sociales, en el que, a principios de los años 70 ya se vivía una gran inquietud por la llegada de otras corrientes de pensamiento renovador, tanto de otros países europeos, como de Latinoamérica y de los EE.UU.

A nivel teórico, este paradigma se ha plasmado articulando dos grandes vertientes complementarias (Casas, 1988):

- La primera se refiere al entorno ambiental en que vive cualquier persona acogida en una institución residencial: Toda persona debe vivir en un espacio físico lo más parecido posible al que viven la mayoría de los miembros del mismo entorno cultural. Ello afecta al tamaño y configuración de la vivienda, su emplazamiento, así como (en el caso de niñas y niños) el de la escuela y de los demás servicios que puedan ser necesarios; y también la configuración de los grupos de personas con quien se convive cotidianamente.
- La segunda se refiere a las dinámicas de vida cotidiana en que las personas ven inmersas, que deben posibilitar sistemas de relaciones in-

terpersonales parecidos a los de la mayoría de los demás personas de la edad: relaciones con vecinos, con iguales del otro género (y los niños, con adultos de ambos sexos), compras en las tiendas del barrio, asistencia a los servicios y participación en actividades de la comunidad, etc. En España, podemos afirmar que las implicaciones teóricas del paradigma de la normalización han sido paulatinamente asumidas sin grandes oposiciones, al menos explícitas. Sin embargo, la coherencia práctica con la teoría asumida deja que desear. Los sistemas de servicios sociales se han ido reconfigurando a partir de una doble dinámica: por una parte, haciendo desaparecer la doble red de servicios para personas "sin problemas" y los "especializados", en un proceso en que los internos empiezan a utilizar los servicios dirigidos a todos los ciudadanos, y los establecimientos especializados se abren a su entorno; por otra parte, los servicios sociales se diversifican en un abanico de prestaciones distintas, intentando dar una diversidad de respuestas lo más normalizadas posible al conjunto de personas con necesidades y evitando que las personas tengan que ser separadas de su familia biológica o entorno natural.

A partir de los años 80 del pasado siglo XX empieza a tomar cuerpo un nuevo paradigma: el paradigma de los derechos. Aunque sin renunciar a él, este paradigma ya no hace tanto hincapié en la importancia del contexto, para destacar la centralidad y protagonismo del sujeto al que se pretende ayudar o tratar o apoyar. Este paradigma permite incorporar decididamente los principios de prevención y promoción, así como dinámicas de participación social de todos los sujetos implicados en los procesos de intervención social.

En el ámbito de la infancia, además, coincide con la aprobación por parte de las Naciones Unidas de la Convención sobre los Derechos del Niño, el año 1989, que constituye un gran paso histórico al establecer de forma universal y sin gñedad que los niños son sujetos de derechos.

El hecho de tener que prestar tan minuciosa atención a los derechos de toda persona en todo momento de cualquier proceso de intervención social o socioeducativa en que estén implicados, introduce elementos que van más allá del paradigma de la normalización, y obliga a dinámicas más personalizadas, que abren decididamente las puertas a la promoción de la calidad de vida individual y colectiva (y que incluye la promoción de la calidad de los servicios).

Desde el paradigma de la especialización al de la normalización existe una verdadera ruptura conceptual. Por congruencia conceptual, el nuevo paradigma no puede aprovechar gran cosa del antiguo, aunque la práctica demasiado a menudo no haya sido así en absoluto. El viejo paradigma se centraba en "el problema", mientras que el nuevo se centra en "el entorno físico y humano" en que se atiende a los afectados por el problema.

Por contraste, el emergente paradigma de los derechos no significa en absoluto una ruptura con el de la normalización, sino una construcción cualitativa añá-

dida, de grado superior, que lo necesita como base, para poder cambiar la perspectiva. El paradigma de los derechos propone centrarse en la persona misma (en el caso del niño, añade "en su superior interés"); pero como la persona no es un ente aislado, sino que hay que considerarla en su contexto de vida, el principio de normalización constituye un anclaje imprescindible para construir una fundamentada perspectiva desde la propia persona y desde el conjunto de personas, grupos o comunidades que sienten cualquier necesidad social, o tienen legítimas aspiraciones compartidas de cambio (psico)social positivo.

CAPÍTULO III

PRINCIPALES MODELOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

Marisol Lila Murillo

La Psicología Comunitaria es una disciplina caracterizada por un "nacimiento" centrado en la propia realidad social, la práctica y la intervención. Como señala Musitu (2004), "son precisamente las demandas y necesidades sociales, y la presión que estas ejercen, las que han propiciado que los profesionales desarrollen intervenciones comunitarias" (p. 37). Al ser una disciplina joven y de carácter aplicado, en su inicio las intervenciones que se llevan a cabo incorporan modelos de otras disciplinas, más o menos adaptados. Hoy en día, tal y como señala el profesor Musitu (2004), la Psicología Comunitaria necesita crear modelos teóricos propios, que sean capaces de integrar y dar coherencia a la multiplicidad de intervenciones que se realizan desde nuestra disciplina y, además, que sean capaces de adaptarse a las diversas realidades sociales, culturales y políticas.

Por otra parte, se han realizado algunos esfuerzos por clasificar la variedad de modelos que se vienen utilizando en la intervención social comunitaria. Así, por ejemplo, Sánchez (1991) distingue entre modelos *analíticos* (que sirven para comprender y explicar) y modelos operativos (que sirven para operar o actuar). Sin embargo, este mismo autor señala que, en Psicología Comunitaria, prácticamente todos los modelos tienen un importante carácter operativo, al priorizarse en esta disciplina la intervención sobre el análisis o elaboración teórica.

En este capítulo y, por motivos de espacio, únicamente vamos a exponer tres modelos de intervención que han sido ampliamente utilizados en nuestro contexto y que están basados en diferentes tradiciones teóricas y de investigación: el modelo de competencia, el modelo de bienestar y el modelo ecológico.

1. EL MODELO DE COMPETENCIA

Según Sánchez (1991), la competencia incluye actividades selectivamente dirigidas a interactuar con el entorno. Este concepto puede ser de gran utilidad en su aplicación a individuos, grupos y comunidades. Se señalan tres procesos esenciales en la adaptación y el logro de competencia: (1) búsqueda de la *cantidad óptima de información* relativa al ambiente; (2) *organización interna* satisfactoria, de manera que no existan tensiones psicológicas o físicas que dificulten una interacción competente con el entorno, y (3) *autonomía* en la iniciación y mantenimiento de la acción del individuo (White, 1974). Como señala Sánchez (1991), la promoción de estos tres procesos serían metas del trabajo comunitario, ya que se busca el desarrollo de la competencia de individuos y grupos, incrementando los sentimientos de poder, eficacia, empowerment y autoestima.

Así, desde este modelo, el desarrollo de "comunidades competentes" sería la meta básica de la Psicología Comunitaria e incluiría el uso de la información y otros recursos con el objetivo de que los individuos puedan tomar decisiones en relación a los problemas que sufren para poder afrontarlos de la forma más competente posible (Sánchez, 1991). Por otra parte, como señalaba Iscoe (1974), los componentes de la competencia individual y social serían: (1) un repertorio de posibilidades y alternativas; (2) el conocimiento para acceder a los recursos psicosociales; (3) empowerment, y (4) autoestima, esperanza y poder como resultado de conseguir los elementos previos.

Como señalan Dalton, Elias y Wandersman (2001), la complejidad de algunos modelos teóricos y su aplicación puede parecer una tarea muy ardua. Se necesitan unas estrategias simplificadoras que faciliten y clarifiquen las directrices para la intervención. Las *ecuaciones de la prevención* propuestas por Albee (1982) y Elias (1987) pueden servir como una *síntesis* de las propuestas relativas a la promoción de la competencia social (ver Cuadro 1).

La fórmula de Albee (1982) se *enmarca* en el nivel individual: el riesgo para la persona se incrementa en la medida en que el individuo experimenta estrés y/o vulnerabilidades, y se reduce en la medida en que este posee habilidades de afrontamiento, percibe apoyo y se valora a sí mismo de forma positiva. Como se observa en el Cuadro 1, para cada término de la ecuación se corresponde una forma de intervención que se podría adoptar. Por otra parte, Elias (1987) amplía estas ideas al nivel contextual, complementando la ecuación de Albee (1982). La fórmula a nivel contextual se basa en la idea de que el riesgo se incrementa en función de los estresores y factores de riesgo del entorno y decrece en la medida en que se incrementan los factores protectores: prácticas positivas de socialización, acceso a recursos de apoyo social y recursos socioeconómicos y oportunidades para establecer relaciones y contactos positivos que promuevan vínculos y el desarrollo del sentimiento de ser valorado.

<p>NIVEL INDIVIDUAL (Albee, 1982)</p> <p>Incidencia de desorden comportamental y emocional en los individuos =</p> $\frac{\text{Estrés (1) + Vulnerabilidad Física (2)}}{\text{Habilidades de Afrontamiento (3) + Apoyo Social (4) + Autoestima (5)}}$ <p><i>Intervenciones derivadas de la ecuación individual:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reducir o mejorar el manejo del estrés percibido. 2. Reducir el impacto negativo de las vulnerabilidades físicas. 3. Incrementar las estrategias de afrontamiento, de resolución de problemas, de toma de decisiones y habilidades sociales. 4. Incrementar el apoyo social percibido. 5. Incrementar la autoestima y la autoeficacia.
<p>NIVEL CONTEXTUAL (Elias, 1987)</p> <p>Probabilidad de desorden comportamental y emocional en los contextos =</p> $\frac{\text{Estresores (6) + Factores de Riesgo en el Contexto (7)}}{\text{Prácticas de Socialización Positivas (8) + Recursos de Apoyo Social (9) + Oportunidades de tener Relaciones y Contactos Positivos (10)}}$ <p><i>Intervenciones derivadas de la ecuación contextual:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Reducir/eliminar los estresores en los contextos de socialización clave y en otros elementos del entorno 7. Reducir la presencia de factores de riesgo físico en el entorno que puedan producir el incremento de la vulnerabilidad física. 8. Mejorar las prácticas de socialización, de manera que los contextos de socialización clave puedan cumplir sus funciones. 9. Incrementar la accesibilidad a los recursos de apoyo social. 10. Incrementar las oportunidades de establecer relaciones positivas con los demás, así como los contactos con instituciones, grupos sociales, agencias y otros contextos formales e informales.

Cuadro 1. Ecuaciones de Prevención o nivel individual y contextual. Fuente: Dalton, Elias y Wandersman (2001).

2. EL MODELO DE BIENESTAR

Lin y Ensel propusieron, a finales de la década de los 80, un *paradigma* integrador con el propósito de establecer un marco conceptual que permitiera el examen sistemático del rol que desempeñan los factores sociales, psicológicos y *fisiológicos* en las relaciones estrés-bienestar. Este paradigma, basado en el *traba-*

jo de Dohrenwend y Dohrenwend (1981), supuso un avance importante con respecto a modelos previos al incorporar otros factores en la explicación de la salud y el bienestar (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

Este paradigma especifica así no sólo la importancia de las experiencias sociales (sucesos vitales y apoyo social) en la génesis, incremento y reducción de problemas físicos y psicológicos, sino también el rol desempeñado por otros factores como los recursos y estresores físicos y psicológicos.

La propuesta integradora de Lin y Ensel (1989) se basa explícitamente en el postulado por el cual se defiende que el estrés puede ser descrito en términos de tres entornos o contextos (social, psicológico y fisiológico) que incluyen, a su vez, dos tipos de fuerzas que pueden amenazar (estresores) o potenciar (recursos) el bienestar psicosocial de las personas (ver Figura 1). Desde este modelo, los tres entornos y sus respectivas fuerzas, son entendidos como factores exógenos con efectos contrapuestos sobre el bienestar (Herrero, 2004).

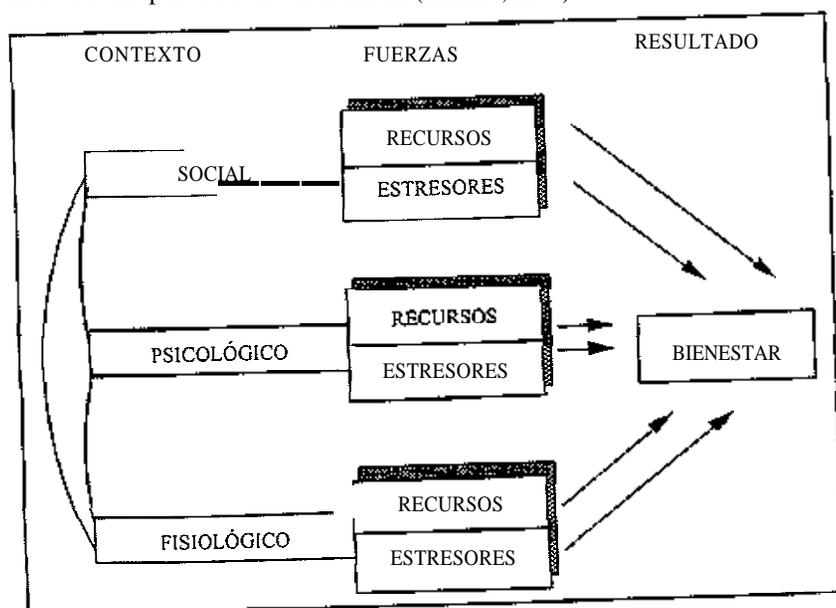


Figura 1. Modelo propuesto por Lin y Ensel (1989) Fuente: Gracia, Herrero y Musitu (2002).

Así, por ejemplo, los recursos psicológicos desempeñarán un importante papel en el proceso de reconocer los estímulos sociales estresantes y reaccionar posteriormente a los mismos en un intento de prevenir o eliminar sus potenciales efectos negativos. En este sentido, conceptos tales como autoestima, competencia

personal o locus de control actuarán como recursos que permitirán reducir el impacto de un estresor. El estrés psicológico (depresión, ansiedad, problemas del sueño o del apetito, somatizaciones), por el contrario, puede incrementar o exacerbar los problemas de salud. Como señalan Lin y Ensel, el estrés psicológico ha sido utilizado en la investigación fundamentalmente como variable dependiente y, en ese sentido, el modelo que proponen enfatiza el rol del estrés psicológico como una variable independiente potencial afectando directamente a los resultados en el ámbito de la salud. Finalmente, el modelo toma en cuenta los efectos sobre el bienestar tanto de los estresores físicos (enfermedades, sintomatología física), como de los recursos físicos (dieta, ejercicio, hábitos de salud).

Este modelo conceptual facilita así la especificación precisa de hipótesis, la secuenciación causal de conceptos y el examen empírico simultáneo de hipótesis complementarias y rivales. Este modelo supone un avance particularmente significativo, no sólo por su importancia teórica al examinar el rol desempeñado por los factores sociales, psicológicos y físicos en la explicación del bienestar, sino también por su valor pragmático al derivarse de él criterios más apropiados para la evaluación empírica de su contribución relativa (Gracia, Herrero y Musitu, 2002).

3. EL MODELO ECOLÓGICO

Una de las principales premisas del modelo ecológico es que los sistemas sociales condicionan y dan sentido al comportamiento de las personas por medio de sus estructuras y procesos (Herrero, 2004). Urie Bronfenbrenner, desde la Universidad de Cornell, ha sido uno de los principales defensores de la perspectiva ecológica del desarrollo humano con un marcado énfasis contextual. Describe el entorno del individuo (los sistemas sociales) como "un conjunto de estructuras anidadas, cada una dentro de la siguiente, como un juego de muñecas rusas" (Bronfenbrenner, 1979). En el centro de dicha estructura se encuentra el individuo en desarrollo que se ve afectado por entornos que van de los más inmediatos (los círculos más próximos) a los más distantes (los círculos exteriores). Además, lo que sucede en un sistema social influye en lo que sucede en otros sistemas sociales y todo ello, a su vez, influye en la persona en desarrollo. El bienestar de los individuos no puede considerarse al margen del bienestar del ecosistema en su totalidad. La estructura de valores morales que subyace a esta perspectiva teórica se basa en el equilibrio entre las demandas de cooperación e integración del ecosistema y las demandas de autonomía y libertad de los individuos. Se necesita una interacción dinámica entre estas dos tendencias complementarias para mantener la estabilidad del sistema y, a la vez, la capacidad de cambio.

Bronfenbrenner señala cuatro niveles de sistemas contextuales, diferenciados sobre la base de su cercanía a la persona en desarrollo: micro, meso, exo y macrosistemas. Siguiendo a los profesores Gracia y Musitu (2000, pp. 151-152), definimos a continuación estos niveles.

- **Microsistema.** El microsistema se define como el complejo de relaciones entre la persona en desarrollo y el entorno en el contexto inmediato que contiene la persona. La familia es el principal microsistema donde tiene lugar el desarrollo, e involucra las interacciones entre los niños, sus padres y hermanos en el hogar. Otros microsistemas relevantes al desarrollo infantil son las guarderías o la escuela e involucran las interacciones con los profesores o las interacciones entre iguales.
- **Mesosistema.** El segundo estrato ecológico contempla las relaciones entre microsistemas. El mesosistema consiste en la interrelación entre los principales escenarios que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida. Un ejemplo es las interrelaciones e influencias mutuas existentes entre familia y escuela; aquello que ocurra en la escuela puede afectar a la familia y viceversa.
- **Exosistema.** Se define como una extensión del mesosistema que representa las estructuras sociales, tanto formales como informales –por ejemplo, el mundo del trabajo, el vecindario, redes de relaciones sociales, la distribución de bienes y servicios–, que no contienen en sí mismas a la persona en desarrollo, aunque rodea y afecta el contexto inmediato en el que se encuentra la persona y, por lo tanto, influye, delimita o incluso determina lo que ocurre allí.
- **Macrosistema.** Este nivel representa los valores culturales, sistemas de creencias y sucesos históricos que pueden afectar a los otros sistemas ecológicos. Así, por ejemplo, la aprobación cultural del uso del castigo corporal y de la agresión verbal como prácticas de disciplina, o las actitudes, valores y creencias en relación con los inmigrantes, pueden tener importantes influencias en la forma en la que un niño magrebí es tratado o valorado en nuestra sociedad.

Las implicaciones de adoptar una perspectiva ecológica en la intervención social y comunitaria son múltiples. Herrero (2004) destaca cuatro núcleos que caracterizan los principios y estilos de actuación de profesionales y miembros de la comunidad que adoptan un modelo de intervención ecológico. En primer lugar, se comparten unos supuestos teóricos que caracterizan las interrelaciones de las personas (profesionales y miembros de la comunidad) y los contextos (ver Cuadro 2). En segundo lugar, la construcción social del conocimiento ecológico; los supuestos teóricos se contrastan, evalúan y comprenden por medio del significado que tienen para los participantes que están experimentando el fenómeno. La comprensión de la expresión de los roles y normas sociales exige que los participantes desarrollen un proceso y un plan en el que se contemple el intercambio de significados entre profesionales y miembros de la comunidad. En tercer lugar, desde la perspectiva ecológica el estilo de trabajo es la colaboración entre los profesionales y miembros de la comunidad. Las relaciones de

colaboración se convierten en una estructura social en la que tienen lugar los procesos de descubrimiento y comprensión. El observador –profesional de la comunidad– y lo observado –participantes– en esta relación crean una agenda compartida para descubrir y comprender la comunidad. En último y cuarto lugar, en relación con los procesos psicosociales implicados, es de destacar que en el acercamiento ecológico existe una secuencia de actividades en las que el profesional de la comunidad comprende, aprende e informa sobre los hechos y fenómenos en el contexto. El interventor social está preparado para desarrollar y revisar sus conceptos al ritmo en que evoluciona la relación de colaboración. El interventor social no impone a los participantes conceptos e hipótesis que se han desarrollado solamente en su mente. El acercamiento ecológico es inductivo, exploratorio y contextual y requiere una contrastación y retroalimentación constante.

1. Los significados de personas y contextos se infieren de las apreciaciones del profesional y de los miembros de la comunidad, así como de la construcción de una comprensión mutua del contexto compartido.
2. Se observa a las personas en el contexto en términos de su ejecución de rol, aprovechando de recursos y en su habilidad para afrontar las limitaciones personales, organizacionales y comunitarias.
3. Los contextos sociales se observan en términos de la definición de las normas sociales tal como influyen en la utilización de los recursos y en las respuestas a las limitaciones.
4. Los contextos sociales matizan el significado y la experiencia compartida de las personas.
5. El comportamiento adaptativo se define en términos de los recursos que las personas crean y utilizan en sus contextos.
6. El comportamiento adaptativo y sus criterios pueden variar según la situación y el momento.
7. Las relaciones son recíprocas: las personas influyen en los contextos y los contextos influyen en las personas; las personas influyen en otras personas y un contexto influye en otro contexto.
8. Los acontecimientos, contextos y personas fuera del contexto social inmediato influyen en la expresión de estructuras, roles y normas dentro de los contextos.
9. Las transacciones persona-contexto en un medio concreto generan efectos indirectos tangibles en las interacciones de otras personas en otros contextos.
10. Los procesos sociales pueden facilitar o inhibir la interdependencia de personas y contextos sociales, de roles y normas sociales.

Cuadro 2. Supuestos teóricos que caracterizan las interrelaciones personas-contextos. Fuente: Herrero (1004).

Como señala el profesor Herrero (2004), estos cuatro pilares del acercamiento ecológico son interdependientes y desembocan en un enfoque de actuación de los profesionales caracterizado por: (a) tener una concepción integrada y holista del desarrollo; (b) ser positivo, es decir, basarse en los recursos y las potencialidades y no en los déficits o en las patologías; (c) ser dinamizador y

fortalecedor de identidades y competencias, tanto de personas como de **grupos y comunidades**; (d) **perseguir** la mejora en la calidad de vida de todo el conjunto **poblacional**, considerando de manera especial la interrelación de cada uno de los contextos del desarrollo humano; (e) promover el sentido de comunidad y de **pertenencia** social, opuestos al desarraigo personal y a la desintegración **socio-cultural**; (f) maximizar la participación, control y protagonismo de la propia comunidad en el proceso, manteniéndose el profesional en un plano de igualdad, como orientador, asesor o facilitador y, (g) ser multidisciplinar, activo, flexible e integrado en la población.

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO Y ADMINISTRATIVO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL. LOS SERVICIOS SOCIALES Y LA INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA

Francisco Cosano Rivas

1. LOS SERVICIOS SOCIALES. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La configuración de los servicios sociales como sistema público en nuestro país ha supuesto la creación de un marco específico básico de referencia para las profesiones que intervienen en la acción social. Los servicios sociales –“la cristalización del concepto del estado de bienestar en un nivel inmediato al ciudadano”, según Escartín (1994)–, han sido tradicionalmente estudiados desde dos concepciones teóricas. Una de las corrientes viene a defender que se trata de un sistema global de cobertura de necesidades sociales, el cual abarcaría a las tradicionales ramas sociales del sector servicios: sanidad, educación, protección social del trabajo, seguros y subsidios de renta, protección social de la vivienda y servicios sociales. Éste es el modelo anglosajón y constituye una visión amplia de los mismos. Bajo esta perspectiva, el cometido principal de los servicios sociales sería la coordinación de los sistemas de protección social. La otra concepción, –servicios sociales en sentido restringido*– hace referencia sólo a la última. Se trata, específicamente, de los servicios sociales personales, o lo que es lo mismo, prestaciones en función de necesidades especiales de los sectores de población y problemáticas específicas. Teniendo en cuenta esta doble distinción, el modelo de servicios sociales que se ha configurado en nuestro país, en virtud de la Constitución de 1978, tiende a asemejarse más a la concepción de servicios sociales en un sentido res-

tringido y diferenciado, aunque en conexión con el resto de las áreas propias de las políticas de bienestar que dan cuerpo a nuestro Estado Social. Esta delimitación conceptual significa, en última instancia, considerar a los servicios sociales como instrumentos de la política social para conseguir sus objetivos. No son los únicos, pero posiblemente sí los más potentes medios para atender las necesidades sociales de la población en dificultad social.

En España no existe una definición unánimemente aceptada de los servicios sociales puesto que la concepción restringida de los mismos no es asumida por todos. La conceptualización ofrecida por el Seminario Taxonómico (1987) resume acertadamente su significado. Se trataría de un "servicio público" para prevenir y atender las consecuencias de determinadas desigualdades sociales en los ciudadanos, o para facilitar la integración social mediante centros, equipos técnicos y unidades administrativas, de gestión pública y privada". Se podrían citar aquí otros conceptos pero, básicamente, todos coincidirían en los mismos aspectos básicos.

2. GÉNESIS Y TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LOS SERVICIOS SOCIALES HASTA SU CONSTITUCIÓN COMO SISTEMA PÚBLICO EN ESPAÑA

El sistema de servicios sociales que conocemos actualmente es fruto de una larga trayectoria legislativa, institucional y prestacional. Su situación actual ha venido dada de la evolución de la acción social en España. La Constitución de 1812 y la Ley General de Beneficencia de 1849 fueron los primeros textos legales donde comenzaron a regularse la beneficencia pública y privada. La constitución de Cádiz estipulaba el compromiso de los ayuntamientos de crear centros públicos de beneficencia, mientras que a las diputaciones se les asigna la Función de velar por el cumplimiento de los objetivos benéficos establecidos para los ayuntamientos. Esta primera toma de conciencia oficial en torno a la protección social en nuestro país la podemos considerar el inicio de los precedentes de los servicios sociales públicos y del futuro sistema. A partir de este momento, y en función de la situación sociopolítica, se suceden etapas de avance y retroceso en el desarrollo de medidas sociales. El periodo de la guerra civil y la primera etapa franquista supuso un evidente revés en esta cuestión y un afianzamiento de las tesis benéficas en la atención social. A partir de la década de los sesenta del siglo XX comienza a producirse una cierta apertura conceptual e institucional de manera que comienza a generalizarse la creación de prestaciones sociales, constituirse organismos públicos y a implantarse medidas programáticas de carácter social (como por ejemplo

¹ Entendido como servicio técnico de interés general y de utilidad para el ciudadano, regulado estatalmente.

los Fondos Nacionales). Asimismo, en esta época surgió el sistema de la seguridad social como respuesta a la dispersión de medidas de protección existentes. Toda vía no podemos hablar de servicios sociales en el sentido que hoy los conocemos, pero es evidente que, poco a poco, van institucionalizándose más servicios y prestaciones tendentes a cubrir situaciones deficitarias.

La situación de los servicios asistenciales en el fin del régimen franquista distaba, no obstante, del ideal perseguido en la actualidad: coexistían la beneficencia, la asistencia social y la seguridad social como concepciones distintas de entender la protección social. Durante la transición democrática se produjo un proceso depurador de esta situación denominado "movimiento de reforma", el cual se concretó en una serie de medidas como fueron la unificación de competencias de la administración central en materia de acción social en un solo organismo (la Dirección General de Asistencia Social y Servicios Sociales, adscrita al Ministerio de Trabajo), la desaparición de las administraciones paralelas del franquismo y la reforma de la seguridad social, mediante la cual los servicios sociales y la asistencia social quedan configurados como prestaciones complementarias del sistema.

Con la promulgación de la Constitución Española de 1978 comienza a gestarse el sistema público de servicios sociales en base a una serie de principios, siguiendo las líneas de países europeos más avanzados: descentralización de los servicios, integración de servicios dispersos, cooperación de los sectores público y privado, enfoque más preventivo que asistencial, desarrollo de la ayuda mutua en la comunidad. En la Constitución encontramos, pues, las bases para la creación del sistema, definido como "el conjunto de servicios y prestaciones que, insertándose con otros elementos del Bienestar Social, tiene como finalidad:

- La promoción y desarrollo pleno de todas las personas y grupos dentro de la sociedad, para la obtención de un mayor bienestar social y mejor calidad de vida, en el entorno de la convivencia.
- Prevenir y eliminar las causas que conducen a la exclusión y marginación social.

Todo ello a través de las estructuras y servicios públicos de la Administración del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales"²

3. EL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA. MARCO NORMATIVO BÁSICO. NIVELES DE ATENCIÓN

Sin olvidar que la Constitución es un referente básico del sistema de servicios sociales actual, puesto que permitió establecer el Estado de Derecho en nuestro país, la estructuración de España en comunidades autónomas y la correspon-

² Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Inclusión Social: *El Sistema Público de Servicios Sociales*. En www.mtas.es

diente asunción de competencias en esta materia, hizo posible la *promulgación* de las distintas leyes de servicios sociales, verdaderos ejes vertebradores del sistema. Desde 1982 (País Vasco) hasta 1992 (Cantabria), todas las comunidades autónomas han promulgado leyes en esta materia, lo cual materializa el principio de descentralización mediante el cual los servicios sociales se entienden como instrumentos que deben estar lo más cercanos posible al contexto en que se generan las desigualdades. Realizando un análisis conjunto de las leyes autonómicas se pueden establecer una serie de características comunes. Por un lado, todas son leyes amplias, genéricas y como tales definen marcos generales de actuación, organización, niveles de competencia, titulares... Necesitan, por tanto, de una posterior regulación mediante decretos u órdenes que particularicen el modo de llevar a cabo los aspectos generales.

Otra característica común es el hecho de que todas las leyes comienzan haciendo una mención a su propio objeto, es decir, comienzan por la definición de la ley en sí. Cuando plantean su objeto definen la organización general de sus servicios sociales como un Sistema (sistema público) lo cual le da una categorización superior. Esto significa que se ha producido un avance notorio por parte de los legisladores en lo que se refiere a los servicios sociales. Asimismo, destaca el aspecto preventivo; se trata de leyes que no persiguen paliar efectos, o al menos no es lo que fundamentalmente pretenden. Todas pretenden crear mejores condiciones de vida y de bienestar social.

Las distintas leyes autonómicas plantean la universalidad de los usuarios y beneficiarios de los servicios sociales, con lo cual todas superan el carácter marginal que pudieran tener otras formas *institucionales* de acción social anteriores (caridad, beneficencia...). En algunos casos también incluyen a los transeúntes, exiliados y/o refugiados.

Respecto a la colaboración de la iniciativa social y aunque hablamos de un sistema público, todas las leyes la contemplan con el objetivo de optimizar y racionalizar recursos. Las organizaciones no gubernamentales, sin ánimo de lucro, tendrán derecho a participar en la gestión de los servicios sociales, siempre bajo control público.

La última característica común a destacar es el establecimiento de cauces de participación desde la constitución de consejos con distintos nombres y distinta composición y a distintos niveles.

Desde el punto de vista legislativo, el sistema queda configurado, además, por la Ley Reguladora de las Bases de Régimen Local, que asienta los servicios sociales en el ámbito local, y por el Plan Concertado para el desarrollo de las prestaciones básicas de las corporaciones locales, que supone un intento de homogeneización de recursos mínimos necesarios en todo el territorio nacional. Este cuerpo legislativo se completa con una pléyade de órdenes y decretos que lo desarrollan y con un conjunto de planes y programas cuyos objetivos, en su conjunto,

buscan promover el bienestar social de los colectivos a quienes se dirigen. El desarrollo legislativo exige, necesariamente, la creación de una red de equipamientos (centros de servicios sociales comunitarios y especializados) e infraestructuras, así como medios técnicos suficientes. Por otra parte, los servicios sociales disponen de un cuerpo teórico cada vez más nutrido, cuentan con personal cualificado en su aplicación y desarrollo... En definitiva, constituyen un sistema consolidado.

Este sistema se estructura en dos niveles de atención complementarios e integrados entre sí: servicios sociales de atención primaria (de ámbito comunitario) y servicios sociales de atención especializada (nivel secundario).

3.1. Servicios sociales de atención primaria

Son los dirigidos a toda la población, con independencia de sus características sociales o demográficas. Por tanto, las actuaciones que desarrollan son universales. Constituyen el primer nivel de atención, como respuesta cercana ante cualquier demanda o necesidad, siendo el punto de acceso inmediato al sistema. De esta manera, los objetivos que les asignan las distintas leyes autonómicas, tratan sobre la realización y potenciación de actuaciones tendentes al logro de la promoción y el desarrollo pleno de los individuos, grupos y comunidades, potenciando las vías de participación para la toma de conciencia, la búsqueda de recursos y la solución de los problemas; el fomento del asociacionismo como cauce eficiente para el impulso del voluntariado social y el establecimiento de vías de coordinación entre organismos y profesionales.

Los servicios sociales de primer nivel *cumplen* una serie de funciones: garantizar las prestaciones básicas del Sistema de servicios sociales, tanto técnicas como económicas, de responsabilidad pública; desarrollar actuaciones de carácter *asistencial* a la vez que preventivos, actuando sobre las causas que pueden generar problemas *específicos*; atender las necesidades de los usuarios, abordando de forma integral los problemas; promover la integración social de los ciudadanos en general y en particular actuar sobre los grupos de población con mayores carencias; constituir el eje de coordinación de las actuaciones o servicios de protección social en un sentido amplio: sanidad, educación, cultura, que inciden en una determinada comunidad.

Como nivel primario que son, los servicios sociales comunitarios deben reunir las siguientes características: universalidad (son para todos los ciudadanos); son generales (de carácter primario, atendiendo a todos los problemas que presentan la ciudadanía y son el puente hacia los servicios especializados del propio sistema); tienen un marcado carácter preventivo [pretenden actuar sobre las causas y origen de los problemas]; son polivalentes (establecen un conjunto de recursos en forma de prestaciones que van dirigidas a los usuarios como personas –prestaciones personalizadas– y como colectivos o comunidad –prestaciones comunita-

rias—); territoriales (pretenden estar lo más próximo al medio donde se generan las necesidades); participativos (no sólo consideran imprescindible el concurso de los ciudadanos en la resolución de sus problemas, sino que devuelven el protagonismo a la comunidad reconociéndole sus potencialidades y recursos propios) y, asimismo, son integradores (implican una actuación globalizadora, que abarque los diversos sectores de la vida social y el conjunto de las áreas sociales en el abordaje de las necesidades).

En este nivel existen cuatro prestaciones básicas para hacer frente a una serie de necesidades sociales. Todas las leyes autonómicas de servicios sociales contemplan estos recursos, si bien con denominaciones diferentes: información y orientación, ayuda a domicilio, alojamiento alternativo y prevención e inserción social.

El servicio de información y orientación (que, en algunas comunidades, se le añade a su denominación las funciones de asesoramiento y la valoración), se establece como un conjunto de medidas que facilitan al ciudadano y a la comunidad en general, el conocimiento y acceso a los recursos sociales en una relación de ayuda profesional. al objeto de garantizar sus derechos sociales, constituyendo a la vez un instrumento dinámico y eficaz para la planificación. Va dirigido a individuos, grupos e instituciones sobre los derechos que pudieran corresponderle y los recursos sociales existentes, así como asesoramiento especializado sobre problemas sociales y su canalización, cuando sea necesario, a los demás servicios sociales existentes. Además de éste, cumple un segundo objetivo que no es otro que el de facilitar datos para el mejor funcionamiento del sistema en sus procesos de planificación, programación y evaluación. Es precisamente esta prestación la que proporciona a través del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) mayor información sobre las necesidades y demandas de la población.

La aplicación de este servicio significa el desarrollo de una serie de actividades como facilitar información, orientación y asesoramiento a ciudadanos, grupos y entidades sobre los derechos y recursos existentes; valorar y dictaminar técnicamente las demandas recibidas; canalizar las demandas recibidas a otras unidades de servicios sociales o al segundo nivel de atención (servicios especializados); recoger y analizar las demandas sociales y los problemas planteados, con vista a una programación posterior de actividades y adecuación de los recursos a dichas necesidades.

El servicio de ayuda o domicilio presta una serie de atenciones o cuidados de carácter personal, psicosocial y educativo. doméstico y técnico, a familias y personas con dificultades para procurarse su bienestar físico, social y psicológico, proporcionándoles la posibilidad de continuar en su entorno natural, con lo cual se eliminan las consecuencias del desarraigo. Este servicio se concreta en ayudas de carácter doméstico (limpieza del hogar, higiene personal, alimentación y similares), social (ofreciendo canales de comunicación entre los ciudadanos incapacita-

dos y la dinámica familiar y comunitaria) y de apoyo personal (procurando resolver las situaciones específicas de dificultad para la relación interpersonal y familiar).

El servicio de cooperación social tiene como objetivo la promoción y potenciación de la vida comunitaria, impulsando el asociacionismo para favorecer la participación y la responsabilidad social de la comunidad en los problemas y las soluciones que las situaciones de necesidad generan. Esta intervención se dirige a toda la población pues respoiide a la necesidad de participación y solidaridad ciudadana en el medio comunitario. Entre las actuaciones más importantes de este servicio podemos destacar el apoyo a los órganos de participación social existentes; promoción, organización, coordinación y fomento del voluntariado social; fomento y apoyo a los grupos de autoayuda y convivencia; información y asesoramiento técnico a las organizaciones no gubernamentales de interés social; sensibilización de la población con los problemas comunitarios y las necesidades sociales.

El servicio de convivencia y reinserción tiene como función la búsqueda de alternativas al internamiento en instituciones de las personas que se encuentran en especiales situaciones de marginación, procurando la incorporación de todos los ciudadanos a la vida comunitaria, mediante programas que favorezcan la convivencia social. Las principales intervenciones, que se desarrollan dentro de esta prestación, se dirigen a la detección de situaciones de riesgo con actuaciones de índole preventiva y, cuando es necesario, con actuaciones focalizadas en la localización de alojamientos alternativos. Este servicio se concreta, entre otras, en las siguientes acciones: detección de situaciones problemáticas o de marginación; programas de integración social, apoyo y tratamiento psicosocial en los diferentes marcos convivenciales; tratamiento y rehabilitación de las personas o grupos con dificultades de integración en el medio comunitario; actividades ocupacionales destinadas a favorecer la inserción en el medio y evitar el desarraigo.

3.2. Segundo nivel de atención: servicios sociales específicos. Planes nacionales de actuación

Se incluyen aquí servicios sociales sectoriales y/o especializados, destinados a la resolución de situaciones de especial complejidad, por lo que las prestaciones que ofrecen exigen una mayor concentración y cualificación de recursos. Esta especialización les hace tener un carácter sectorial en cuanto a su organización, arrendiendo a las características y necesidades de grupos concretos de población. En este mismo ámbito se establecen los planes integrales de atención, cuya creación responde a la necesidad de disponer de instrumentos adecuados para hacer frente a la creciente complejidad de las necesidades en nuestra sociedad actual. De esta manera, los planes de actuación permiten ordenar las distintas actuaciones dirigidas a sectores específicos o a problemáticas que, por su relevancia, exigen una intervención planificada.

En términos generales, los planes parten de unas premisas básicas comunes a todos ellos, tales como el logro de la autonomía y participación de los beneficiarios, la globalidad en la atención de los problemas (abarcando todas las dimensiones relacionadas con la necesidad o problema: salud, educación, vivienda, empleo, cooperación, etc.) y su carácter preventivo. Asimismo, la gestación de los planes parte siempre, como no puede ser de otro modo, de una detección y diagnóstico de necesidades, base esencial en la formulación de cualquier intervención.

En la actualidad, en nuestro país existen numerosos planes de actuación de ámbito nacional. Prácticamente todos ellos tienen su reflejo en el nivel autonómico e, incluso, en el local. Podemos destacar los siguientes:

a) Plan *para la Igualdad* de Oportunidades entre *Mujeres y Hombres*, del Instituto de la Mujer. El último aprobado, en marzo de 2003, es el cuarto que se ha elaborado y su finalidad última es introducir la igualdad de género en todas las políticas de intervención, así como impulsar el avance de las mujeres en aquellos ámbitos de la vida social en que su presencia se muestra, todavía, insuficiente. Las medidas específicas incluidas en el Plan se articulan en 8 áreas prioritarias: introducción de la perspectiva de género en las políticas públicas, igualdad entre mujeres y hombres en la vida económica, participación en la toma de decisiones, promoción de la calidad de vida de las mujeres, fomento de la igualdad en la vida civil, transmisión de valores y actitudes igualitarias, conciliación de la vida familiar y laboral y cooperación.

b) Plan de acción para las Personas *con* Discapacidad. La segunda edición de este plan (período 2003-2007) fue aprobado por el Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2003. El Plan se organiza en cuatro grandes áreas: atención a personas con graves discapacidades, políticas activas de inserción laboral de las personas con discapacidad, **promoción** de la accesibilidad de entornos, productos y servicios y cohesión de los servicios sociales para personas con discapacidad. Al ser un plan de la Administración General del Estado, le compete a ésta su gestión y desarrollo, por lo que la *mayoría* de las medidas se realizan desde distintos Ministerios. No obstante, un **porcentaje** de propuestas se desarrollan en cooperación con comunidades autónomas, corporaciones locales y organizaciones no gubernamentales de personas con discapacidad.

c) *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007*. El planteamiento general de este plan tiene como base el Plan Gerontológico de 1992. Este fue la primera respuesta global e integral de política social dirigida a las personas mayores y se constituyó en el documento básico de referencia a la hora de crear iniciativas y recursos dirigidos a la **población** mayor de nuestro país. Era un plan de acción *integral* que, lejos de *responder* a las características normales de un plan de ámbito nacional (objetivos genéricos, grandes declaraciones de intenciones...), fijó una serie de medidas y actuaciones concretas y muy precisas. Desde esta perspectiva integral, el Plan **Gerontológico** pretendía incidir en cinco áreas de especial

relevancia en la vida de los mayores: pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación, las cuales conforman su estructura básica. El actual Plan de Acción para las Personas Mayores reúne, en esencia, las mismas características que hemos enunciado, adaptando sus actuaciones a la nueva realidad social y administrativa en nuestro país. Se estructura en las siguientes áreas:

- Igualdad de oportunidades, donde se incluyen medidas para eliminar discriminaciones o situaciones negativas por razón de edad.

- Cooperación entre las administraciones públicas (general, autonómica y local) y con el sector privado.

- Formación especializada. Los profesionales de los servicios sociales y de los sanitarios ocupan un lugar fundamental en el desarrollo de este Plan, así como las familias cuidadoras. Por ello, el Plan pretende impulsar la formación y cualificación de profesionales y desarrollar programas de acciones formativas dirigidas a la mejor capacitación de los cuidadores no formales.

- Información e Investigación. Persigue lograr y ofrecer una información adecuada sobre las personas mayores a la sociedad, así como impulsar la investigación gerontológica.

d) *I Plan Nacional de Accesibilidad 2004-2012*. Aprobado por el Consejo de Ministros de 25 de Julio de 2003, este plan es el marco estratégico de acciones para conseguir que los entornos, productos y servicios nuevos se realicen de forma accesible al máximo número de personas y que aquellos ya existentes se vayan adaptando convenientemente. Se parte del concepto "Diseño para Todos" y de una serie de principios básicos que lo justifican: igualdad de oportunidades, vida independiente, sostenibilidad y participación. El plan contiene las siguientes líneas de actuación: concienciación y **formación**; normativa, normas técnicas y guías; promoción de la investigación, innovación y calidad; planes y programas de accesibilidad y promoción de la **participación**. El plan se desarrolla en colaboración con las comunidades autónomas, corporaciones locales y organizaciones no gubernamentales.

e) Plan Nacional para la *Inclusión Social* del Reino de *España*. En su tercera edición (período 2005-2006) y al igual que los dos planes anteriores, el plan ha sido elaborado en el marco de la estrategia europea para la inclusión social, construida sobre los sucesivos acuerdos adoptados en las cumbres de Lisboa, Niza, Barcelona y Copenhague. La lucha contra la pobreza y la exclusión social constituye una línea estratégica esencial para promover la ciudadanía activa y la cohesión social. En el ámbito europeo, los Planes Nacionales de Acción para la Inclusión Social son los medios con los que los Estados miembros **traducen** los objetivos comunes de lucha contra la exclusión social por medio de la coordinación de las políticas nacionales. La finalidad última no es otra que mejorar la atención

integral y coordinada de grupos y personas vulnerables, siempre bajo un principio y enfoque transversal de la perspectiva de género en todas las actuaciones planteadas y desde la multidimensionalidad de la atención a la exclusión social, extendiendo el concepto de la lucha contra la exclusión social tanto de forma horizontal (a través de todos los agentes implicados) como vertical (centrándose en las necesidades específicas de las personas y en la atención integral). El Plan contempla cuatro objetivos fundamentales:

1. Empleo y acceso a los recursos. Se pretende establecer medidas activas y preventivas a favor de personas desempleadas e inactivas en situación o riesgo de exclusión social, así como proporcionarles medios de subsistencia y garantizarles el derecho a los recursos básicos (salud, educación, servicios sociales, vivienda, justicia y renta), bajo criterios de equidad y calidad.
2. Prevención de los riesgos de exclusión. Para ello, se plantea impulsar medidas dirigidas a corregir los problemas sociales de los territorios, combatir la desintegración familiar y contribuir a superar la brecha digital.
3. Desarrollar actuaciones para mejorar la situación de las personas en situación o riesgo de exclusión que pertenezcan a alguno de los grupos de población más vulnerables (mayores, discapacitados, mujeres, jóvenes, menores, población gitana, inmigrantes, emigrantes, personas sin hogar, reclusos y exreclusos).
4. Movilización de todos los agentes implicados.

f) *Programa de Desarrollo Gitano*. El colectivo de personas gitanas, que representa en España el 1,5% de la población total, presenta características que le hacen especialmente vulnerable. Factores históricos y otros relacionados con los vertiginosos cambios sociales son el origen de la actual situación de exclusión social de este sector de población. Por ello, en 1988 se puso en marcha el Programa de Desarrollo Gitano, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y paralelo a las actuaciones previstas en los Planes Nacionales de Exclusión Social para este colectivo. Se plantean como objetivos mejorar la calidad de vida de los gitanos, favorecer la participación social, propiciar una mejor convivencia entre los distintos grupos sociales y culturales, fortalecer el asociacionismo y combatir la discriminación y el racismo hacia la minoría gitana. Como líneas de actuación que impulsan la consecución de estos objetivos se configuran la coordinación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con otros departamentos ministeriales, con las comunidades autónomas y las corporaciones locales; la cooperación financiera y técnica con organizaciones no gubernamentales que trabajen en este sector y la colaboración con los organismos internacionales necesarios.

g) *III Plan Estatal del Voluntariado 2005-2009*. Este Plan, al igual que los anteriores, pretende ser un referente para la coordinación de la acción voluntaria en nuestro país, y en un dinamizador de otras iniciativas similares a nivel auto-

nómico y municipal. Está estructurado en tres áreas: sensibilización, apoyo y coordinación. En la primera de ellas se busca proporcionar información a la sociedad y recoger sus expectativas acerca del valor, las oportunidades y la necesidad de la participación voluntaria. Para ello se establecen, como objetivos, la sensibilización y compromiso de la sociedad con el voluntariado; la consolidación de la acción voluntaria en el ámbito educativo; y la consolidación de la acción voluntaria con diferentes colectivos y grupos de población. El área de apoyo tiene como objetivo general comprometer al sector público, al privado lucrativo y al propio Tercer Sector en una mayor modernización de las ONG y en su dotación. Este apoyo es de carácter económico y técnico y también se busca una mayor implicación social de la empresa privada. Por último, en el ámbito de la coordinación, la premisa de partida es el fortalecimiento de la colaboración entre todos los agentes implicados con el voluntariado, prestando una especial atención a su implicación en las estructuras y redes autonómicas, nacionales e internacionales de cooperación. Para ello, se refuerzan las relaciones, estructuras y mecanismos de coordinación entre todos los agentes implicados en el voluntariado, tanto públicos como privados.

h) *Planes de apoyo a la familia*. Las actuaciones de apoyo a la familia surgen de la necesidad de facilitar su estabilidad, calidad de vida, autonomía y bienestar entendiendo que ésta es la mejor forma posible de eliminar los obstáculos o dificultades que afectan directamente a las familias. Es, pues, una política preventiva que necesita verse acompañada de una regulación normativa que asegure la aplicación de las medidas previstas. En España, tanto en el ámbito nacional como autonómico, se han desarrollado leyes y planes específicos de apoyo a esta institución. Como elementos comunes, estos planes presentan una estrategia integral que se estructura en varios objetivos: incrementar la calidad de vida de las familias; fomentar la solidaridad intergeneracional; apoyar a la familia como garante de la cohesión social; y prestar apoyo a las familias en situación de riesgo social y otras situaciones especiales. Estos objetivos se concretan en una serie de líneas estratégicas, entre las cuales citaremos la configuración de una política fiscal y de rentas que favorezca a la familia como institución, la mejora de las prestaciones de Seguridad Social por hijo a cargo, conciliación de la vida familiar y laboral, política de vivienda, favorecer el acceso a las nuevas tecnologías, desarrollo de los servicios de orientación y/o mediación familiar, fomento de la participación social y el acceso a la cultura de las familias o el apoyo a las familias en situaciones especiales.

i) *Plan de juventud 2005-2008*. Al igual que en los programas de apoyo a las familias, este Plan tiene un carácter interministerial pues pretende dar respuesta a los problemas y demandas reales de la juventud, especialmente los relacionados con el empleo, la vivienda y la formación. Por ello, el Plan incorpora una serie de herramientas que servirán para su desarrollo y permanente evaluación: el Consejo Rector del Instituto de la Juventud (mediante el cual se abre la participación a los jóvenes asociados en el diseño de las políticas que el Gobierno debe impulsar con

ellos), el Consejo Territorial de Juventud como órgano de cooperación territorial, el Observatorio de la Juventud en España, la Oficina del Plan de Juventud (entidad administrativa), el Foro INJUVE (debates, páginas web, cuestionarios... para potenciar la participación juvenil) y la Comisión tripartita (agentes sociales, organizaciones empresariales y administración pública) para el empleo de la juventud como mecanismo de seguimiento, análisis, consulta y propuestas de acción en materia laboral.

El Plan se ha estructurado en seis áreas: emancipación: empleo y vivienda, participación, convivencia y diversidad, hábitos de vida saludable y medio ambiente, ocio, cultura y tiempo libre y formación. Dentro de estas áreas se han definido medidas específicas.

j) **Plan Nacional** sobre Drogas. Desde su creación en 1985, el Plan Nacional sobre Drogas aborda de manera global el consumo de drogas tanto desde el punto de vista prestacional como represivo. Las medidas inciden, sobre todo, en las drogas ilegales y sus efectos en los siguientes ámbitos: reducción de la oferta y la demanda, disminución de la inseguridad ciudadana, oferta de una red pública de servicios de atención y coordinación y cooperación de las administraciones e instituciones sociales relacionadas con el problema. La conexión con los servicios sociales comunitarios es estrecha, puesto que éstos suponen la puerta de entrada a los servicios y prestaciones en esta materia. Las comunidades autónomas, pues, han creado sus propios planes en consonancia con el Plan Nacional.

Tras más de quince años de existencia, el Plan ha sufrido un proceso de adecuación a la realidad actual en tomo a las drogodependencias. El documento titulado "Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008", elaborado en colaboración con todos los planes autonómicos sobre drogodependencias y con organizaciones no gubernamentales, supone una puesta al día del plan nacional y se basa en diez puntos: participación, globalidad, generalización de la prevención escolar, prevención en el medio laboral, normalización de la asistencia a los drogodependientes, plena cobertura asistencial del Sistema de Salud, integración laboral de los drogodependientes, investigación y formación, potenciación del Observatorio Español sobre Drogas y control de la oferta.

En el ecuador de este proceso, se ha considerado necesario poner en marcha el Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008 para movilizar recursos e iniciativas en el marco de la Estrategia. Este Plan define seis ejes de trabajo y 68 acciones para centrar los esfuerzos en aquellos aspectos que requieren más atención. Los ejes son la coordinación; la prevención y sensibilización social; la atención integral; la mejora del conocimiento; la reducción de la oferta y la cooperación internacional. La perspectiva de género se adoptará en todos los ejes y medidas impulsadas por el Plan.

Asimismo, se han elegido, dentro de todas las medidas incluidas, doce líneas de trabajo prioritarias en las que se deberán centrar los esfuerzos del Plan Nacional Sobre Drogas, las cuales son:

1. Reforzar las actuaciones en el ámbito de la familia.
2. Potenciar acciones de sensibilización y colaboración con los medios de comunicación.
3. Profundizar y mejorar los programas y actividades desarrolladas en el ámbito educativo.
4. Incrementar las actuaciones específicas dirigidas a la población juvenil.
5. Reforzar el papel de la Atención primaria en la intervención precoz y la atención a las personas con problemas de drogodependencias.
6. Incorporar la perspectiva de género en todas las áreas de intervención en materia de drogas.
7. Garantizar la atención integral en los centros penitenciarios a la población interna con problemas de drogas.
8. Reforzar la investigación y los sistemas de información.
9. Diversificar e incrementar las actuaciones en prevención del riesgo y reducción del daño.
10. Actuar sobre los consumos de tabaco y alcohol.
11. Fomentar la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en las acciones preventivas.
12. Fortalecer la participación española en la política europea sobre drogas.

4. LOS SERVICIOS SOCIALES Y LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La intervención comunitaria es una forma de intervención social que prima o acentúa como centrales determinados aspectos del proceso u objetivos intervinientes: el desarrollo humano integral y la reducción de los problemas sociales que lo impiden; la promoción del sentido de pertenencia y comunidad y, en tercer lugar, la búsqueda de una perspectiva positiva de autodirección y fortalecimiento personal (Sarason, 1972). En esencia, las intervenciones comunitarias se constituyen en actuaciones (preventivas o restauradoras) que procuran conseguir un impacto en el bienestar psicológico y social de un grupo de población definido (Bloom, 1980). Precisamente la búsqueda del bienestar comunitario constituye la esencia de este tipo de intervención social, tal y como nos recuerda Nelly (1977) Cuando afirma que serían las "influencias, planificadas o no, en la vida de un grupo, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y Personal y promover el bienestar de la comunidad". Así, cuando hablamos de intervención social comunitaria nos referimos al proceso de trabajo en, con y para la comunidad, en el que los sujetos de dicha intervención buscan, conjuntamente, modificarse situaciones comúnmente consideradas como negativas en su incidencia en la vida social de la comunidad. Dicha intervención puede basarse en actividades organizadas (programas-proyectos) o en acciones aisladas que buscan resolver un problema puntual, sin considerar la globalidad del contexto.

Frente a la primacía de la atención individualizada, existen varias razones que justifican usar un modelo interventivo comunitario: problemas psicosociales fruto de la desintegración social, demandas –desde abajo– de bienestar social y, desde arriba, de dinamización y activación e intervencionismo social (Sánchez Vidal, 1995).

Desde el ámbito de los servicios sociales, la intervención comunitaria exige la existencia de unas condiciones básicas necesarias para lograr los objetivos propuestos. Sin ánimo de ser exhaustivos, citaremos las más importantes.

- La participación social. La participación presupone la organización democrática de toda la sociedad y sus instituciones, para que los individuos, grupos sociales y continuidades sean agentes activos en la planificación, gestión y control de los programas sociales.
- Los *grupos* operarios. La intervención en la comunidad requiere el trabajo con grupos, principalmente. Se trata de crear grupos que hagan operativo el trabajo con la comunidad.
- La *coordinación*. Es una condición básica si se pretende realizar un trabajo interdisciplinario (coordinación con los profesionales que actúan en la comunidad a nivel de equipo) e interinstitucional (coordinación con profesionales que actúan desde otras instituciones, o coordinación con otras instituciones u organizaciones propias de la comunidad).
- El *contrato*. Es una referencia sobre el papel que tienen los profesionales y los grupos en el contexto de la intervención, y una explicitación de los acuerdos entre los grupos y los técnicos. Su finalidad es el establecimiento de compromisos de colaboración y participación entre los distintos agentes (profesionales y población) implicados en la intervención.
- La información. La información debe reunir una serie de características que la conviertan en un instrumento útil en la intervención comunitaria. Ha de ser una labor constante y no puntual. Debe, por tanto, formar parte del proceso de trabajo con la comunidad y ser una labor constante y normalizada. Tiene que responder a exigencias reales o potenciales de la comunidad. Asimismo, no hay que reducir la información a determinados proyectos comunitarios, sino que debe situarse en un plano superior de forma que los recursos informativos no sean privativos de ese determinado proyecto. El lenguaje de la información ha de ser accesible al ciudadano medio, sin perjudicar el contenido. Por último, ha de ser bidireccional (desde las instituciones a los ciudadanos y de los ciudadanos a los que informan). Esto permite conocer mejor la realidad de una forma permanente.
- El *trabajo interdisciplinar*. La importancia de la interdisciplinariedad radica en el objeto de las ciencias sociales: el hombre en sociedad. Y para comprenderlo, necesariamente han de ser muchas y diversas las discipli-

nas que lo estudien. Hay tareas que no se podrían realizar si no es a partir de la acción conjunta, mediante la convergencia de diferentes actividades, habilidades y conocimientos. Decididamente, el trabajo en equipo es uno de los instrumentos más potentes de los que se dispone para la intervención sociocomunitaria. Por varias razones, el trabajo en equipo supera a las acciones aisladas: permite la conjunción de lo mejor de cada uno de los miembros que componen el equipo, incrementa el nivel de creatividad, permite realizar tareas complejas, las decisiones encuentran mayor fundamentación, se eleva el nivel de motivación y rendimiento... La interdisciplinariedad es esencial en la intervención sociocomunitaria. Los equipos de trabajo deben compartir un objetivo común y los profesionales que los integran han de estar igualados a la hora de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer.

5. CONCLUSIONES

La intervención sociocomunitaria, en el ámbito de los servicios sociales, se diferencia de la acción clínica en una serie de elementos que los profesionales de la acción social deben comprender e intentar llevar a la práctica pues, sin ellos, los programas no alcanzarían plenamente sus objetivos. En primer lugar, se debe partir de las necesidades y recursos de la comunidad. Trabajar desde la base fomenta la participación comunitaria y eleva la satisfacción con los resultados obtenidos. Asimismo, no debemos centrarnos en individuos, sino en colectivos y en el sistema de relaciones que establecen entre sí. Conocer el entramado relacional es la clave para la realización de un correcto diagnóstico comunitario, garante del éxito de la intervención. Se debe, por otro lado, realizar el trabajo en la comunidad, en el contexto natural donde surgen los problemas, pues los entornos separados pueden desvirtuar la realidad a abordar. Es necesario, también, plantear objetivos perfeccionadores de lo existente y no meramente asistenciales. La integración social debe ser un objetivo presente en todas las intervenciones comunitarias pues es la base del fortalecimiento y autogestión de todo grupo humano. Obviamente, los objetivos a corto plazo no son los prioritarios en este tipo de intervención, pues se busca el cambio estructural, resultados duraderos y globales. Por ello, la planificación y organización comunitaria son esenciales. Los profesionales comunitarios han de conseguir, si no existe, crear una estructura organizativa en la comunidad que permita a esta enfrentarse a los problemas y necesidades que acontezcan en su seno, siempre que estos no trasciendan sus posibilidades y recursos, momento en que los profesionales se erigen en elementos de ayuda externa. De esta manera, es importante asumir un estilo de intervención:

- Flexible, capaz de adaptarse a las condiciones y características del grupo y del problema.
- De búsqueda de la demanda, es decir, enfocado a la prevención y no meramente asistencial.
- Potenciador de recursos. Los profesionales deben propiciar la creación de recursos nuevos y potenciar los ya existentes.
- Igualitario en la relación, que evite el paternalismo y la asimetría. Para ello, hemos de dotar a la comunidad de las herramientas necesarias para que pueda constituirse en parte activa del proceso.

CAPÍTULO V

BUENAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS. INTRODUCCIÓN A LA METODOLOGÍA DE LA PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

*Manuel García Ramírez, María Jesús Albar Marín,
Rocío Morano Báez y Virginia Paloma Castra*

El compromiso inicial de la psicología de la intervención social comunitaria (PISC) con el bienestar de las mayorías populares ha ido paulatinamente reforzándose con el auge adquirido por los modelos conceptuales ecológicos que realzan la diversidad humana y se orientan al fortalecimiento de los grupos oprimidos (Martín-Baro, 1986; Trickett, Watt y Birman, 1994; Montero, 2003, 2004, 2006; Perkins et al., <http://powercommunity.blogspot.com>, Nelson y Prilleltensky, 2002; 2005; Watts y Serrano-García, 2003). A lo largo de su historia, uno de los principales desafíos a los que se ha enfrentado la PISC hasta consolidarse como disciplina científica ha sido el desarrollo de una metodología propia capaz de dar respuesta a su misión. La naturaleza de los problemas que aborda, la urgencia que requieren y las diversas poblaciones a las que se dirige, pusieron pronto al descubierto las limitaciones de la investigación intervención preventiva (IIP). Desde posiciones críticas, la investigación acción participativa (IAP) surgió como una alternativa metodológica que requería desarrollar herramientas efectivas que asegurasen su efectividad y rigor científico.

La actividad científica desplegada, los debates y logros alcanzados permiten actualmente hablar de una metodología de investigación-intervención genuina, que resalta conjuntamente el rigor científico, el compromiso con los grupos desfavorecidos, y la responsabilidad con los resultados medidos en indicadores de bienestar personal, relacional y comunitario (Seidman y Rapaport, 2000). Tras definir

los ejes de la agenda de la PISC, en estas páginas se presenta al lector una aproximación sobre las fortalezas y limitaciones que los métodos tradicionales tienen para desarrollarla, y se reflejan las contribuciones que cada una de ellas ha realizado al impulso de una metodología orientada al desarrollo de buenas prácticas comunitarias; la cual, constituye la base de lo que Wandersman ha denominado la "ciencia de la comunidad". Además, se presenta la herramienta elaborada por este autor y sus colaboradores denominada *Getting to Outcomes* [GtO, Obtención de Resultados) para facilitar la elaboración, implementación y evaluación de iniciativas comunitarias.

1. LA AGENDA DE LA PSICOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL COMUNITARIA

Las bases para el desarrollo de una ciencia social humanista y crítica se han sistematizado en las siguientes proposiciones (Gil, 1987): 1) Reexaminar posiciones políticas y valores del quehacer científico en términos de condiciones y resultados deseados; 2) Integrar estas posiciones dentro de cada uno de los aspectos y etapas de la investigación; 3) Promover cambios sociales consecuentes con las posiciones valorativas elegidas; 4) Abarcar el estudio de a) patrones y estilos de vida social, b) fuerzas y procesos que inhiben la concienciación y el entendimiento, c) la superación de dichas fuerzas y procesos, y d) la implicación activa y teórica en la transformación de la vida social; 5) Realizar estudios libres de toda forma de opresión, manipulación y explotación; 6) Emplear métodos y diseños consecuentes con la naturaleza del estudio y las preguntas formuladas; 7) Realizar procesos de investigación integrales, vinculados a valores y políticas; 8) Evitar el uso de jergas profesionales; 9) Desarrollar métodos de enseñanza que promuevan la adquisición de conciencia crítica compromiso personal con la justicia social y la liberación humana, y 10) Implicarse en movimientos políticos sociales para el apoyo mutuo y la confianza personal.

De acuerdo con estas premisas, Nelson y Prilleltensky (2005) han resumido los ejes centrales de la agenda de la PISC: A nivel *individual*, debe ayudar a los grupos desfavorecidos a dirigirse desde la opresión hacia la resistencia y la adquisición de poder para lograr bienestar. Estudios sobre el proceso de incremento de poder personal, desarrollo de identidades positivas, narrativas personales alternativas y desarrollo de conciencia crítica que conecte lo personal y lo político, deben ser preocupaciones importantes para la PISC. Incluso si la iniciativa se centra en este nivel, debe examinar su impacto en los contextos grupales, organizacionales y societales.

A nivel *relacional* la PISC debe examinar las características opresoras o liberadoras de las relaciones sociales, grupos y organizaciones, así como las consecuencias que conllevan tales relaciones y escenarios. Debe promover escenarios relacionales fortalecedores, ayudando a desarrollar creencias que aspiren al pro-

greso y se centren en las fortalezas, generen oportunidades para participar y contribuir a las metas, apoyo social, liderazgo compartido y poder organizacional para generar cambios comunitarios efectivos. Promover iniciativas dirigidas a profundizar en el rol que juegan las relaciones sociales, el apoyo informal y el reparto de poder en grupos en circunstancias de desventaja son otras áreas que a este nivel deben ocupar un papel protagonista en su agenda.

A nivel *colectivo*, la PISC debe contribuir a lograr mayor igualdad social y económica y a promocionar estructuras y políticas sociales orientadas al logro de la liberación y bienestar de los grupos en situación de desventaja. Tales iniciativas deben desafiar el status quo social y denunciar y superar el dañino impacto de las estructuras y políticas opresoras. Debe desarrollar iniciativas que analicen críticamente las políticas sociales y los escenarios y organizaciones mediadoras, tales como ONG's, organizaciones de voluntariado, empresas sociales, y otros escenarios alternativos, cuyas misiones son definidas en términos de promoción de cambio social. Estos escenarios "mesos" median entre los grupos oprimidos y las políticas y estructuras sociales y tienen un importante potencial para generar cambios sociales efectivos.

2. ESTABLECIENDO PUENTES ENTRE TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA: LAS BUENAS PRÁCTICAS COMUNITARIAS

En esta sección vamos a mostrar cómo aunque las aproximaciones metodológicas tradicionales han realizado relevantes aportaciones a la PISC, aisladamente son insuficientes y se requieren esfuerzos que permitan integrar sus fortalezas. En primer lugar vamos a describir las características de la investigación *intervención preventiva* (IIP) y las de la investigación *acción participativa* (IAP) y, posteriormente se discutirá cómo la metodología basada en las *buenas prácticas comunitarias* permite integrarlas.

Investigación Intervención Preventiva (IIP)

A partir de los principios del paradigma post-positivista, la IIP trata de proporcionar una secuencia articulada en cinco fases para producir innovaciones de alta calidad basadas en la evidencia; i.e., 1) investigación básica e identificación del problema, 2) analizar previos estudios basados en factores de riesgo y protección, 3) pilotajes y confirmación de las estrategias de intervención, 4) realizar ensayos a gran escala y con múltiples investigadores para asegurar la generalización y 5) promover implementaciones en las comunidades (Mrazek y Haggerty, 1994). Esta metodología pretende el desarrollo de paquetes de acciones que los profesionales llevan a la práctica a través de la *transferencia tecnológica*, en la que la implementación es un proceso mecánico dominado por la tecnología, y la *repli-*

cación perfecta, en la cual se asume que si la evidencia de la investigación es sustancial, entonces la innovación debe aplicarse en su forma original (Price, Frenndland, Choi y Caplan, 1998).

Este modo de proceder ha propiciado importantes avances en los tratamientos médicos y psicológicos preventivos, generando prácticas generalizables. Sin embargo, respecto a su uso sobre problemas de naturaleza psicosocial, Green (2001) se pregunta "¿dónde surgió la idea de que la eficacia de una intervención en un grupo controlado puede generalizarse como buena práctica para diferentes poblaciones y situaciones, con independencia de la naturaleza del problema que aborda?" Es posible que las intervenciones médicas puedan tener una eficacia similar en el organismo humano en diferentes grupos, con mínimos ajustes en la dosis en relación con la edad, el sexo y el tamaño, a pesar de las condiciones culturales, sociales y económicas, o los precedentes históricos en las costumbres sociales, leyes y políticas. Pero los aspectos sociales y conductuales de las intervenciones comunitarias necesitan ser ajustadas para adecuarse a las condiciones sociales, económicas y culturales de los individuos.

La utilización de esta aproximación al estudio de fenómenos de naturaleza psicosocial implica, al menos, dos limitaciones: el *conflicto social* y la *necesidad de consenso*. El consenso social es esencial para definir los problemas, sus causas y posibles soluciones; sin él, no es posible una aproximación objetiva a los problemas (Price, 1989). Sin embargo, una vez consensuadas las causas que generan los problemas (e.g., pobreza, SIDA, tabaquismo) puede mantenerse el conflicto en cómo afrontarlos, **priorizarlos**, y qué es legítimo en función de la cultura, de la libertad individual, de los valores sociales, etc. (Gilligan, 1982; Reinhrz, 1994; Gergen, 1974). En definitiva y siguiendo a Guba y Lincoln (1994), la IIP a) no tiene en cuenta el contexto en el que se dan los problemas, b) no ha podido afrontar la distancia entre las grandes teorías y su aplicación a los contextos locales, c) excluye el sentido y el propósito de las experiencias vitales, y d) tiene problemas con la **fundamentación** en valores de los hechos y la naturaleza de la relación entre el investigador y el objeto de estudio. Según Green (2001), estas limitaciones implican una serie de lagunas para la conexión entre la investigación y la práctica que limitan su potencialidad (e.g., la existente entre la buena práctica desarrollada por el investigador y su **efectividad** cuando es implementada por profesionales, la adaptación más apropiada para una población particular y la **garantía** para asegurar que cambios en el comportamiento individual son generalizables a diferentes clases sociales). A partir de estas consideraciones, Wandersman (2003) sugiere que la principal laguna entre la investigación y la práctica radica en el hecho de que la IIP ha fracasado en incrementar las capacidades de los profesionales, ciudadanos, agencias comunitarias y organizaciones para planear e implementar programas de prevención efectivos y llegan a la conclusión de que la IIP debe ser complementada con modelos centrados en la comunidad.

Investigación Acción Participativa (IAP)

Paralelamente al debate presentado en los párrafos anteriores, desde el paradigma crítico contextualista se ha venido promoviendo la *investigación acción participativa* (IAP; véase Balcazar, 2003 para una exposición detallada desde la PISC). Con base en las propuestas de la investigación acción de Kurt Lewin (1946) y las realizadas por Fals Borda, Bonilla y Castillo (1972) la IAP se ha convertido en una poderosa herramienta para comprender las conexiones de los individuos con sus contextos, así como para desarrollar estrategias dirigidas a promover bienestar y calidad de vida en las comunidades. Representa un subdominio de la investigación **participativa**, que otorga un papel activo a las comunidades con el fin de incrementar su poder y voz (Prillestensky y Nelson, 2002; Stoecker, 1999). Su especificidad consiste en que promueve la conciencia sociopolítica, facilita la acción social y otros tipos de cambio sistémico y social (Balcazar, 2003).

La IAP engloba un importante número de actividades relacionadas con la investigación e intervención de la PCIS. Captar ciudadanos para participar como miembros activos en la creación, prestación y mejora de servicios sociales, evaluación de programas, educación, recogida de datos, interpretación de resultados, y diseminación de los productos y hallazgos de la investigación, son actividades que les son propias. Algunas de sus principales aportaciones son:

- a) *Provee un rol igualitario a investigadores y participantes*, con el fin de proveer de sentido el rol de los participantes en las iniciativas para restablecer el control sobre sus propias vidas (Balcazar, Keys, Kaplan, y Suarez Balcazar, 1998).
- b) *Fomenta relaciones de colaboración*. Kelly et al. (2003) ha empleado los principios de la IAP para urgir a los profesionales a unirse en relaciones de colaboración a largo plazo con personas y escenarios. Por estar activamente implicados en la planificación de programas de intervención, los usuarios reciben apoyo, aprenden a identificar recursos y adquieren **habilidades** para afrontar y gestionar sus retos y problemas.
- c) *Asegura la voz de los colectivos oprimidos*. En contraste con los modelos tradicionales de investigación, la IAP responsabiliza a los participantes en la tarea de dar forma a las preguntas de investigación y a los servicios comunitarios; asimismo, deben implicarse en identificar los criterios y pautas con las que estos servicios deben ser evaluados (Bradbury y Reason, 2001).
- e) *Resalta e incrementa las fortalezas de los grupos*. La IAP anima a los participantes a reconocer, usar y promover sus propias fortalezas y recursos para lograr sus metas, así como las fuerzas y el poder de sus comunidades. Basada en el incremento de poder y en las fortalezas de las comunidades, capitaliza las fortalezas **internas** y **externas**, apoyos y recursos de los grupos y personas (Balcazar et al., 1998).

Todo ello permite afrontar el conflicto acerca de las relaciones de poder implícitas en las cuestiones sociales y superar una definición de los problemas sociales en base a los intereses del grupo dominante. En la IAP, el investigador toma partido por la perspectiva del problema social que representa a los grupos silenciados y oprimidos y desarrolla una investigación dirigida a resaltar sus fortalezas y minimizar sus problemas y limitaciones, las que usualmente han sido empleadas para identificarles, culpándoles de las condiciones de desventaja de las que son víctimas. La IAP supone un modelo centrado en la comunidad que, antes que acabar, comienza en y con la comunidad y pregunta qué es necesario, en términos de información científica y capacidad, para producir iniciativas efectivas.

Sin embargo esta aproximación también presenta importantes problemas. El primer de ellos es la cuestión de qué valores serán privilegiados sobre otros. Los valores son siempre cambiantes y hay peligro de que aquellos que están oprimidos puedan, tras las acciones comunitarias, ahogar las voces de otros grupos y convertirse en los nuevos opresores. Un segundo problema radica en el momento en que las acciones de la gente contradicen sus valores. ¿Qué es lo que debe priorizarse en estas ocasiones? A la hora de realizar IAP hay que ser conscientes de tales problemas, para tratar de superarlos en el momento en que aparezcan. Hay que poner cuidado en ser reflexivos, no dogmáticos y no explotadores. De todo esto se desprende que ninguna posición o construcción moral debe estimarse que provea un mejor entendimiento de la realidad que la otra. Lo que se considera como cierto emerge de un proceso de consenso en la negociación y la habilidad de una particular construcción realizada por individuos o grupos para persuadir a los miembros de la comunidad sobre sus valores. En definitiva, aunque tanto la IIP como la IAP han aportado elementos muy relevantes para el desarrollo de la PISC, se requieren metodologías capaces de integrar las aportaciones de cada una de ellas en procesos sistémicos e integrales.

Green (2001) propone una serie de características que pueden operacionalizar esta aproximación integradora:

1. **Buena práctica** como proceso. Un común malentendido en la investigación comunitaria es que trata de encontrar estrategias que poner en un estante para su aplicación en la comunidad, con el éxito garantizado. Sin embargo, la investigación comunitaria puede prometer producir un proceso de planificación generalizable, pero no un plan generalizable. Es decir, los productos de la investigación comunitaria que se deben diseminar son los vías para abordar el trabajo con las comunidades, valorar sus necesidades y circunstancias, optimizar sus recursos propios, planificar y evaluar programas. En definitiva una buena práctica debe ser definida como un proceso *multinivel* que permite, en primer lugar, conseguir un adecuado entendimiento entre los profesionales y políticos para conocer las necesidades y recursos de sus comunidades, poblaciones y organizaciones; y en segundo

lugar, ajustar las capacidades y necesidades de la comunidad en adecuados procesos de implementación de acciones que respondan a las necesidades locales.

2. **Énfasis** en el control de los profesionales, clientes, pacientes, comunidad o población. Uno de los elementos centrales en la definición de promoción de la salud es aumentar el control de la gente sobre sus vidas. Implica que las buenas prácticas deben subrayar el papel de las comunidades en las iniciativas comunitarias, las cuales deben ajustarse a las percepciones de sus necesidades y circunstancias y para desarrollar sus propias capacidades.
3. **Énfasis** en la evaluación *local* y en la *auto-evaluación*. La mejor evaluación de la buena práctica es la evaluación realizada por quienes la realizan, aquellos que están en la mejor posición para ajustar la práctica de acuerdo con los resultados de evaluación. Antes que considerar la evaluación de otro programa en otra población como una buena práctica, los evaluadores locales deben ver esas evaluaciones como hipótesis para ser testadas, adaptándolas a las situaciones locales.
4. Sistematizar el *estudio* de los lugares, los *escenarios* y *sus culturas*. Estudios sistemáticos sobre las influencias de los escenarios organizacionales y circunstancias sociales y culturales deben formar parte de las agendas de investigación para guiar las prácticas comunitarias orientadas al bienestar de los grupos desfavorecidos. La aproximación ecológica para la promoción del bienestar debe tener en cuenta el medio y sus relaciones para influirse mutuamente.
5. **Investigación** que sintetice las resaltadas *procedentes* de estudios realizadas con *metodologías* alternativas. Los nuevos *software* para la investigación cualitativa, así como la investigación que combina metodología cualitativa y cuantitativa, permite ampliar nuevos horizontes de investigación, especialmente en cuanto a lo que se refiere a la posibilidad de ajustar y contextualizar los hallazgos científicos. Los nuevos sistemas de tratamiento de la información van a permitir sintetizar la información científica acerca de las fortalezas de las relaciones entre variables dependientes e independientes, pero además van a permitir armonizar este tipo de información con la procedente de las personas que son estudiadas. Estos nuevos sistemas van a permitir tener en cuenta las peculiaridades de las personas que participan en nuestros estudios y sus características grupales, en vez de intentar minimizarlas a través de procesos de aleatorización.

Todas estas cuestiones son tenidas en cuenta por la metodología del *Gening to Outcomes* desarrollada por Wandersman, Imm, Chinman y Kaftaria (1999, 2000). Este método representa un sistema o guía de intervención que puede ayudar a tender los puentes entre ciencia y práctica que requiere la psicología de la intervención social comunitaria.

3. GETTING TO OUTCOMES. METODOLOGÍA CENTRADA EN LA COMUNIDAD PARA VINCULAR CIENCIA Y PRÁCTICA

La herramienta Gening to Outcomes ha sido desarrollada como una aproximación para ayudar a los profesionales a diseñar, implementar y evaluar iniciativas comunitarias orientadas al cambio social, centrándolas en el compromiso con los resultados anunciados y la responsabilidad con las comunidades (Wandersman, Imm, Chinman y Kaftarian, 1999, 2000). El GtO se basa en la respuesta a diez preguntas que completan todas las fases de un proceso de acción comunitaria, constituyendo una guía para la acción de los profesionales en la tarea de desarrollar e implementar un programa determinado con la comunidad. Tal como se refleja en la Figura 1, los profesionales deben responder las siguientes cuestiones:

- A) **Definición del problema de acción.** 1) ¿Cuáles son las necesidades y condiciones básicas de la comunidad? 2) ¿Cuáles son las metas, los actores y grupos de interés a quién va dirigido el programa y los objetivos?
- B) **Elección del tratamiento a buena práctica.** 3) ¿Qué programas basados en resultados de investigación y programas con las mejores prácticas se pueden utilizar para alcanzar las metas? 4) ¿Qué acciones se deben tomar para que el programa seleccionado se adecue al contexto comunitario?
- C) **Asegurar el plan de acción.** 5) ¿Qué capacidades organizacionales se necesitan para implementar el programa? 6) ¿Cuál es el plan de este programa? 7) ¿Cómo será evaluado el proceso de implementación?
- D) **Evaluación de resultados y plan para el futuro.** 8) ¿Cómo funcionó el programa? 9) ¿Cómo serán incorporadas estrategias para mejorar su calidad? (MCC). 10) Si el programa tiene éxito, ¿cómo se podrá sostener igual? (ver figura 1).

Esta metodología esta disponible en http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR101/, donde se puede encontrar una versión en español. Con el propósito de destacar sus aspectos esenciales, a continuación se describen las fases que permiten elaborar el proceso completo de una iniciativa comunitaria, contestando las diez preguntas que esta metodología propone

3.1. Fase A: Definición del problema de acción

3.1.1. Pregunta 1: ¿Qué necesidades debemos abordar?

Las necesidades deben definirse como capacidades a reforzar y no como déficit, basándose en el modelo de factores de riesgo y protección. La evaluación de necesidades es el proceso sistemático de obtención de información sobre las características actuales de una población y las áreas en las que se observa la necesidad de intervenir. Este proceso ayuda a tener un entendimiento claro de las áreas

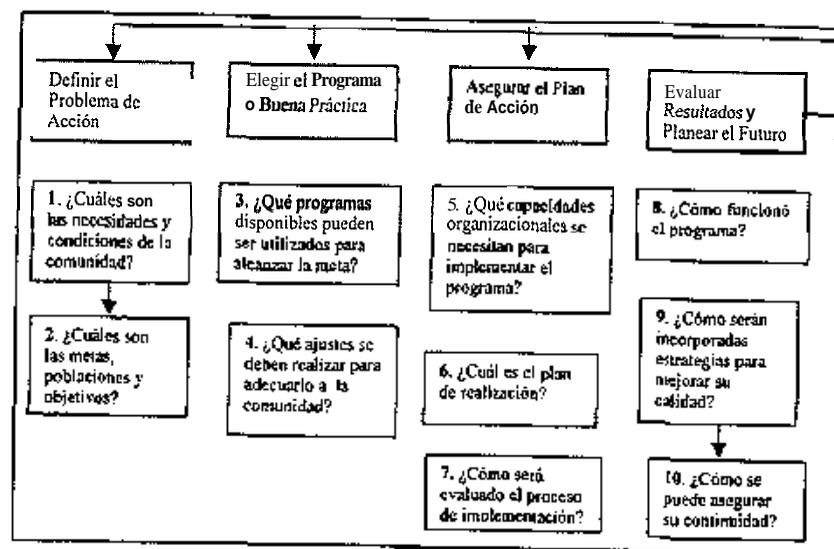


Figura 1. *Getting to Outcomes*. Diez preguntas para asegurar los resultados en las iniciativas comunitarias. (Adaptada de Wandersman et al., 2000).

problemáticas o hechos existentes en la comunidad, al igual que determina para qué actores o grupos de interés es más severo el problema. Simultáneamente, se deben examinar los recursos y las capacidades que existen en la comunidad y pueden aminorar las condiciones de riesgo, proteger a los individuos y prevenir la aparición de nuevos problemas. Para conducir una evaluación de necesidades y recursos es útil seguir ocho pasos:

1. **Establecer un comité de evaluación o grupo de trabajo para reunir datos, asegurándose de incluir a todos los actores y grupos de interés.** Se deben definir las funciones de cada componente de la coalición y asegurar que todas las partes interesadas están presentes.
2. **Examinar qué datos están disponibles actualmente para evaluar los factores de riesgo y protección.** A partir de la lista de factores de riesgo y de protección se identifican los datos (de archivo) que ya se tienen para cada uno de ellos. Hay que recopilar datos que concuerden con el tamaño real de la población.
3. **Determinar qué datos se necesitan conocer.** En base a los datos que se han identificado en el paso anterior, se elabora una lista de los que faltan y se buscan los modos mejores de obtenerlos. Hay que tener en cuenta los principales problemas para la comunidad, cómo afectan a diferentes sec-

tores de población, los factores de riesgo y de protección existentes en la comunidad, los recursos que en la comunidad atienden el problema específico, y lo preparada que está para adoptar nuevas estrategias y acciones para combatirlo.

4. *Determinar cuáles* son los *mejores* métodos para recopilar *datos* y desarrollar un plan para recogerlos. Las fuentes de datos que se deben tener en cuenta son datos de archivo, datos cualitativos, encuestas, recursos de la comunidad y clima ambiental. El plan para la recogida de datos debe incluir los factores de riesgo y protección a evaluar, indicadores que se utilizarán, cómo y dónde conseguir los datos, las personas responsables y la fecha en que debe estar terminado.
5. *Implementar* el plan para la recogida de datos. Hay que ser fiel al plan para la recopilación de datos y hacer únicamente las modificaciones que sean necesarias. Recopilar únicamente los datos que se van a utilizar.
6. Analizar e *interpretar* los datos. La combinación de diferentes fuentes de datos es importante. A la hora de interpretar los datos hay que dar mayor credibilidad a los que se recogen de la comunidad porque son más actualizados.
7. Priorizar los factores de riesgo y *protección*. Se debe ponderar aquellos que son fuente de peores consecuencias, tienen más posibilidades de ser modificados o prevenidos en el tiempo y presupuesto disponible, aquellos que se pueden medir fácilmente y no están siendo tratados con otras iniciativas.
8. *Utilizar los factores* que se han considerados prioritarios para proponer metas y objetivos de posibles iniciativas.

3.1.2. Pregunta 2: ¿Cuáles son las metas, poblaciones y objetivos?

El punto de partida para toda intervención es hacer una definición de la meta. La meta debe crear una imagen de cómo el área de necesidad designada debe verse una vez que la iniciativa haya finalizado. La elaboración de la definición de la meta debe incluir las opiniones de un grupo diverso de individuos y debe hacerse al principio del proceso de planificación.

Las metas son enunciados generales que describen los impactos que se pretenden alcanzar en una población objeto y/o diana. Los objetivos son cambios que se espera que ocurran como resultado de acciones específicas. Se establecen en base a cambios en los conocimientos, actitudes, capacidades y/o comportamientos a nivel individual. También se deben medir cambios a nivel organizacional y comunitario, lo que implica concientización y movilización, cambios en políticas y leyes, y/o alimento de la cooperación y colaboración entre las agencias de la comunidad, etc. Los objetivos deben especificar qué es lo que tratamos de lograr, cuáles son los resultados deseados y cómo nos gustaría que las condiciones cambiaran.

Al especificar los objetivos hay que tener en cuenta cuáles deben ser los cambios inmediatos en nuestra población, qué cambios son razonable esperar, qué medidas, encuestas, u otras herramientas de medición serán necesarias para medirlos y si tenemos acceso a tales instrumentos.

Al especificar la población *destinataria*, hay que tener en cuenta quién va a recibir los servicios, a quién esperamos que nuestro programa cambie, que cobertura esperamos alcanzar, cómo serán reclutados y cómo se mantendrán en el programa. Todos estos aspectos refieren la necesidad de precisar la población objeto de nuestra intervención, es decir aquella que se va a beneficiar de la intervención. Desde la perspectiva ecológica que adopta la PISC es necesario además precisar qué sector de la población va a recibir los servicios. Frecuentemente la población a la que se destinan las acciones de nuestras intervenciones no es la población a la que pretendemos beneficiar. Por ejemplo, si estamos interesados en mejorar la salud sexual entre los adolescentes de un barrio, es probable que algunas de nuestras acciones se dirijan a sus profesores o padres. La población a la que dirigimos nuestras acciones se denomina población diaria.

La identificación y determinación de metas, población y objetivos se realiza a través de varias fases: 1) Identificar la población, 2) Especificar metas y objetivos, 3) Considerar qué resultados queremos obtener en la población objeto y cuáles serán los grupos diana a los que dirigiremos nuestras acciones, 4) Asegurarse que las metas y objetivos responden a las necesidades y se pueden alcanzar con los recursos disponibles, 5) Tener en cuenta la información obtenida en la evaluación de necesidades y recursos, 6) Describir qué resultados específicos (cambios) se esperan vinculados al programa.

3.2. Fase B: La elección de la buena práctica

3.2.1. Pregunta 3: ¿Qué Programas Pueden Ser Usados para Conseguir la Meta?

En la PISC existen numerosas revistas, manuales y otros recursos electrónicos destinados a diseminar estrategias de investigación e intervención que han mostrado su efectividad en diversas áreas. Todos ellos constituyen importantes fuente de recursos a la hora de decidir cuál es la estrategia a través de la cual vamos a pretender alcanzar nuestra meta. Definir una iniciativa en base a resultados de investigación es un gran paso para demostrar responsabilidad en las iniciativas. Los programas que han demostrado efectividad se conocen como "buenas prácticas". No obstante, aún teniendo en consideración la importancia de basarse en tales programas, no siempre es posible. Hay veces en las que se realizan adaptaciones o se implementan nuevos proyectos porque se carecen de actuaciones previas efectivas. En consecuencia deben distinguirse las iniciativas basadas en la evidencia de aquellas otras iniciativas de base práctica, denominadas "innovaciones locales". A continuación se describen ambas.

Innovaciones basadas en la evidencia

La evidencia es un proceso en el cual los expertos, usando generalmente criterios derivados de datos obtenidos de aplicaciones de un programa, consensúan que los hallazgos obtenidos son creíbles y pueden ser sostenidos. Estos criterios deben incluir el grado en que el programa está basado en un modelo o teoría bien definida, en que la población ha recibido suficientes servicios, la calidad y pertinencia de los datos recogidos y de los análisis empleados y el grado en que existe fuerte evidencia en la relación causa-efecto. Existen diferentes tipos de buenas prácticas en función de su nivel de evidencia. De este modo se habla de programas prometedores, programas efectivos y programas modelos:

a) *Programas Prometedores*: Han sido razonablemente bien evaluados y parecen proporcionar resultados positivos. Sin embargo, la debilidad de las evaluaciones realizadas no permite clasificarlo como un programa efectivo.

b) *Programas Efectivos*: Programas basados en la evidencia que han sido evaluados con suficiente rigor, tanto en su proceso como en sus resultados.

c) *Programas Modelos*: Son programas basados en la evidencia que han sido rigurosamente evaluados y están disponibles para su disseminación, con apoyo técnico y asistencia suficiente, que aseguren su implementación correctamente.

La implementación de programas basados en la evidencia es importante para asegurar que la intervención está fundamentada en modelos que tienen éxito, que los recursos se están empleando en intervenciones que conocen los principios de la programación efectiva y para aumentar las oportunidades de conseguir fondos para los programas. Para la aplicación de un programa basado en la evidencia hay que determinar qué aspectos del programa pueden ser adaptados y por qué y la importancia de cada uno de sus componentes, cuales refieren elementos nucleares y no deben ser alterados, así como estimar, en detalle, los costes y recursos que se necesitan para ser implementados.

Innovaciones de base local

Aunque es muy deseable utilizar programas basados en modelos científicos (teóricos), también está justificado el uso de programas basados en prácticas que han demostrado ser eficientes. Por ejemplo, los grupos de apoyo mutuo fueron desarrollados por personas que no eran científicas ni profesionales. La realización de este tipo de prácticas permite extraer lecciones durante la realización de programas que, posteriormente, pueden ser usadas como estándares para la definición de los mejores programas generados en un ámbito de intervención. Puede ser identificado como el conocimiento derivado de la reflexión a partir de la experiencia acumulada y validación a través de la evaluación y subsiguiente experiencia. Algunos de los criterios que permiten seleccionar buenas prácticas de base local están rela-

cionados con su modelo teórico, la fidelidad entre la planificación y la ejecución, las estrategias de selección de los participantes, las estrategias de evaluación empleadas, la sensibilidad para adaptarse culturalmente, etc.

3.2.2. Pregunta 4: ¿Qué acciones se deben realizar para ajustar el programa al contexto y población?

Este es el momento en que se evalúan cómo las propuestas de intervención se ajustan con los valores de la comunidad, a las características de la población designada, a la misión filosófica de la organización y cultura de la población destino. Así mismo es importante conocer el grado de preparación de la comunidad para aceptar la intervención, las prioridades de los grupos de presión de la comunidad, el nivel de preparación de la comunidad para la intervención, así como qué programas y servicios ya existen en la comunidad dirigidos a la atención de la población a la que se dirige el programa.

Las fases a seguir para llevar a cabo la adecuación del programa a la comunidad son las siguientes:

1. *Examinar los programas ya existentes*, con el fin de determinar sus semejanzas y diferencias, constatar qué necesidades dejan de cubrir, así como ponderar si el nuevo programa amplía, resta o provee nuevas oportunidades para la comunidad.
2. *Examinar la cultura de la organización*, para asegurar compatibilidad entre filosofía y valores de la agencia con el programa, su finalidad y sus estrategias.
3. *Examinar las características de la comunidad*, que pueden influir en la efectividad del programa; e.g., grado de preparación de la comunidad y de la población para el fin del programa, valores y tradiciones de la comunidad, formas más apropiadas para establecer comunicación con ellos, cómo son de conscientes del problema, qué disposición tienen para aceptar una ayuda que requerirá cambios en sus conductas, conocimientos y actitudes.
4. *Examinar los costos del programa*, la viabilidad de las propuestas de modificación, así como los recursos (e.g., personal, prestaciones) y socios que se requieren.

3.3. Fase C: Asegurar el plan de acción

3.3.1. Pregunta 5: ¿Qué capacidades organizacionales se necesitan para implementar el programa?

Con esta pregunta pretendemos determinar si existe suficiente capacidad organizacional para implementar con éxito el programa que se ha identificado. La

capacidad organizacional se refiere a los diferentes tipos de recursos (capacidad humana, capacidades técnicas, capacidades fiscales, capacidades estructurales/ formales) que una organización tiene para implementar y mantener un programa de prevención. Esta evaluación debe determinar cuáles son las capacidades que tiene la organización y cuáles debe desarrollar para poder implementar el programa con éxito.

La colaboración es imponente para el éxito de los programas. Generalmente se consideran cuatro niveles de colaboración, cada uno con ciertos requerimientos y beneficios: red de contactos, coordinación, cooperación y colaboración. La colaboración supone un compromiso formal llevado a cabo por varias organizaciones para mejorar las capacidades de cada uno en una misión común, compartiendo riesgos, responsabilidades y remuneración. La disposición de la comunidad también es un aspecto importante a la hora de desarrollar un programa, dado que su motivación y habilidades son indispensables para garantizar el éxito en la implementación del programa. El abordar el tema de la preparación de la comunidad es un proceso y quizá los grupos quieran mejorar la preparación antes de escoger qué programa se va a implementar. En esta fase hay que considerar los siguientes elementos:

1. Habilidades y capacidades humanas (e.g., experiencia del personal para colaborar con las agencias, entrenamiento del personal para ejecutar nuevos roles, responsabilidad hacia el programa por parte de los directivos).
2. Capacidades técnicas (e.g., recursos e infraestructuras: faxes, e-mail).
3. Capacidad económica (e.g., fuentes de financiación, recursos propios).

3.3.2. Pregunta 6 ¿Cuál es el plan del programa?

A la hora de llevar a cabo un programa es importante tener un documento de planificación que nos especifique quién va a hacer qué, cuándo y dónde. Una buena planificación puede mejorar la implementación, la cual puede conducir a mejores resultados. Los aspectos que deben quedar recogidos en el plan son:

- A. Nombre y resumen del programa.
- B. Componentes del programa o principales actividades. Cada componente debe estar enlazado con uno o más objetivos.
- C. Logros previstos (productos esperados). Los resultados son el producto directo de los componentes del programa y son medidos en términos de trabajo logrado. Hay dos tipos de logros que seguir: el servicio que se impartió y el número de personas que se atendió. Estos resultados muestran si el programa va en la dirección correcta. Los resultados previstos deben ser descritos en términos muy precisos.
- D. Planificación de cada componente del programa. Se trata de establecer las actividades que son necesarias para cada componente. Hay que listar

las actividades y determinar la fecha de implementación, quién será el responsable, los recursos necesarios y la localización.

- F. Socios que colaboran. Se identificarán los socios que están dispuestos a colaborar con el programa así como el papel que jugará en la implementación.
- F. Integración del programa. Hacer un esfuerzo por integrar los programas actuales con otros programas y servicios para asegurar la maximización de recursos y que los servicios no se dupliquen dentro de una comunidad.
- G. Presupuesto del programa. Determinar todos los gastos previstos para el desarrollo del programa.
- H. Barreras para la implementación. Pronosticar cuáles pueden ser los retos y barreras para la implementación del programa así como sus posibles soluciones.

3.3.3. Pregunta 7: ¿Cómo será evaluada la implementación del programa?

La evaluación de proceso determina qué actividades fueron implementadas, así como sus puntos fuertes y débiles. Esta información puede ayudar a reforzar y mejorar el programa en lo que sea necesario. Los datos de la evaluación son importantes para mejoras tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo, genera información sobre los componentes y actividades que están funcionando bien y los que tienen un impacto negativo. Esto permite hacer las correcciones que sean necesarias. A largo plazo, ayuda a explicar los resultados finales de la evaluación. Para obtener resultados positivos, se necesita un programa apropiado y una teoría o lógica detrás del programa y una implementación de alta calidad. Reconocer si la implementación se realizó o no con claridad, puede indicar si el programa seleccionado y la teoría de base son apropiados. La evaluación de proceso requiere responder las siguientes preguntas:

1. ¿Siguió el programa el plan básico durante su desarrollo? (la herramienta de implementación). Evalúa el grado en que el programa se implementó tal como estaba previsto. Si no se han llevado a cabo las actividades como se planearon, no se puede esperar que se cumplan los objetivos establecidos. La información es más útil cuando se registra durante el desarrollo de la actividad o justo cuando ésta termina. Para ello hay que conocer el progreso y los problemas, así como extraer lecciones de los siguientes aspectos:
 - a) Seguimiento de los resultados de los componentes. Fecha de realización, ajuste entre lo planeado y realizado, logros previstos y reales.
 - b) Planificación de las actividades: fechas programadas y reales de realización. Grupos o quien se destina el programa: grupos dianas, par-

ticipantes previstos y reales, así como estrategia de reclutamiento realizada.

- c) Grupos asociados *que* colaboraron, sus funciones previstas y realizadas.
 - d) Integración del programa: plan previsto para la integración en el conjunto de iniciativas presentes en la comunidad, actividades realizadas a tal fin, y grado de consecución.
2. *¿Cuáles* son las características del *programa?* (*evaluación organizacional*). Es importante tener *información* sobre el programa en general. Son datos que proveen el contexto en el cual los datos de otros procesos y evaluaciones de resultados podrían ser interpretados. Las variables que se deben considerar acerca de la organización son: capacidad, número actual de participantes, número personal asalariado y voluntario, horas de operación, fuentes de ingreso, *misión/filosofía*, currículo que se usó, sensibilidad cultural, lista de espera, demografía, colonias atendidas, credenciales del personal, cuotas, tipos de colaboración, métodos de evaluación que se usan actualmente, barreras percibidas.
 3. *¿Cuáles* son las *características* de los participantes del *programa?* Es necesario recoger información sobre las características demográficas de los participantes (e.g., edad, sexo, *raza/grupo* étnico e idioma) así como sobre los factores de riesgo y protección presentes en los escenarios donde se desenvuelven (e.g., iguales, familia y comunidad).
 4. *¿Cuál* es el nivel de satisfacción de los *participantes?* (*Encuestas de satisfacción y grupos de discusión*). Las *encuestas* de satisfacción son fáciles de conducir y no requieren mucho tiempo. Se deben administrar a cada participante después de cada actividad o sesión, no al final de todo el programa. Hay que tener cuidado con la interpretación de las mismas, ya que una alta satisfacción no se corresponde con unos resultados positivos. Los *grupos* de discusión aportan datos cualitativos. Suponen descripciones detalladas de un tópico en particular, tal como lo es la satisfacción de un programa. Se trata de entrevistas en profundidad con un grupo pequeño de personas que han sido seleccionadas cuidadosamente. Los datos generados en los *grupos* de discusión, ofrecen lo que la gente piensa y el porqué lo hacen. Estos *gmpos* son excelentes para aprender acerca de los *comportamientos* y para obtener sugerencias de mejora.
 5. *¿Cómo perciben* los implicados el programa? (sesiones *informativas del programa*, entrevistas y grupos de *discusión*). Las sesiones *informativas del programa* se realizan al finalizar cada componente del programa y su finalidad es identificar los factores que facilitaron la implementación, así como las barreras que se encontraron. Los *grupos* de *discusión* y las *en-*

trevistas se sigue el método antes mencionado, pero suelen utilizarse con miembros del personal en vez de con participantes del programa.

6. *¿Cuáles* fueron las actividades en las *que* se *implicaron los participantes?* Es importante conocer el grado de implicación en el programa de los participantes. Aunque un individuo esté inscrito en un programa, si no asiste o asiste poco, hay menos posibilidades de que el individuo reciba el efecto completo del programa.
7. *¿Cuál fue* el nivel de calidad de los *componentes del programa?* Seguir si la implementación se adecuó a los objetivos previstos. Debe considerarse qué se implementó y no estaba planificado, porqué, quiénes estuvieron ausentes y porque, así como quién asistió sin estar previsto.

3.4. Fase D: Evaluación de resultados y decisiones para el futuro

3.4.1. Pregunta 8: ¿En qué medida funcionó el programa?

En la evaluación de resultados interesa documentar si el programa ha causado o no la mejora que se pretendía. Esta evaluación proporciona información sobre si funcionó el Programa y por qué; si se debe continuar desarrollando, qué podría modificarse para que fuese más efectivo; qué evidencias podemos aportar a los patrocinadores para que sigan financiándolo. Hay que identificar qué se va a medir, hacer un diseño de las necesidades de evaluación (quién va a ser medido y cuándo), los métodos para la evaluación y un plan para ponerlos en orden y realizar el análisis y la interpretación de los datos.

Al igual que hicimos para definir la meta, hay que observar adecuadamente los cambios conseguidos en diferentes áreas y niveles. Se deben medir: a) conocimientos: cómo las personas aprenden sobre el objeto del programa (e.g., efectos en la salud del tabaco), b) actitudes: cómo las personas sienten en relación al objeto (e.g., disposición afectiva hacia el trabajo y la acción de fumar), c) *habilidades*: cómo las capacidades y habilidades de las personas afecta al problema por ellas mismas (e.g., formas de decir que no a fumar)?, d) *conductas*: Cómo las personas cambian realmente su forma de hacer las cosas (e.g., dejar de fumar), y f) *resultados* a nivel *organizacional* y comunitario: conciencia y movilización *comunitaria*, políticas locales y leyes, colaboración entre agentes sociales (e.g., decremento en las ventas de cigarrillo). Los tipos de resultados que deben medirse serán los que afecten a *comportamientos* actuales, a *gmpos* grandes de personas y que sean duraderos. Al tomar decisiones acerca de los resultados se deben considerar resultados realistas, que sean *específicos*, así como establecer una medida para cada resultado. Una vez que se elija cómo se van a medir los resultados deseados, hay que decidir el diseño del programa y decidir los métodos de recopilación de datos más factibles. Son de utilidad las publicaciones basadas en evidencias científicas para

aprender cómo otros han evaluado programas similares. También es importante usar medidas breves y hacer una prueba piloto.

Es necesario seleccionar un *diseño* de evaluación que sea adecuado para las preguntas del programa y de las evaluaciones. La pregunta de evaluación es la que determina el diseño. Los diseños posibles son: *diseño* post-test, pre y post, pre y post retrospectivo, pre y post con grupo comparación, pre y post con grupo control. Una vez que se ha decidido el diseño hay que elegir el procedimiento de *recogida de datos*, decidir si se va a utilizar métodos cuantitativos, cualitativos o una combinación de ambos. Hay que decidir a *quién* se va a *evaluar*, lo que dependerá del diseño y las medidas que se quieran emplear. Hay que tener en cuenta que cuanto más grande sea la muestra más se puede confiar en las generalización de los resultados. Es importante también *quién* recoge los *datos*, porque no todas las personas tienen el mismo grado de objetividad. Además hay que tener en cuenta una serie de aspectos a la hora de recoger los datos, como son el consentimiento y conocimiento informado, la confidencialidad y el anonimato. El *análisis* de datos se puede realizar mediante métodos cuantitativos o cualitativos en base a los datos que se hayan recogido. Por último la *interpretación* de los datos supone la determinación de estándares y la comparación de resultados con el costo del programa. En relación a los estándares pueden establecerse en base a lo que el programa ha logrado en otras comunidades (para programa basado en evidencias), usar la experiencia propia con un grupo designado para fijar resultados esperados, o usar datos de los archivos que establezcan un criterio hasta donde se quiere llegar.

3.4.2. Pregunta 9: ¿Cómo serán incorporadas estrategias para mejorar la calidad en futuras ediciones?

La mejora continua de la calidad (MCC) es una importante técnica en la Gestión de la Calidad Total (GCT). La GCT esta basada en los principios desarrollados por la industria para mejorar la calidad, reducir los errores y costos e incrementar la satisfacción del cliente (e.g., Deming, 1986; Juran, 1989). Estos principios y técnicas, que incluyen la valoración sistemática del planteamiento, implementación y resultados, han sido aplicados con éxito a la implementación de programas de prevención (Morrissey & Wandersman, 1995).

La importancia del MCC radica en que al documentar los componentes del programa que funcionaron correctamente, se garantiza que futuras implementaciones también tendrán éxito. Asimismo, determinar qué componentes del programa no funcionaron bien, en general identifica las debilidades y necesidades de mejora del programa, tanto a nivel general como específicamente, permitiendo de este modo redirigir o limitar el programa para aquellas áreas y poblaciones en las que resultó efectivo. Por otro lado, cuando los implicados en el programa están abiertos a aprender de su evaluación, obteniendo y usando comentarios continua-

mente, se incrementa la calidad de su implementación y de su efectividad. Además, el uso práctico de las observaciones de la evaluación para la mejora del programa aumenta el interés de las instituciones para invertir en evaluaciones.

Par realizar el MCC hay que responder una serie de preguntas que suponen la revisión de lo realizado en los puntos anteriores (i.e., necesidades, metas, buenas practicas, ajustes, etc.). En base a las respuestas que se den a estas preguntas se tomarán decisiones sobre la necesidad de realizar cambios o no en las áreas determinadas.

3.4.3. Pregunta 10: ¿Cómo Se podrá continuar en el futuro?

La capacidad de un programa para sostenerse refiere su capacidad para continuar después de que los fondos iniciales se han terminado. Es más probable que los programas sobrevivan si se adaptan ellos mismos a las necesidades de la comunidad y a los recursos de la organización que lo gestiona. Si el programa se inició con fondos exteriores hay tres estrategias para continuar con él una vez que esos fondos se terminan, a saber, obtener nuevos fondos externos, animar a la organización anfitriona a que use sus propios recursos para la continuación del programa o convencer a agencias estatales, municipales o de la ciudad para que financien el programa con fondos públicos. No obstante, antes de involucrarse en la reedición

ESTRATEGIAS PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DE UNA INICIATIVA COMUNITARIA

- Demostrar la *efectividad* del programa.
- Prever un plan de continuidad: Constituir un comité para el desarrollo de un plan para captar fondos potenciales antes de que el programa termine.
- Obtener un buen colaborador o promotor del programa que tenga influencias, ya que la continuidad de un programa está orientada políticamente.
- Llevar a cabo un proyecto de *negociación* del proceso, el cual sirve para desarrollar la colaboración de la comunidad en el proyecto, aumentará el apoyo de la comunidad.
- Diversificar la financiación.
- Capacitación de personas. Los que han sido capacitados para desarrollar el programa pueden continuar con la programación y capacitar a más personas. Si las únicas personas que operan en el programa son las que están completamente financiadas, cuando los fondos se terminen no habrá nadie que continúe con el mismo.
- La fuerza institucional. los programas deben tener instituciones fuertes implicadas en su implementación. Consistencia entre que las metas de la institución y las del programa, con un fuerte liderazgo y con el alto nivel de habilidades facilitan la continuidad.
- La integración del programa con otros programas o servicios existentes en la comunidad.
- Adecuación con la organización anfitriona y la comunidad. Cuando se reducen los fondos, el programa es percibido más positivamente si el programa resuelve un problema o necesidad para la organización o la comunidad.

Tabla 1. Listado de estrategias que pueden ayudar a la continuidad de una iniciativas.

del programa hay que asegurarse que no hay disponibles programas más efectivos, que el nuestro no fue lo suficientemente efectivo o simplemente, que la necesidad original ya no existe. En consecuencia la continuidad de un programa debe ser exhaustivamente analizada porque finalizar un programa que está obteniendo resultados positivos es contraproducente cuando el problema para el que se creó aún persiste. No debe olvidarse que crear un programa requiere costos iniciales significativos. Pero aún más importante, si los programas tienen éxito pero no son capaces de mantenerse, pueden generar resistencias entre los participantes para involucrarse en próximas acciones, desalentar a las comunidades y a agentes que depositaron su confianza en sus promotores. En la Tabla 1 (página anterior), se recoge una guía con estrategias que pueden ayudar a conseguir la continuidad del programa.

CAPÍTULO VI

EL ANÁLISIS DE NECESIDADES EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL

M^a Isabel Hombrados Mendieta y Miguel Ángel García Martín

1. ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES?

El proceso de intervención social debe comenzar por un análisis de necesidades ya que cualquier acción social que se plantee debe responder a las necesidades de los grupos de población a los que se dirige. La primera cuestión que hay que resolver es la definición de necesidad. La definición clásica de McKillip (1989) señala que la necesidad debe entenderse como: "Un juicio de valor de que un grupo de población tiene un problema que puede ser solucionado" (p. 10). En esta definición hay cuatro aspectos fundamentales:

- a) Identificar una necesidad implica un juicio de valor. Personas con diferentes valores reconocerán necesidades diferentes.
- b) Las personas identifican las necesidades en relación a unas circunstancias concretas. La definición de la población objetivo y las características del entorno constituyen dos elementos fundamentales.
- c) Un problema es un resultado inadecuado, es un resultado que no se ajusta a las expectativas.
- d) Identificar la necesidad conlleva la búsqueda de soluciones potenciales. Según las expectativas Bradshaw (1972) identifica cuatro tipos de necesidades:

- a) Necesidad Normativa: La expectativa se basa en la definición que realizan expertos sobre los resultados que deben obtenerse. (p.e comité de expertos en drogodependencias).

- b) Necesidad Percibida: Se refiere a la expectativa de los miembros de la población y dependen de la percepción que la población tenga de sus problemas. (p.e. encuestas de población).
- c) Necesidad Expresada: Esta necesidad se fundamenta en los resultados obtenidos del análisis del comportamiento de la población objeto de estudio. (p.e. grado de participación en un programa).
- d) Necesidad comparativa: Las expectativas se centran en la comparación de la población objetivo con otro grupo de población. (p.e. necesidades educativas).

Mc Killip (1987) desarrolla un modelo general para llevar a cabo una evaluación de necesidades en el que establece cinco fases:

- Identificación de usuarios (los que encargan el estudio) y posibles usos del análisis de necesidades.
- Descripción de la población objetivo (características sociodemográficas, recursos disponibles, características del entorno, etc.).
- Identificación de necesidades. Se identifican los problemas y las posibles soluciones, para lo que se utilizarán diferentes métodos de identificación de necesidades.
- Evaluación de necesidades. Jerarquizar y determinar las más importantes para la población objeto de estudio.
- Comunicación de los resultados a toda la población implicada.

A partir de aquí se han definido diferentes características de la evaluación de necesidades (Pérez-Campanero, 1991):

- El análisis de necesidades implica un estudio sistemático de la realidad antes de intervenir.
- Constituye un estudio planificado para identificar y analizar los problemas.
- Determina la importancia de un problema o necesidad en relación con otros.
- Analiza las discrepancias entre la situación que es y la que debería ser.
- Utiliza fuentes de información representativas de la realidad social, de la situación presente y de la deseable.
- Proporciona datos importantes para la búsqueda de soluciones y la toma de decisiones.

Estas características permiten establecer un gran número de ventajas entre las que destacamos:

- Permite involucrar a todas las fuentes antes de realizar la intervención: Este aspecto es fundamental ya que garantiza la participación activa de todos los grupos implicados en el proceso y el apoyo de las instituciones. Este punto es esencial para conseguir la participación necesaria de los sujetos durante el proceso de intervención.

- Proporciona información útil para la toma de decisiones: Los datos se recaban de las fuentes a las que se dirige la intervención, proporcionando información sobre los problemas actuales, expectativas, alternativas y posibles soluciones, aumentando la credibilidad de la intervención y la participación activa.
- Bajo coste y economía de tiempo en la fase de diseño y planificación de la acción ya que permite una utilización óptima de los recursos.

2. MODELOS DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Se explican a continuación los principales modelos de evaluación de necesidades:

2.1. Modelo de Discrepancia de Kauffman (1979)

Este modelo se fundamenta en las expectativas normativas y establece tres fases:

- Definición de objetivos: "lo que debería ser".
- Evaluación de la situación actual: "lo que es".
- Identificar las discrepancias entre "lo que es y lo que debería ser".

La definición de discrepancias depende de la valoración de expertos que identifican las necesidades.

2.2. Modelo de Marketing (Nieckerns, Purga y Noriega, 1980; Kotler, 1982)

Con base en el concepto de intercambio, y con un abordaje derivado del análisis oferta-demanda, este modelo se plantea la evaluación de necesidades como un proceso de feed-back en el que la oferta de intervenciones sociales, entendida como bien de consumo, trata de adaptarse a la demanda real del mercado, integrado por los potenciales beneficiarios de esas intervenciones. Kotler (1982) defiende este planteamiento de mercado al insistir en el hecho de que será la oferta de unos servicios ajustados a las necesidades de los ciudadanos, lo que permita la permanencia y crecimiento de las organizaciones que ofrecen esos servicios, en este caso, de intervención social. Se podría decir que la evaluación de necesidades desde esta perspectiva cumple una función instrumental en la detección de las carencias y deseos de la ciudadanía para, posteriormente, satisfacerlos a través del diseño y prestación de servicios y programas de prestaciones social y económicamente viables. En este sentido, esta viabilidad deberá quedar reflejada en las tasas de utilización del servicio por parte de los destinatarios del mismo.

Las fases que se siguen desde este modelo en la adecuación a las necesidades reales de la población objetivo son las siguientes:

- Determinar inicialmente la población real o potencial que podría requerir unos **determinados** servicios, atendiendo a sus características y déficits que presenta.
- Establecer el grado en que la oferta actual de servicios **satisface** esta demanda, **distinguiendo** los servicios que se pretenden ofrecer de los ya facilitados por otras instituciones públicas o privadas.
- **Desarrollar** una estrategia efectiva de marketing. De acuerdo con esta estrategia, se **seleccionarían** aquellas prestaciones y servicios que vayan a ofrecer una tasa de utilización lo suficientemente alta como para garantizar su utilidad y, por tanto, su viabilidad económica.

2.3. Modelo de Toma de Decisiones (Keeney y Rafia, 1976; Edwards y Newman, 1982)

Desde este modelo se atienden simultáneamente distintas fuentes de información para evaluar una misma necesidad. En este sentido, se entiende que ningún indicador ni criterio aislados permiten evaluar adecuadamente la realidad o necesidad social, entendida como constructo complejo y **poliédrico**. Como su nombre indica, este modelo va claramente orientado a la toma de una **decisión** sobre qué necesidad o **necesidades** son prioritarias de cara a la intervención social. Si bien, toda **evaluación** de necesidades tiene una finalidad de planificación en la acción futura y, por tanto, de toma de decisiones, a diferencia con los modelos anteriores, en éste se atiende **especialmente** a los valores y percepciones de los usuarios. A éstos se les otorga explícitamente un importante peso en el resultado final del proceso. Será la razón, aplicada sobre la información procedente de distintas fuentes y **perspectivas**, la que permita llegar a esa decisión efectiva. Igualmente, en línea con su carácter racional y objetivo, el modelo permite otorgar diferentes pesos o **relevancias** a las distintas fuentes de información tenidas en cuenta en el proceso.

Este modelo supone una adaptación al campo de la intervención social del conocido como Análisis Multiatributivo de Utilidad (Edwards y Newman, 1982). En este proceso de identificación de las necesidades prioritarias, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

1. Seleccionar las **potenciales** necesidades o aspectos de la realidad que pueden ser **especialmente problemáticos** en la población, sobre la que se pretende intervenir.
2. Elegir los métodos y técnicas de recogida de información que se van a emplear. En este sentido, se establecen lo que se conoce como "atributos" (fuentes de información que se tendrán en cuenta en el proceso de toma de decisiones). Esas técnicas de recogida de información serán, entre otras, algunas de las indicadas en los párrafos anteriores. por ejemplo,

entrevista a informantes clave, encuesta, empleo de **grupos focalizados**, etc. A éstas, se podrán sumar otras como el análisis de la demanda de un servicio o, por ejemplo, datos acerca de la incidencia real de una problemática en una comunidad (número de casos detectados).

3. Recogida de la información y ajuste de las puntuaciones obtenidas a una escala común que permita su comparación. El resultado de este proceso será la obtención de un **índice** para cada una de las necesidades evaluadas.
4. Toma de decisión de acuerdo con los índices de necesidad obtenidos. En este sentido, se otorgará una posición más destacada en la prelación de necesidades en orden a su intervención a aquella que obtenga un mayor índice.

Todo este proceso se verá gráficamente representado a través de un ejemplo concreto en el apartado correspondiente a integración de la información.

3. MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Algunos de los métodos más utilizados para el análisis de necesidades son los que explicamos a continuación:

a) *La observación*: Las diversas técnicas e instrumentos diseñados para realizar la observación suelen medir la forma, duración, frecuencia, antecedentes y consecuencias de los comportamientos sociales, estructuras sociales y relaciones entre comportamientos y estructuras sociales.

Una de las modalidades de observación es la participante, ésta se define como la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no **intrusivo** (Taylor y Bogdan, 1986). El estudio de los **grupos**, masas, organizaciones y comunidades pueden recibir un importante aporte de este procedimiento **metodológico**. La observación participante permite al investigador sistemáticamente observar y participar en el día a día de la vida en la comunidad. La característica crítica es el grado de implicación del investigador con las personas que va a estudiar. Los observadores participantes mantienen relaciones cara a cara con las personas que estudian, comparten sus experiencias cotidianas y se involucran en la vida de las personas que desean estudiar (Sellitz, et al., 1976). Esto permite: a) minimizar la distancia social y las diferencias de comunicación que **normalmente** existen entre el investigador y las personas estudiadas; b) posibilita mayor conocimiento cualitativo del fenómeno social; c) permite conocer el fenómeno social desde la perspectiva de la persona que lo está experimentando; y d) contribuye a aumentar nuestro conocimiento sobre los procesos involucrados en el fenómeno comunitario.

Según el tipo de participación del observador y el conocimiento que los miembros del grupo tienen de él, se derivan cuatro tipos de observación participante:

- a) El investigador social es conocido como tal por la comunidad en la que se encuentra.
- b) El investigador adopta el punto de vista de uno más en el contexto. Aunque todos saben que es un investigador interesado en conocer la realidad social.
- c) El investigador actúa ocultando su verdadera identidad aunque adopta un papel que le permite recoger información del grupo sin levantar sospechas (p.e. periodista).
- d) El investigador participa como uno más del grupo ocultando que se encuentra recabando información.

Sin embargo, a pesar de todas las ventajas que aporta a la investigación comunitaria la observación participante requiere un gran entrenamiento y cuenta con algunas limitaciones derivadas del grado de implicación del investigador en la comunidad.

Un serio problema estudiado es que la observación participante produce cambios en la conducta del grupo bajo estudio, el efecto que un observador tiene sobre un grupo es difícil de determinar. Para reducir este efecto se aconseja que el observador sea sensible a los efectos de su presencia sobre la vida del grupo y que los datos se comiencen a recoger después de que haya transcurrido un tiempo del investigador dentro del grupo. Otro peligro de la observación participante es que el investigador se involucre tanto que le afecte a su habilidad para desarrollar hipótesis, es decir se corre el riesgo de que el investigador abandone su rol de observador para convertirse en un miembro más del contexto que está estudiando. Por otro lado, los datos del observador pueden estar sujetos a una percepción selectiva de los hechos. Los observadores se centran en aquellas conductas que quieren o esperan ver. Para tratar con estos problemas se aconseja utilizar más de un observador para determinar la fiabilidad interjueces; utilizar más de una técnica de recogida de datos, usando una aproximación multimétodo y finalmente utilizar estudios pilotos para el entrenamiento de los observadores. (Hombrosos, 1996)

b) *Técnicas de encuestas:* La encuesta es: "una investigación realizada sobre una muestra de sujetos representativa de un colectivo más amplio, que se lleva a cabo en el contexto de la vida cotidiana, utilizando procedimientos estandarizados de interrogación, en el fin de obtener mediciones cuantitativas de una gran variedad de características objetivas y subjetivas de la población". (García Ferrando, 1994, p. 147).

En teoría, es uno de los métodos más objetivos y globales, proporcionando una información muy amplia, general, representativa y cuantitativamente muy rigurosa. En contrapartida es muy costosa, requiere un análisis y planificación muy

cuidadosa. Están plenamente indicadas para el estudio de actitudes, valores, creencias y motivos; son especialmente recomendables para recuperar información sobre hechos que ya han pasado y bien estructuradas tienen una gran capacidad para estandarizar datos lo que facilita su posterior análisis estadístico.

Para la realización de una encuesta se han de atender los siguientes pasos (Bizquerra, 1989):

1. Definir los objetivos de la encuesta
2. Decidir la información necesaria
3. Definir la población objeto de estudio
4. Establecer los recursos disponibles
5. Elegir el método de encuesta
6. Diseñar el cuestionario
7. Planificar el método de análisis de datos
8. Realización de una encuesta piloto
9. Revisión
10. Selección de la muestra de sujetos
11. Realización de la encuesta
12. Codificación de datos y análisis de resultados
13. Elaboración del informe

Un aspecto fundamental en la técnica de encuesta es el muestreo que, básicamente, se puede hacer según tres métodos:

Muestreo al azar: sin conocer las características demográficas de la población.

Muestreo estratificado: estableciendo las características generales de la población (edad, sexo, nivel de estudios, etc.) para que, en la misma medida, aparezcan reflejadas proporcionalmente en la muestra.

Muestreo por conglomerados: En este caso, la población se agrupa en agregados que no están relacionados con las variables (por ejemplo, manzanas de viviendas, barriadas, escuelas, etc.).

Existen diversas formas de recoger la información. Los tres métodos de encuestas más utilizados en el análisis de necesidades son:

La encuesta personal: Es aquella que se realiza en forma de entrevista personal. Es el método idóneo pero tiene inconvenientes como el coste económico, la preparación de entrevistadores y la presencia del entrevistador puede restar confidencialidad.

La encuesta telefónica: Sustituye la interacción personal por la comunicación telefónica, en comparación con la encuesta personal, disminuye los costes económicos y permite acceder a lugares muy lejanos (Rubio y Varas, 1997). Entre los principales inconvenientes se encuentran la frialdad de la interacción y el muestreo sesgado, pues quedan excluidas todas las personas que no están en la guía telefónica.

La encuesta por correo: Se envían por correo esperando que el encuestado devuelva sus respuestas por correo. También en este caso se reducen los costes económicos, aumenta la confidencialidad de las respuestas y permiten acceder a grandes muestras de población. En cuanto a las desventajas se encuentra el factor tiempo ya que el proceso suele ser más lento, se carece del control de cómo se ha contestado la encuesta o el grado de comprensión de las preguntas y por último la baja tasa de respuestas.

c) **Indicadores Sociales.** Son medidas de bienestar social y comunitario. El objetivo de los indicadores sociales es medir, analizar, e informar sobre las condiciones sociales que afectan al bienestar. Uno de los principales objetivos que persigue el investigador que utiliza indicadores sociales es establecer relaciones entre medidas de bienestar. Los datos estadísticos aislados contribuyen escasamente a la comprensión del bienestar social, por lo que se estudian las relaciones entre diversos indicadores sociales.

La mayoría de los estudios realizados con indicadores sociales comparten el interés por proporcionar datos que puedan ser empleados en la realización de políticas sociales. Existen numerosas aplicaciones de los indicadores sociales: son elementos fundamentales en la evaluación de necesidades, se utilizan para examinar el impacto sobre la calidad de vida de cambios sociales a gran escala; para evaluar programas sociales; para tomar decisiones acerca del desarrollo y planificación de programas; para describir condiciones sociales; para analizar el cambio social y predecir eventos sociales y patrones de vida social.

Los indicadores sociales son **instrumentos** de comparación para evaluar o valorar cambios y permiten operacionalizar de forma cuantitativa las variables objeto de estudio. Expresan una situación determinada que se compara con situaciones pasadas o con aquellas que se esperan alcanzar. En muchas ocasiones se obtienen fácilmente de las estadísticas oficiales (p.e. número de habitantes) y hacen posible realizar comparaciones normativas. Una característica importante del indicador social según Land y Spilerman (1975) es que son medidas de intervalos de tiempo regulares, que expresan la tendencia y la fluctuación de un hecho dado, por ejemplo permiten analizar la proporción de divorcios en un periodo de tiempo determinado, o examinar si la proporción de desempleo varía entre hombres y mujeres. Constan de cinco componentes: Clase de sujetos, periodo de tiempo, propiedad de los miembros de la clase, medida estadística y lugar (p.e. Tasa del consumo de drogas en adolescentes en un año en Málaga).

En el análisis de necesidades los indicadores se utilizan principalmente para describir la población objetivo, analizar factores de riesgo y analizar a los usuarios de un servicio (Chacón, Barrón y Lozano, 1989).

A modo de ejemplo incorporamos en el Anexo información relativa a los indicadores sociales y variables utilizadas en los diagnósticos sociales realizados por el Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga.

d) **Informantes clave.** La técnica de informantes clave es una técnica sencilla, de bajo coste que consiste en recabar información de personas que poseen un amplio conocimiento de las necesidades estudiadas. Suelen ser profesionales con información relevante, líderes de la comunidad y técnicos que trabajan en el ámbito de estudio donde se realiza la investigación. Esta técnica es útil tanto en las primeras fases de la investigación como en el posterior desarrollo del programa ya que los informantes constituyen importantes vías de acceso a la comunidad.

Los pasos para aplicar la técnica son los siguientes:

- Definir los objetivos de estudio.
- Seleccionar a los informantes en función de los objetivos definidos. En esta fase suele utilizarse la técnica de la Bola de Nieve que consiste en pedir a cada informante clave una lista de personas que puedan aportar información relevante.
- Diseño del instrumento. La forma más habitual de obtener la información suele ser la entrevista abierta o semiestructurada. Es recomendable que en la entrevista aparezcan preguntas generales sobre las necesidades que se están evaluando, similares para todos los informantes y otras específicas en función del área, ámbito y funciones que represente cada informante. También es importante introducir cuestiones que permitan a los informantes aportar diversas soluciones a los problemas planteados. Esto permite además contrarrestar uno de los principales inconvenientes de esta técnica que es el sesgo de los informantes que se centran más en los problemas que en las posibles soluciones.
- Una vez recogida la información se elabora un informe y se intenta reunir a todos los informantes para discutir los resultados.

A modo de ejemplo mostramos una entrevista a informantes claves que se elaboró en un estudio para valorar las necesidades de los residentes de los diferentes barrios de la ciudad.

Entrevista general a informantes clave:

Datos de la entrevista: Fecha de la entrevista, hora, lugar, barrio/sector, resumen de los puntos tratados.

Datos del entrevistado: Profesión, cargo, duración de la entrevista, entidad Descripción de la entrevista:

1. Destaque y comente los problemas y necesidades más importantes que a su juicio hay en su barrio (equipamientos, infraestructura, juventud, mayores, drogodependencia, inseguridad ciudadana.....).
2. ¿A quién cree que corresponde la solución de los problemas de su barrio? (Ayuntamiento, a los propios vecinos, policía, asociación de vecinos, otros).
3. ¿Cuál es la respuesta institucional ante esos problemas y necesidades?

4. ¿Qué solución sugiere a los problemas antes señalados y/o qué tipo de ayuda cree que se debería dar para solucionar los problemas de su barrio? (participación en la vida pública, ayuda material, puestos de trabajo, etc.)
5. ¿Qué opina sobre el movimiento asociativo de su zona? ¿Existe? ¿Es representativo? ¿Qué actuaciones hacen? En caso de que no exista, ¿A qué cree que es debido?
6. ¿Cómo crearía o fomentaría más participación en su barrio?
7. En relación con el ámbito, área y funciones que representa dentro del barrio, señale:
 - Principales problemas y necesidades.
 - Soluciones posibles.
 - Recursos necesarios.

Observaciones del entrevistador.

Relación de informantes clave seleccionados en cada barrio:

Director/a del Centro de Salud

Directora Colegio/Instituto

Presidenta Asociación de Vecinos

Párroco o alternativo

Director/a Junta de Distrito/Centro de servicios sociales

Policía Municipal

Presidente/a Cofradías, Peñas, Asociaciones o Club de Mayores.

e) **Grupos estructurados:** Los grupos estructurados son un método de detección que consiste en reunir un grupo de la comunidad para que identifiquen sus necesidades. Existen diversas técnicas de grupos estructurados (McKilip, 1989):

1. **Grupos focales.** El objetivo del grupo focal es obtener de los miembros del grupo su opinión sobre la problemática social que se analiza y se suele utilizar cuando los evaluadores no pertenecen a la población estudiada.

Los componentes del grupo son:

Los moderadores pueden ser uno o dos, dirigen la discusión y deben conocer los problemas que se analizan. Su papel es conseguir que los miembros del grupo centren su atención en sus sentimientos y creencias sobre el problema.

Los participantes entre 8 y 10, deben representar a la población objetivo y la principal característica es que los grupos deben ser homogéneos para facilitar la detección de necesidades y la interacción entre los miembros. Si queremos utilizar los grupos focales para evaluar las necesidades en un barrio podemos decidir crear grupos de un estatus social similar (grupos de parados, grupos de amas de casa, etc.) y/o atendiendo a las diferencias de edad (grupos de jóvenes, grupos de personas mayores, etc.) para que identifiquen las necesidades de la población que representan. Se formarán tantos grupos como sean necesarios en función de los objetivos, del tamaño de la población y del grado de consenso.

El desarrollo de las sesiones puede variar entre 1 y 2 horas y sigue dos fases:

- Presentación del tema por parte del moderador con una pregunta general planteada de forma objetiva para fomentar que los miembros del grupo expresen sus necesidades.
 - Registro de las opiniones e ideas buscando el consenso de la comunidad.
2. **Grupos nominales.** La técnica del grupo nominal se utiliza para la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones evitando los problemas derivados de las dinámicas de grupo. Se reúnen entre 6-9 participantes relacionados con el problema durante 2-3 horas.

Las etapas son:

- **Planteamiento del problema:** se formulan preguntas abiertas sobre las dimensiones del problema que hagan pensar a los participantes en diferentes soluciones.
- **Generación de ideas:** cada participante escribe de forma individual las alternativas y soluciones que considera más adecuadas durante 10-15 minutos.
- **Registro de ideas:** las ideas de cada participante se exponen individualmente por turno sin permitir la discusión, cada miembro ordena de forma individual las cinco ideas con las que más se identifique. El moderador recoge en un listado todas las ideas expuestas.
- **Discusión:** Cada miembro del grupo puede aclarar cualquiera de sus ideas y se inicia la discusión sobre las ideas expuestas.
- **Elección de ideas:** Cada componente del grupo elige nuevamente las cinco ideas que considera más importantes y el coordinador integra las más votadas.
- **Integración:** Se repite el mismo proceso para cada cuestión planteada y se integran las votaciones de los diferentes subgrupos.

3. **Técnica Delphi.** Con esta técnica se analiza la opinión de varios expertos sobre un mismo tema y se utiliza cuando tenemos que identificar necesidades ante un proceso de cambio, estimar el impacto de un programa, calibrar la reacción frente a las líneas de actuación y/o diseñar un plan de intervención.

El procedimiento combina la recogida anónima de información, retroalimentación para los informadores y posibilidad de modificar las respuestas.

La recogida de información se aplica a través de cuestionarios que adoptan la forma de diálogo estructurado entre varias personas que responden de forma anónima y que en ningún momento llegan a reunirse por lo que se evita la presión grupal a la hora de realizar las valoraciones individuales.

Los pasos de la técnica Delphi se describen a continuación:

Formulación del problema: Hay que definir de forma objetiva la información que queremos recoger de los expertos.

Selección del grupo de expertos: La selección se realiza en función de los conocimientos profesionales y del ámbito específico que cada experto represente.

El número de expertos variará en función de los objetivos y grado de consenso alcanzado, este número fluctúa entre 10 y 30 expertos.

Diseño y aplicación de cuestionarios: Se diseña un cuestionario con preguntas, generalmente de elección múltiple que exige una valoración numérica en el que se valoran los problemas a tratar. El cuestionario se distribuye entre los expertos asignándoles un código para garantizar el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Los expertos remiten los cuestionarios y se analizan las respuestas calculando la distribución de las contestaciones a cada pregunta, generalmente se calcula la diferencia intercuartil. En el siguiente cuestionario aparecen las contestaciones originales y los estadísticos de cada pregunta, se le da la opción de cambiar las respuestas y si hay mucha desviación en alguna pregunta respecto a la tendencia central se le pide que justifique su opinión. Se vuelven a analizar las respuestas y se distribuye el cuestionario por tercera vez con los datos estadísticos y los argumentos de las opiniones más alejadas. Generalmente en este cuestionario se ordenan las respuestas indicando si hay consenso, mayoría o desacuerdo. Se puede cambiar otra vez de respuestas y el proceso continúa hasta que se consigue un equilibrio entre el grado de consenso y las discrepancias de los expertos seleccionados.

4. *Foros comunitarios.* Los Foros se utilizan para conseguir una gran implicación de la comunidad en el análisis de necesidades y cuando éste depende del consenso entre diferentes grupos sociales. Los pasos a seguir son los siguientes:

Se seleccionan los miembros de un comité de tal manera que estén representados todos los grupos sociales que participan en el estudio.

Se seleccionan "testigos" o personas implicadas en los problemas que se estén tratando y se les explica el funcionamiento.

Se planifica una audiencia a la que están invitados todos los miembros de la comunidad aunque únicamente intervienen los miembros del comité y los testigos.

Se elabora un informe y se comunican los resultados.

4. INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN: APLICACIÓN DEL MODELO DE TOMA DE DECISIONES

Uno de los principales problemas de la evaluación de necesidades se centra en la integración de la información, ya que se deben conjugar criterios de decisión muy diferentes (por ejemplo, análisis de las demandas recogidas, necesidad percibida por la población, opinión de los expertos, etc.). La tarea de integración será más complicada cuanto mayor sea el número de métodos de recogida de información que se empleen. De acuerdo con los modelos anteriormente expuestos, el de Toma de Decisiones es el que permite dar respuesta más fácilmente a esta necesidad de integración. Por este motivo, se expondrá a continuación un caso hipotético de evaluación de necesidades en el que se ponga en práctica este modelo de cara a la integración de información.

Ejemplo:

Se ha llevado a cabo un estudio de necesidades con la finalidad de obtener un diagnóstico social en la Zona de Trabajo Social n° 3, correspondiente a la barriada de Ciudad Jardín en la capital malagueña. En el proceso de evaluación de necesidades se ha optado por utilizar una metodología de toma de decisiones, adoptando la estrategia A.M.U. (Análisis Multiatributivo de Utilidad). Para este fin, se han utilizado los datos procedentes de tres fuentes de recogida de información, a saber: informantes clave, encuesta y grupos focalizados. Las puntuaciones directas obtenidas al preguntar sobre los problemas más importantes en esa zona, que necesitan de una atención prioritaria han sido las siguientes:

1. INFORMANTES CLAVE	Puntuación media obtenida (□)*
1. Desempleo	1
2. Absentismo escolar	3
3. Consumo de drogas entre los jóvenes	2
4. Problemas en el seno familiar	4
5. Ayudas económicas a familiar necesitadas	8
6. Atención domiciliar de personas / familias con dificultades	4
7. Déficit de asociacionismo en la zona	2
8. Problemas de vivienda	5
9. Escasez de actividades socioculturales: tiempo libre	1
10. Problemas en el acceso al mercado laboral de los jóvenes	9

* Nota: Se han suprimido los decimales para facilitar los cálculos posteriores.

2. ENCUESTA	Puntuación media obtenida (□)*
1. Desempleo	5
2. Absentismo escolar	7
3. Consumo de drogas entre los jóvenes	6
4. Problemas en el seno familiar	7

5. Ayudas económicas a familias necesitadas	6
6. Atención domiciliaria de personas / familias con dificultades	5
7. Déficit de asociacionismo en la zona	4
8. Problemas de vivienda	9
9. Escasez de actividades socioculturales: tiempo libre	3
10. Problemas en el acceso al mercado laboral de los jóvenes	8
* Nota: Se han suprimido los decimales para facilitar los cálculos posteriores.	

3. GRUPOS FOCALIZADOS	Puntuación media obtenida (□)*
1. Desempleo	4
2. Absentismo escolar	3
3. Consumo de drogas entre los jóvenes	5
4. Problemas en el seno familiar	6
5. Ayudas económicas a familias necesitadas	7
6. Atención domiciliaria de personas / familias con dificultades	7
7. Déficit de asociacionismo en la zona	2
8. Problemas de vivienda	10
9. Escasez de actividades socioculturales: tiempo libre	3
10. Problemas en el acceso al mercado laboral de los jóvenes	9
* Nota: Se han suprimido los decimales para facilitar los cálculos posteriores.	

En este análisis se ha optado por dar el mismo peso o importancia en la decisión final a los datos obtenidos a partir de los informantes clave y a la encuesta (30%), mientras que a la información procedente de los grupos focalizados se le otorga un peso del 40%. De acuerdo con esta información, cuáles son, por orden de importancia, las necesidades que demandan una mayor atención por parte del Centro de Servicios Sociales de esta Zona.

Así pues, de acuerdo con lo visto anteriormente, nos encontraríamos ya en el tercer punto de la aplicación del modelo de toma de decisiones, por lo que se han de pasar las puntuaciones obtenidas a una escala común que permita su compara-

ción. Para lo cual, en un primer paso, se convertirá cada puntuación registrada a lo que se conoce como valor de utilidad de la opción *i* (necesidad concreta sobre la que se evalúa) en el atributo *j* (fuente de información utilizada). Dado que se cuenta con diez necesidades sobre las que se evalúa y tres fuentes de datos (informantes clave, encuesta y grupos focalizados), habrán de calcularse un total de treinta valores de utilidad comprendidos entre cero y uno. Éstos se obtienen a partir de la siguiente fórmula:

$$U_{ij} = (X_{ij} - L_j) / (H_j - L_j)$$

Siendo:

U_{ij} = valor de utilidad en la opción *i* para el atributo *j*

X_{ij} = puntuación obtenida en la opción *i* para el atributo *j*

H_j = puntuación más baja obtenida en el atributo *j*

L_j = puntuación más alta obtenida en el atributo *j*

De esta forma, el valor de utilidad de la opción (necesidad) *Problemas en el seno familiar* (4) para el atributo (fuente de información) *encuesta* (2) sería el siguiente:

$$U_{42} = (X_{42} - L_2) / (H_2 - L_2)$$

$$U_{42} = (7 - 2) / (9 - 2)$$

$$U_{42} = 5 / 7 = 0.714$$

Los veintinueve valores restantes se calcularán de acuerdo con el mismo procedimiento. Estos resultados aparecen recogidos en la columna U_{ij} de la Tabla 1.

El siguiente paso será ponderar cada una de los atributos utilizados en esta evaluación de necesidades. Para ello, se multiplicará cada valor de utilidad por el correspondiente peso del atributo. En este caso, los atributos *informantes clave* (1) y *encuesta* (2) tienen un mismo peso de treinta, mientras que el atributo *grupos focalizados* (3) tiene un peso de cuarenta. Los resultados de estas multiplicaciones aparecen recogidos en la columna $U_{ij} \times P_j$ de la Tabla 1. A continuación se calculará el Índice de Necesidad resultante para opción (necesidad), de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$IN_i = \sum (U_{ij} \times P_j)$$

Siendo P_j el peso dado al atributo *j*. Los resultados de aplicar estos cálculos a nuestros datos se muestran en la columna IN_i de la Tabla 1. La priorización de las necesidades de acuerdo con este modelo de toma de decisiones vendrá dada en función de este índice de necesidad, correspondiendo la prioridad mayor a aquella que tenga el valor más alto (Ver Tabla 1).

CAPÍTULO VII

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

M^a Rosa Esteve Zarazaga y Ana Masedo

Desde sus inicios a finales de los años 60 del pasado siglo se han formulado numerosas definiciones de *evaluación de programas* que, a su vez, se correspondían con distintos modelos de trabajo. Sin embargo, desde finales de los años 80 existe una gran convergencia en las propuestas y desde esta *síntesis*, actualmente cabría definir la evaluación de programas como la recogida sistemática de información respecto a un programa, información válida y creíble de forma que sea potencialmente útil (Vedung, 1997). De esta definición cabe destacar que, por una parte, se subrayan las exigencias de rigor a las que debe atender toda evaluación. Por otra, que en ella caben en una multiplicidad de objetivos: información descriptiva, información sobre efectos del programa, análisis de la puesta en marcha, análisis de necesidades... Y por último, se destaca la que es la principal finalidad de la evaluación y a la que se ha de supeditar cualquier otra cuestión: la *utilidad*, ya que cuando se lleva a cabo una evaluación se pretende influir sobre las decisiones y el modo de pensar de aquellos grupos y sujetos implicados en el programa, contribuyendo a su mejora (Esteve, 1994).

En las páginas que siguen se expondrán las principales tareas que se habrán que llevar a cabo a lo largo de un proceso de evaluación de programas y en las que actualmente existe un amplio acuerdo (Esteve, 1995).

1. EL PROCESO DE EVALUACIÓN

1.1. Focalización

Es la primera fase y la más importante, tiene los siguientes objetivos:

- a) Lograr un conocimiento general respecto al programa.
- b) Seleccionar las cuestiones en las que se centrará la evaluación.

c) Darse a conocer a los diversos **grupos** implicados en el programa y establecer las **vías** para la comunicación durante la evaluación.

a) **Lograr un conocimiento general respecto al programa.** Para planificar una evaluación podría **optarse** por consultar las disposiciones oficiales del programa, determinar cuáles son sus objetivos y elementos esenciales, establecer la mejor forma de medir dichos objetivos y proceder a su medición. Se estaría asumiendo que la intervención es una **variable independiente**, aplicada de manera uniforme. Sin embargo, este supuesto, que marcó el trabajo de los primeros evaluadores, no refleja adecuadamente la naturaleza de los programas sociales (Cook y Shadish, 1987). Actualmente es un hecho ampliamente reconocido que los programas se caracterizan por ser **entidades dinámicas** que se van transformando a lo largo del tiempo y que cambian dependiendo de las características del contexto específico en el que se ponen en marcha. Es por ello que, antes de recoger información para determinar si el programa ha alcanzado o no sus objetivos, primero es necesario conocer "qué está ocurriendo" en el programa. Así, la fase de focalización tendrá un carácter eminentemente exploratorio y en ella habrá que obtener una descripción general de **en qué consiste el programa**.

Obviamente, no se trata de conocer en profundidad **todos** los aspectos relevantes del programa, pues ello sería inviable. Se debe realizar un barrido completo de todos los elementos fundamentales del programa y esta información servirá de **guía** para centrar la indagación en unos pocos puntos con mayor **profundidad** y planificar la evaluación (Cook y Shadish, 1987). En este momento se debe obtener información general sobre los siguientes aspectos: los clientes; los objetivos del programa; procesos (**¿cuál** es el plan de actividades?); organización (lugares de aplicación; plantilla, financiación, organización jerárquica, etc.); e historia del programa (cómo surge, cuánto tiempo lleva en funcionamiento, cambios producidos desde que comenzó, etc.) (Stecher y Davis, 1988). Es muy importante que, antes de entrar en contacto con los directores y el personal del programa se tenga ya un cierto conocimiento respecto a estas cuestiones. Así, lo primero que se tendrá que hacer es un análisis de documentos relativos al programa. Desde el primer contacto del evaluador con el personal del programa, debe esforzarse por cimentar su **credibilidad**. Como ponen de manifiesto numerosas investigaciones, un **factor** que parece que los usuarios tienen muy en cuenta para determinar la credibilidad del evaluador es el grado de conocimiento que piensan que éste tiene del programa (Sonnichsen, 1989). Por ello, es aconsejable que, antes de recabar información del personal se tenga un cierto conocimiento del mismo; si no se hace así, es probable que se ponga en duda la credibilidad del evaluador y su capacitación para **llevar a cabo** la evaluación.

Puesto que, tal y como se ha señalado, los programas se transforman a lo largo del tiempo, es deseable que con esta primera información que se acaba de recoger se intente delimitar la fase en la que se encuentra el programa pues la

reflexión en torno a la posible fase en la que se encuentra el programa puede ayudar a determinar qué tipo de evaluación puede ser la **más** adecuada (Chambers, 1994):

Iniciación: En esta fase, las actividades del programa fundamentalmente giran en torno a la identificación de los objetivos del programa y de las necesidades que éste intenta solventar. La evaluación puede ayudar a definir esas necesidades, a ordenarlas y a identificar problemas potenciales.

Planificación: En este momento la tarea principal consiste en determinar qué actividades, materiales y reorganizaciones institucionales pueden solventar las necesidades identificadas en la fase anterior. La evaluación consistiría en **pruebas piloto** encaminadas a evaluar la efectividad y la viabilidad de posibles intervenciones alternativas o de elementos de las intervenciones.

Implantación: El programa se pone en marcha, pero aún es posible realizar modificaciones para corregir errores y solucionar problemas hasta alcanzar un funcionamiento óptimo. En esta fase serán de especial utilidad estudios evaluativos que describan cómo está funcionando el programa y que contribuyan a mejorarlo.

Rutina: En este momento el programa ya está establecido, tiene una estructura organizacional estable y un presupuesto permanente. La principal tarea de esta fase es determinar si continuar o no con el programa, o si extenderlo a otros lugares. Por tanto, la evaluación deberá proporcionar información para determinar la efectividad global y el impacto del programa.

Llegado este momento, es muy útil resumir y sistematizar la **información** que se ha ido recogiendo de diversas fuentes mediante la formulación de la **base lógica** del programa en la que se representan las actividades del programa, sus objetivos, y los nexos **causales** que se supone que existen entre las actividades y los objetivos (Bickman, 1990); es una afirmación de por qué se espera que el programa produzca los resultados deseados (Dubai y Wofford, 2006).

b) **Seleccionar las cuestiones en las que se centrará la evaluación.** Como se ha reflejado en la **líneas** anteriores, son muchas las preguntas que cabe formular respecto a un mismo programa y ninguna evaluación podrá disponer del presupuesto necesario para responderlas todas. Por tanto, otro de los objetivos de la fase de focalización es elegir las **cuestiones relevantes** en las que centrar la evaluación.

Numerosas investigaciones ponen de relieve que para que la evaluación contribuya a la toma de decisiones ayudando a la mejora del programa, debe centrarse en cuestiones que las audiencias consideren **relevantes** y tener en cuenta sus preferencias al elegir las preguntas evaluativas (Alkin, 2004; Unruh, 2005).

Por tanto, al mismo tiempo que se recoge información general respecto al programa, se deben **aclarar las demandas de los clientes**, es decir, cuál es exactamente la información que desean obtener mediante la evaluación. Siguiendo de nuevo a Stecher y Davis (1988), se debe obtener información de **los** siguientes

aspectos para determinar *qué se espera de la evaluación*: a) Propósitos inmediatos (p.e. ¿por qué se evalúa el programa?); b) expectativas (p.e. ¿qué tipo de información cree que debería contener la evaluación?); c) preocupaciones e intereses (p.e. ¿tiene alguna preocupación respecto al programa en este momento?); y d) otras audiencias de la evaluación (p.e. ¿qué grupos de personas están implicados en el programa o se ven afectados por él?). Y respecto a las condiciones *que limitan la evaluación*: a) presupuesto (p.e. ¿aproximadamente cuánto dinero podemos gastar en la evaluación?); b) planificación (p.e. ¿para qué fecha se necesita el informe de la evaluación?); c) disponibilidad de información (p.e. ¿qué política hay en la institución respecto a la confidencialidad, el acceso a los individuos, a los archivos y a los lugares?); y d) recursos adicionales (p.e. ¿podría colaborar el personal de la institución en actividades de recogida de datos o almacenamiento?).

En la selección de las cuestiones evaluativas deben entrar en concurso: las consideraciones del evaluador, la opinión de los grupos implicados en el programa y consideraciones presupuestarias. Respecto a la primen de estas *fuerzas* Cronbach et al. (1981) señalan que el evaluador debe guiarse por dos criterios: la *incertidumbre* y la *influencia*. El primero se refiere al grado de acuerdo que existe respecto a una cuestión particular entre los diversos grupos implicados en el programa; así, no vale la pena que la evaluación intente responder a preguntas respecto a las que existe un amplio consenso. La *influencia* se refiere a la capacidad de la evaluación para proporcionar datos que cambien el curso del programa. Por ejemplo, no tendría objeto estudiar elementos de la intervención que debido a la legislación, son difícilmente modificables. Se deben barajar también cuestiones presupuestarias teniendo en cuenta los costes asociados con la investigación de cada pregunta. Por ejemplo, una cuestión respecto a la que existe una gran incertidumbre podría requerir de una inversión que sobrepasa con creces el presupuesto de la evaluación y por ello habría que descartarla. O también podría ocurrir que para responder a una pregunta con una enorme influencia potencial fuese necesario un periodo de tiempo tan largo que para cuando estuviese disponible la información posiblemente ya no interesase a casi nadie. También se debe tener en cuenta que contestar a *determinadas preguntas* que llevan aparejado un alto coste puede que impida responder a otras cuestiones.

La elección de las cuestiones en las que centrar la evaluación puede revestir una gran complejidad, sobre todo cuando entran en conflicto las perspectivas del evaluador con las de las diversas audiencias, y cuando tampoco las audiencias están de acuerdo en cuáles son las cuestiones a las que debe responder la evaluación. Existen algunas técnicas que pueden ayudar a crear *consenso* entre las diversas perspectivas como son los *grupos* Delphi, el escalamiento de *utilidad* multiatributo o el escalamiento multidimensional de preferencias.

Una vez obtenida esta información, el evaluador consignará las distintas preguntas que han ido formulando los clientes y ya debe ir pensando en cómo se podría recoger información respecto a ellas, y qué recursos son necesarios. Es

aconsejable incluso que proponga distintos procedimientos para investigar una misma cuestión, procedimientos que también variarán en su coste (Stecher y Davis, 1988).

En este momento ya se tendría una descripción general de los principales elementos y del funcionamiento del programa y una lista de posibles cuestiones en las que se podría centrar la evaluación. Además, se habrán formulado diversos planes alternativos para responder a esas preguntas, conscientes de las limitaciones y el costo que llevan aparejados. Es el momento de que el evaluador se ponga de nuevo en contacto con los grupos implicados en el programa para *negociar* con ellos el plan evaluativo (Herman, Morris y Fitz-Gibbon, 1988).

c) *Darse a conocer a los diversos grupos implicados en el programa y establecer las vías para la comunicación durante la evaluación.* Actualmente parece estar claro que si la evaluación pretende influir sobre las acciones, las decisiones y el modo de pensar de los grupos y sujetos implicados en el programa, debe tener en cuenta su opinión en el diseño y puesta en marcha del estudio valorativo (Esteve, Godoy, Rodríguez-Naranjo y Fierro, 1993). De aquí arranca la enorme importancia otorgada a la *negociación* de las cuestiones, el diseño y las técnicas *evaluativas*. Obviamente, la inclusión de todas las audiencias del programa complica enormemente el trabajo del evaluador y por ello es fundamental que en esta fase de *focalización* se creen los dispositivos que aseguren una comunicación fluida a lo largo de todo el proceso de evaluación. Cuando la comunicación directa con cada miembro de todos los grupos implicados en el programa sea logísticamente inviable, suele ser adecuado crear un grupo formado por representantes de todas las audiencias que haga de intermediario entre el evaluador y el resto de los sujetos. Aunque la comunicación con las audiencias debe ser flexible (Cronbach et al., 1981), en esta fase de focalización se programarán los contactos mínimos que tendrá el evaluador con el grupo de representantes.

1.2. Recogida y Análisis de la Información

En este momento ya se dispone del plan de evaluación definitivo, en el que habrán de especificarse las variables concretas que se medirán u observarán; las técnicas a utilizar; el diseño y el plan de muestreo, y el plan logístico de recogida de datos. Cabría entonces seguir un esquema de trabajo similar al de cualquier estudio empírico.

El menú de posibles técnicas es muy amplio y su discusión excede los límites de estas páginas; en *Hernández (1995)* encontramos una excelente exposición en la que se profundiza en la *aplicabilidad* de cada una de las técnicas de recogida de información en el ámbito de la evaluación de programas. Respecto al *muestreo*, se debe subrayar que, en el ámbito de la evaluación de programas, el *muestreo* aleatorio suele presentar limitaciones importantes, introduciéndose sesgos de magnitud desconocida cuando, y ello suele ser frecuente, algunos proyectos

completos niegan su cooperación y, en estudios de medidas repetidas, suele ser tremendamente difícil volver a contactar con los mismos sujetos. De igual forma, como de una localización a otra del programa suele existir una gran variabilidad, para lograr una representatividad razonable, las muestras han de ser muy grandes, aumentando el costo (Cook y Shadish, 1987). Asimismo, suele ser muy común que los individuos que se benefician del programa no se incorporen al mismo todos a la vez en un momento puntual, sino a oleadas sucesivas irregulares y no uniformes, lo que impide la determinación del universo y consecuentemente, el uso de las estrategias convencionales de muestreo (Anguera, 1989). Es por ello que en el ámbito de la evaluación de programas han ido ganando terreno varias formas de *muestreo intencionado*, seleccionándose ejemplos heterogéneos o modales. La estrategia de máxima heterogeneidad será especialmente indicada cuando se intenta determinar si es posible inferir una relación causal a pesar de la variabilidad en los lugares y los individuos. En la estrategia de modalidad se eligen lugares que, de acuerdo con la información previa respecto a la población, parecen ser representativos de la misma. Por ejemplo, las variables de selección podrían ser tamaño del proyecto, cuantía del presupuesto y años de funcionamiento. Esta estrategia será especialmente adecuada cuando se intenta averiguar si es posible generalizar determinadas relaciones causales a las clases más frecuentes de clientes o de localizaciones del programa.

Durante la década de los 60 se consideraba que la evaluación debía consagrarse exclusivamente al estudio de los efectos del programa mediante un diseño experimental o cuasi-experimental (Cook y Shadish, 1987). A partir de los 80, por una parte se amplía el repertorio de preguntas evaluativas y por otra, se hacen patentes las limitaciones que presenta la metodología experimental en este ámbito, pero sobre todo, se despierta el interés por la explicación de los efectos del programa y por describir su puesta en marcha. Como señala Anguera (1989): "...no se considera ya admisible —al menos de forma absoluta— la aplicación de las pautas propias de la experimentación... al ser conscientes del gran número de variables extrañas o perturbadoras... que se hallan presentes... y las dificultades —muchas veces insalvables en su totalidad— que plantea su control mediante las técnicas habituales..." (Anguera, 1989, p. 21).

Aunque la experimentación a gran escala presenta dificultades prácticas insalvables —la metodología experimental será adecuada, sobre todo, al comienzo del programa cuando lo que se pretende es demostrar, en las mejores condiciones posibles, que la intervención es efectiva. Para asegurar el máximo control de las variables contaminadoras y la integridad del tratamiento, habrá que trabajar con grupos pequeños de sujetos y por un tiempo corto. Pero una vez respondida la pregunta respecto a los efectos del programa, se debe intentar explicar el por qué de dichos efectos, aislando los componentes causalmente eficaces por una parte. Y por otra, se debe aproximar progresivamente el estudio del programa a las condiciones reales en las que éste, finalmente, deberá llevarse a cabo. En este sentido,

se debe indagar las posibilidades de otras metodologías para el estudio de la causalidad, como son los estudios de casos y los modelos de *ecuaciones estructurales* que permiten interrelacionar simultáneamente variables del contexto, características de los clientes, elementos, procesos y resultados del programa. Desde una perspectiva diacrónica, Anguera (1989, 1995) destaca los buenos resultados que recientemente está dando el *diseño secuencial* resuelto mediante la técnica de retardos, los diseños de discontinuidad en la regresión; series de tiempo, y series de tiempo interrumpidas.

1.3. Informe

Como ya se ha señalado, el contacto con las audiencias debe ser continuo, y así, el *informe final* se considerará como un paso más dentro del intercambio comunicativo que se establece con los grupos implicados en el programa desde el mismo comienzo de la evaluación. De hecho, es aconsejable la emisión de varios informes escritos parciales a lo largo del estudio, informes que, en muchos casos simplemente den cuenta de la marcha de la evaluación si es que aún no se dispone de ningún resultado.

Como ya se ha señalado, entre las múltiples tareas que lleva consigo la fase de focalización, se debe reservar tiempo, recursos y energías para conocer las preferencias de los usuarios respecto a las características del informe, su disponibilidad de tiempo y su capacidad para comprender aspectos técnicos del mismo. Ello permitirá elaborar un informe a medida, para lo cual se deben explorar las posibilidades de distintos medios de presentación que necesariamente no tienen por qué coincidir con el formato académico (Morris, Fitz-Gibbon y Freeman, 1988). Incluso se ha señalado la conveniencia de elaborar versiones distintas del mismo informe —en cuanto forma, no contenido—, para audiencias también distintas. Otra forma de sintonizar con distintos intereses puede ser incluir al comienzo del informe una síntesis muy clara de los hallazgos y conclusiones más importantes de la evaluación. En este resumen, que figuraría al principio, se remitiría al lector a aquellas páginas del resto del informe en las que puede encontrar información técnica más detallada respecto a aquellos puntos que susciten en él mayor interés.

Actualmente también existe un acuerdo general en que en el informe deben figurar *recomendaciones* concretas, es decir, se debe relacionar la información evaluativa con posibles acciones o decisiones, haciendo ver a los usuarios las implicaciones para la acción de los resultados. Morris, Fitz-Gibbon y Freeman (1988) aconsejan que se propongan varios cursos de acción alternativos para una misma información, de manera que los sujetos puedan elegir el más viable a sus intereses y posibilidades. Igualmente, es importante que se proporcione la información teniendo en cuenta el esquema de toma de decisiones del programa, para que los resultados lleguen en el momento oportuno y no cuando ya no tiene interés el asunto en cuestión.

SEGUNDA PARTE:

**ESTRATEGIAS, TÉCNICAS Y RECURSOS
DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA**

CAPÍTULO VIII

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y VOLUNTARIADO

Fernando Chacón Fuertes

I. DEFINICIÓN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación social (social participation), comunitaria (community participation) o ciudadana (citizen participation) puede definirse como:

"Proceso por el cual los individuos toman parte en las decisiones que se adoptan en las instituciones, programas y contextos que les aferran" (Heller et al, 1984).

"...la implicación (involvement) en cualquier actividad organizada en la que los individuos participan sin cobrar con el objetivo de conseguir un fin común" (Zimmerman y Rappaport, 1988).

*"un proceso **organizado**, colectivo, libre, incluyente, en el cual hay una variedad de actores, de actividades y de grados de compromiso, que está orientado por valores y objetivos compartidos, en cuya consecución se producen transformaciones comunitarias e individuales". (Montero, 2004).*

La participación comunitaria tiene cuatro características fundamentales:

1. *"Es una conductasociol.* Podemos observar que todos los significados de la palabra participación se refieren a como una persona está involucrada en algo colectivo, en otras palabras la participación siempre es vista como algo social... La relación que se establece en la participación impli-

ca que mientras los individuos forman parte de algo." (Montenegro, 2004; pp. 136-137)

2. La participación ciudadana *implica toma de decisiones*, lo que no implica necesariamente mantener el poder de controlar todas las decisiones.
3. *La participación es proceso*, no es una característica estática de personas o de organizaciones.
4. *La participación es un medio y un fin*, un proceso y un resultado. Como medio la participación es vista como una técnica, y como fin es un valor que debe ser alcanzado, como una de las cualidades de la democracia. Esta distinción no es meramente teórica. La participación no siempre significa mejores decisiones. En segundo lugar la participación y la eficiencia pueden ser fines contradictorios para las organizaciones comunitarias.

2. VARIEDAD DE LAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN

Las formas de participación comunitaria son muy diversas hasta el punto que podemos y debemos cuestionarnos si estamos hablando del mismo fenómeno, entre ellas podemos citar: Activismo popular de abajo a arriba, Grupos de autoayuda, Apoyo social, Voluntariado.

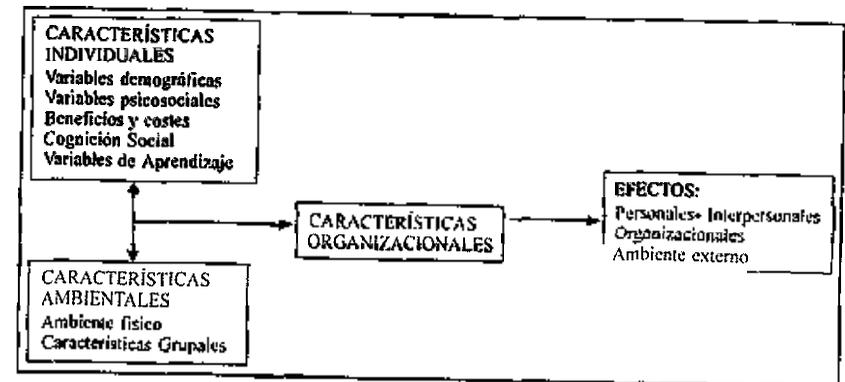
Pueden variar mucho en intensidad y nivel de compromiso:

- Votar
- Firmar una petición
- Dedicar tiempo o dinero a una causa
- Leer artículos de los medios sobre las necesidades de la comunidad
- Boicotear productos
- Ser entrevistado para una investigación comunitaria
- Unirse a un grupo de autoayuda
- Participar en una sesión de debate
- Participar en un comité o grupo de trabajo
- Participar en sentadas y marchas
- Liderar un grupo activista de base en la comunidad
- Trabajar como voluntario
- Dirigir campañas de recogida de fondos para un servicio comunitario
- Ofrecen servicios de consultoría
- Apoyar a un candidato.

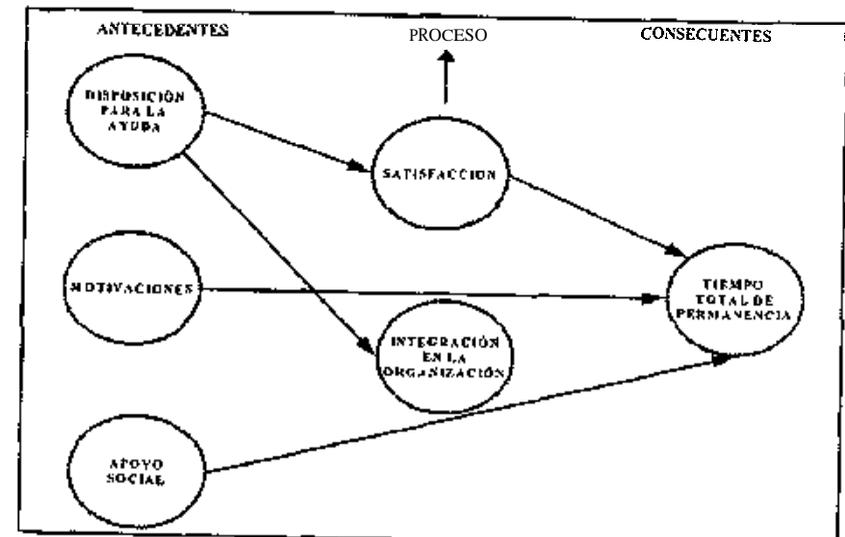
Quisiera aprovechar estas páginas para hacer una reflexión, con un alto componente de autocritica sobre lo que para mi son algunos de los principales problemas de la investigación **psicológica**, y específicamente de la Psicología Social: la falta de acumulación de los resultados científicos, la escasa aplicación de procesos básicos para explicar conductas concretas, y el aislamiento de las investigaciones. Efectivamente acabamos de ver que tanto el voluntariado como los grupos de autoayuda se enmarcan teóricamente dentro de un proceso más amplio

de participación social, son formas de participación social, y son fenómenos que dentro de la psicología aborda en especial la Psicología Comunitaria. Sin embargo los estudios sobre voluntariado no utilizan los descubrimientos de los otras áreas, ni los de grupos de autoayuda citan las principales investigaciones sobre voluntariado; ... y sin embargo las preguntas que se plantean son muy parecidas. Y es lógico, porque los procesos psicológicos subyacentes son los mismos.

Wandersman ha desarrollado un marco teórico de la participación comunitaria.



Omoto y Snyder plantearon en 1995 su estimulante modelo sobre el proceso psicosocial del voluntariado.



No se si ustedes compartirán mi opinión pero considero que ambos procesos se parecen.

Ambos modelos se asemejan bastante, aunque el segundo contiene una dimensión temporal del desarrollo del proceso más **explícita**:

1. Los dos distinguen tres fases que **podríamos** llamar antecedentes de la participación, un segundo momento de proceso **participativo**, y un tercer momento de consecuencias o efectos, en los que Omoto y Snyder además de la permanencia incluyen los cambios de actitudes.
2. En la fase de antecedentes de la Participación ambos modelos incluyen un importante componente de **características** personales: Variables demográficas, Variables psicosociales, Beneficios y costes, **Cognición Social**, Variables de Aprendizaje en el modelo de **Wandersman**; y Disposición para la ayuda (u orientación prosocial), y motivaciones en el modelo de Omoto y Snyder. Sin embargo las características ambientales, como el apoyo social y las características **grupales**, tienen un peso menor en esta fase.
3. En la **segunda** fase del proceso de participación los dos modelos coinciden en que las variables **organizacionales** son las que cobran **protagonismo**: satisfacción, **integración** en la organización, forma, **estructura** y tipo de **organización**, etc.

Esto pone de manifiesto dos necesidades evidentes de la investigación **psicosocial**:

1. La necesidad de prestar más atención a los procesos básicos para comportamientos concretos. Para ejemplificar este aspecto me centraré en el caso de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, y la permanencia en actividades participativas.
2. La necesidad de integrar resultados de ámbitos cercanos de investigación como pueden ser en nuestro caso la participación comunitaria, el voluntariado, la participación en grupos de autoayuda, la participación **organizacional**, para encontrar variables comunes que expliquen estos procesos que tantas similitudes tienen, y poder **así** enriquecer los modelos **específicos**, incrementar su poder predictivo, y al mismo tiempo desarrollar modelos de alcance medio que **permitan** explicar procesos psicológicos mas generales como la implicación en actividades participativas con independencia del contexto en el que se desarrollen. Para ejemplificar este caso, **utilizaré** tres ejemplos:
 - a. las emociones positivas
 - b. el compromiso
 - c. la identidad de rol

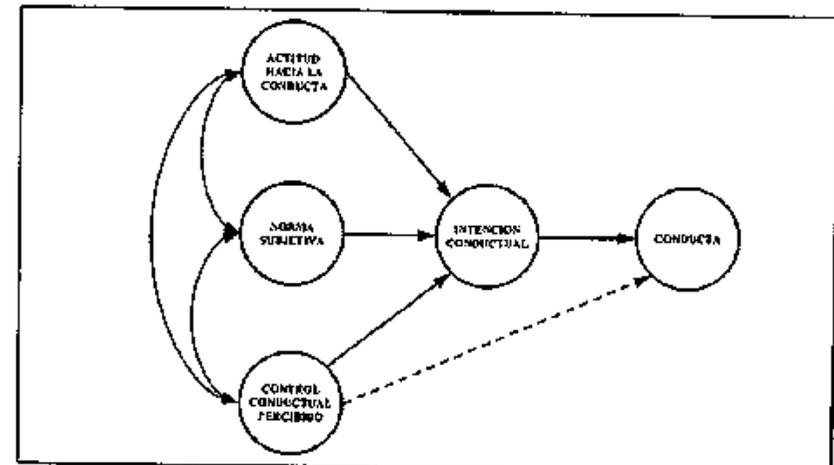
3. LA PREDICCIÓN DE LA PERMANENCIA EN ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS

Uno de las preguntas que se plantean frecuentemente los investigadores de este campo es intentar predecir cuanto van a permanecer las personas que se **inician** en alguna actividad participativa. Algunos estudios arrojan tasas de abandono durante el primer año cercanas al 50% (Lammers, 1991; Stevens, 1991; Vecina, 2001).

Cuando me hago esta pregunta recuerdo lo que dijo aquel clásico de la Psicología: La mejor manera de saber lo que una persona va a hacer es preguntárselo.

Esta afirmación **llevaría** el problema al ámbito de las intenciones **conductuales**, y de la relación entre actitud y conducta. Un tema clásico de la psicología social, con más de 70 años de tradición. Como la participación es una conducta planificada, el modelo teórico que mejor se ajusta a este tipo de comportamiento son las Teorías de Acción Razonada y de Acción Planificada. Como es bien sabido, ambas teorías afirman que la conducta no está determinada directamente por la actitud, si no por la intención conductual de ejecutarla. La intención conductual está, a su vez, influida por la actitud hacia la conducta y por la norma subjetiva. De esta forma, la influencia entre actitud y realización de la conducta es indirecta, produciéndose a través de la intención conductual. Las Teorías de la Acción Razonada y de la Acción Planificada sugieren que la predicción de una conducta, a partir de variables **actitudinales** y **motivacionales** estaria mediada por la intención de ejecutar dicha conducta, ya que suponen que las personas toman decisiones de forma racional, usando **sistemática** información accesible sobre los costes, los beneficios y el control **que** tienen, o cree tener, sobre la ejecución de la conducta (Ajzen, 1985, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975). (Figura 3).

Parecería evidente la relación entre Intención conductual de iniciar una actividad participativa o de permanecer en ella, y la conducta real. Sin embargo sorprende el escaso interés que ha despertado esta variable en los estudios sobre participación social. Sólo muy recientemente está siendo aplicada al ámbito del voluntariado para predecir la incorporación a organizaciones de voluntariado de personas que en principio no los son (Okun & Sloane, 2002; Warburton & Terry, 2000), la intensidad de la dedicación voluntaria (Greenslade & White, 2005) y el tiempo real de permanencia en las organizaciones de voluntariado (Dávila, 2003; Vecina, 2001).



Teoría de la Acción Planificada

Lo cierto es que cuando esta variable se incorpora a los modelos predictivos de permanencia de los voluntarios, se incrementa notablemente su eficacia. las Teorías de la Acción Razonada y de la Acción Planificada. Así, por ejemplo, mientras en el modelo de Omoto y Snyder explica el 26% del Tiempo Total de Permanencia, el modelo Psicosocial del Voluntariado de Vecina y Chacón (Vecina, 2001; Chacón y Vecina, 2002), que incorpora la intención conductual y el conflicto organizacional explica el 63.1% del Tiempo Real de Permanencia. Estas teorías, aplicadas al ámbito del voluntariado sugieren que la predicción de la permanencia de los voluntarios, a partir de variables actitudinales y motivacionales estaría mediada por la intención de ejecutar dicha conducta, ya que suponen que las personas toman decisiones de forma racional, usando sistemáticamente información accesible sobre los costes, los beneficios y el control que tienen, o cree*-tener, sobre la ejecución de la conducta (Ajzen, 1985, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975).

Por tanto parece que las Teorías de la Acción Razonada y de la Acción Planificada son dos buenios sustratos teóricos básicos de la implicación en actividades participativas.

4. EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES COMUNITARIAS Y EN EL VOLUNTARIADO. EL PAPEL DE LAS EMOCIONES POSITIVAS; EL COMPROMISO Y LA IDENTIDAD DE ROL

Kieffer (1984) entrevistó a 15 líderes comunitarios para saber que proceso psicológico les había hecho pasar desde la inactividad a la participación. Todos estos activistas habían atravesado cuatro etapas de desarrollo psicológico del empowerment

1. Etapa de entrada: empieza porque los individuos tienen un fuerte sentido de comunidad, pero en ningún caso eran activistas. Su sentido de comunidad era amenazado por una provocación directa, identificable, tangible.
2. Etapa de avance. Ocurren tres hechos. Todos los entrevistados afirman tener un mentor de fuera de la comunidad, frecuentemente un organizador comunitario, que actúa de modelo, instructor que les aporta apoyo emocional. Segundo, todos informan del apoyo de las relaciones de los iguales de la propia comunidad, frecuentemente a través de las organizaciones creadas para hacer frente a la amenaza. En tercer lugar todos profundizan en su conciencia crítica.
3. Etapa de la incorporación. Implica integrar su aprendizaje y experiencia en un cambio de la identidad personal. Empiezan a verse a sí mismos como líderes.

4. Etapa del compromiso. Marcada por la completa integración de nuevas experiencias e ideas en la mayoría de las áreas de la propia vida y la identidad personal.

Como vemos en las fases de Kieffer, la permanencia a largo plazo en la organización se relaciona con el compromiso con la organización, y la identidad de rol, el cambio en el propio autoconcepto de la persona. Sobre este último apartado Wandersman y Florin (2000) concluyen su revisión de los estudios de Participación Comunitaria diciendo:

"Existe una fuerte relación entre la participación y sentimientos sobre el yo, pero el carácter transversal de los datos no permiten conocer la dirección de la causalidad. Lo más probable es que estas variables influyen en la decisión de participar, y a su vez se amplifican en el proceso de participación, en una espiral recíproca de causalidad." (p. 265).

5. COMPROMISO ORGANIZACIONAL

El compromiso organizacional se define como la identificación e implicación con una organización concreta desde un enfoque afectivo y emocional, lo que supone una fuerte creencia y aceptación de las metas y valores de la organización y la voluntad para realizar esfuerzos considerables como miembro de la organización (Mowday et al., 1979). El compromiso organizacional se ha estudiado hasta la saciedad en el ámbito de la Psicología Organizacional, como una variable esencial relacionada con la satisfacción de los trabajadores y la eficacia de las organizaciones. Sin embargo ha recibido muy escasa atención comparativamente hablando dentro de los estudios de participación social o comunitaria.

Puede aducirse que el compromiso organizacional especialmente con empresas no es comparable con el compromiso con asociaciones o entidades comunitarias. Pero yo creo que básicamente el proceso de construcción del compromiso y los efectos del mismo son muy similares en ambos contextos, que se trata básicamente del mismo proceso básico.

Pero volviendo al tema del compromiso y la participación, me ha llamado poderosamente la atención que en el último libro de Maritza Montero (2004), una relevante Psicóloga Comunitaria venezolana, denominado Introducción a la Psicología Comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos, el habitual capítulo dedicado a la Participación en este tipo de manuales se denomine "Participación y el compromiso en el trabajo comunitario". Me llama la atención por dos hechos la vinculación explícita entre participación y compromiso, y la conceptualización de la participación como trabajo comunitario.

Maritza Montero define el compromiso comunitario como: la conciencia y el sentimiento de responsabilidad y obligación respecto del trabajo, y los objetivos

de un grupo, comunidad, proyecto o causa, que conduce a la persona a acompañar, actuar y responder ante ellos por las acciones llevadas a cabo, e inmediatamente recalca el papel motivador del compromiso y su relación con la **permanencia** en las actividades voluntarias:

"Lo importante en estos sentidos atribuidos al término es el carácter motivador, ya sea de carácter momentáneo o de condición duradera *identificatoria* de una persona. Motivación que suministra fuerza y resistencia en la decisión de *actuar para alcanzar un fin*" (p. 236) (nótese la relación que establece entre permanencia de una actividad e identidad personal)

Como dice Brickman (1987), compromiso es "lo que hace que una persona asuma o continúe un curso de acción cuando las dificultades u otras alternativas positivas influyan a las personas para abandonar la acción". Nos comprometemos en relación a algo, que consideramos digno, valioso, necesario, conveniente de hacer individual o colectivamente.

Montero afirma taxativamente "Hay una relación directa entre participación y compromiso. Al considerar uno se debe igualmente considerar la otra. ...Así a mayor participación mayor compromiso, y viceversa a mayor compromiso, mayor participación". Se fortalecen y aumentan entre sí; cada uno influye cuantitativa y cualitativamente sobre el otro: **participar** supone algún grado de compromiso, tener compromiso; estar comprometido supone mayor grado y calidad de la participación. Montero establece siete niveles de participación:

1. Núcleo de máxima participación y compromiso, suele incluir a los líderes comunitarios, miembros de grupos organizados o de movimientos internos en pro de alguna transformación o de la solución de algún problema.
2. Participación frecuente largo compromiso. Miembros de grupos organizados que no dirigen, pero que participan en todas las actividades. Voluntarios de larga permanencia en una organización.
3. Participación específica, mediano compromiso. Personas que no pertenecen a grupos organizados pero que participan de forma estable. Pueden ser voluntarios de escaso tiempo de permanencia, pero que no se han integrado en el resto de actividades de la organización.
4. Participación esporádica bajo compromiso. Participación esporádica en alguna actividad más o menos motivadora según sus intereses o preferencias. Voluntarios esporádicos.
5. Participación inicial o tentativa. Voluntarios motivados por motivos exclusivamente egoístas como mejora del currículum o iniciales.
6. Participación tangencial, compromiso indefinido. Aprobación acuerdo, firma de peticiones.
7. Curiosidad positiva y amable no hay compromiso.

Según este modelo, el compromiso es necesario para alcanzar niveles de participación medio y altos. De acuerdo con esta propuesta de Maritza Montero, una persona podría empezar la participación en actividades comunitarias por múltiples motivos, como las sensaciones positivas que se alcanzan al realizarlo, o por diversas motivaciones coyunturales incluyendo motivaciones egoístas, como por ejemplo de Desarrollo de Currículum como pone de manifiesto la Teoría funcional de las Motivaciones aplicadas al voluntariado de Snyder, Clary y Omoto. Por tanto por motivos más o menos externos, no incluidos en el autoconcepto. Lógicamente muchas personas que empiezan tienen los motivos internos bien definidos, anclados en valores que conforman su esquema del yo, pero la gran mayoría lo hacen por factores coyunturales. Como pone de manifiesto el estudio de Kieffer, muchas veces incitados por una provocación, por un hecho detonante, o por unos amigos, motivaciones como digo determinadas **extrínsecamente**, en la terminología de Decy y Ryan.

Por eso en un primer momento de la implicación comunitaria, en el que el compromiso es bajo lo lógico es que para predecir la intención de permanecer, sean variables como la satisfacción de las motivaciones, el apoyo social (Omoto y Snyder, 1995), o las emociones positivas surgidas de la realización de las actividades las que se relacionen con la intención de permanencia. Cuando empezamos una actividad solemos pensar y valorar más los aspectos positivos que los negativos, pero poco a poco los costes de tiempo, dinero, burnout, malas interacciones personales, etc. van haciéndose evidentes. En un balance de costes/beneficios aquellos que **están** movidos sólo por factores externos, es muy probable que cuando esto ocurra los beneficios que obtienen no les compensen y abandonen, especialmente si tienen otras alternativas positivas. Por eso la tasa de abandonos en los primeros meses de las actividades participativas es tan alta.

Para superar esta fase, para avanzar en las fases de **empowerment** de Kieffer, para introducirse en los círculos centrales del esquema de Montero se requiere que esos motivos externos se internalicen, que se transformen en compromiso. Por eso para predecir un mayor periodo de permanencia y una mayor implicación, la variable fundamental es el compromiso, esa sensación de que se deben hacer las cosas a pesar de las dificultades porque estamos comprometidos con la **organización**, con los fines, con las personas. Además la introducción del concepto compromiso permitiría integrar la abundante evidencia empírica actualmente existente entre sentido de comunidad y participación comunitaria, ya que el sentido de comunidad puede entenderse como una forma de compromiso. El sentido de comunidad es un vínculo entre el individuo y la comunidad.

La importancia de la variable compromiso organizacional para predecir la permanencia del voluntariado, se ha puesto de manifiesto en un reciente trabajo (Dávila y Chacón, 2004) en la que se encuestaron a una amplísima muestra de voluntarios socioasistenciales, pero también ecologistas, muchos de los cuales se

encuadrarian en la categoría de activistas comunitarios más que en el del voluntariado tradicional. Pues según este estudio, el modelo que mejor se ajusta a ambas muestras sólo tienen en común tres variables: La satisfacción predice compromiso. El compromiso predice intención. La intención predice permanencia.

6. IDENTIDAD PERSONAL

"Lo implicación en procesos participativos que consumen tiempo requiere compromiso. Pero ¿qué sostiene este compromiso?". Dalton. Elías y Wondersmann (2001, p. 358)

Lappe y Dubois (1994) entrevistaron informalmente a ciudadanos implicados en toma de decisiones comunitarias, preguntándoles por las recompensas que obtenían de su participación, en primer lugar resultó: Sentir que mis acciones están en sintonía con mis valores.

La motivación de expresión de valores o expresión del yo de la Teoría Funcional de las Motivaciones es la más citada por los voluntarios de larga permanencia en las organizaciones. Pero los valores forman parte del esquema del yo, de la parte central del autoconcepto, los valores es lo que nos define, y nos da la fuerza para actuar. Recordemos que en la concepción de Maritza Montero sobre el compromiso, éste se relacionaba con la identidad de la persona.

Esto nos remite a otro tema esencial de la psicología social básica el autoconcepto y la constitución de la identidad personal. Para que en el desarrollo del proceso de participación, se alcancen los niveles de mayor compromiso, o para permanecer durante años en una organización comunitaria, o como voluntario es preciso que las personas integren esa característica en su autoconcepto, que se vean asimismo como voluntarios, activistas, líderes, etc. Y esta es precisamente la característica que define la última etapa de desarrollo psicológico del empowerment de Kieffer marcada por la completa integración de nuevas experiencias e ideas en la mayoría de las áreas de la propia vida y la identidad personal. Kelly y Breinlinger (1996) sugieren que los activistas comunitarios se identifican con el grupo al que están asociados. También proponen que necesitan verse asimismo como activistas para implicarse en proyectos de cambio social. Parece claro por tanto que para alcanzar los niveles más altos de compromiso como de participación es preciso integrar esta característica en la identidad personal.

Este aspecto ha sido ampliamente abordado por Pilliavin y Calero en el campo del voluntariado y han desarrollado el llamado Modelo de Identidad de Rol del voluntario. Las conductas de voluntariado, y por extensión las conductas de participación, pueden conceptualizarse como conductas de Rol. El Modelo de Identidad de Rol del voluntario afirma que el ser voluntario durante un periodo prolongado de tiempo aumenta el compromiso con la organización. El mayor com-

promiso a su vez, se traduce en un aumento de la incidencia de acciones a favor de la organización, y todo ello produce cambios en el autoconcepto de los voluntarios que les lleva directamente a la continuidad de las conductas voluntarias.

Cuando el rol voluntario llega a formar parte de la identidad personal, las conductas personales se producen y mantienen con independencia de variables como las normas sociales, ya que las personas ante todo, se esfuerzan por realizar conductas coherentes con su identidad. El modelo sugiere que uno de los mejores predictores de la permanencia es la identidad personal. La incorporación del rol de voluntario a la identidad personal se constituye por, tanto en un Factor explicativo de la permanencia, y de los niveles altos de implicación.

7. MODELO DE LAS TRES FASES DE LA IMPLICACIÓN PARTICIPATIVA

Podríamos perfilar un modelo de tres momentos para predecir la Permanencia en actividades participativas, teniendo siempre como variable mediadora la intención de permanencia:

1. En un primer momento al dominar las motivaciones más externas, el mejor predictor serían la satisfacción de las necesidades y los afectos positivos generados por la propia experiencia participativa. Estos servirían especialmente para los niveles más bajos de participación de Montero. A este tipo de participación parece ajustarse mejor el modelo de Omoto y Snyder.
2. En un segundo momento, para predecir intención de permanencia en periodos más largos de tiempo, es necesario contar con la variable compromiso, la motivación se va haciendo más interna, o al menos son estas las que se mantienen, y como los efectos negativos de la participación se han hecho más evidente no basta con la mera satisfacción de motivos externos, o con estados afectivos positivos, más o menos pasajeros.
3. En un tercer momento para predecir niveles de implicación muy altos o extremadamente prolongados en el tiempo: líderes o miembros muy activos de organizaciones comunitarias, o voluntarios de muy larga duración, o empleados identificados con la empresa completamente es preciso contar con la identidad personal. A este tipo de participación parece ajustarse mejor el modelo de identidad de rol.

En una reciente investigación que se hizo con una muestra de más de 300 voluntarios, se incluyen datos que apoyan esta teoría. El mejor predictor de la intención de continuar a los seis meses es el afecto positivo. El mejor predictor de la intención de permanecer al año es el compromiso y el mejor predictor de permanecer a los dos años es la identidad de rol. Pero además los tres factores, afectos positivos, compromiso, e identidad están interrelacionados entre sí, lo que pone de manifiesto el aspecto dinámico y retroalimentador del proceso participativo, que

ha sido puesto de manifiesto por todos los investigadores del tema, a mayor emociones positivas mayor compromiso e identidad, a mayor compromiso mas emociones positivas e identidad, y a mayor identidad con el rol de **participante** mas emociones positivas se sienten al poder expresar el yo y mas compromiso, generándose lo que algunos autores denominan procesos de empowerment.

Queda por comprobar un supuesto implícito incluido en mi argumentación pero del que aún no he mostrado ninguna evidencia. Se supone que a lo largo del proceso y conforme se van interiorizando los motivos que nos llevan a participar, el efecto de la satisfacción de las necesidades más externas deben ir perdiendo poder predictivo. Para comprobarlo Dávila y Chacón relacionaron un constructo de satisfacción que incluía satisfacción con la gestión, con las motivaciones, y con la actividad voluntaria con los tres constructos predictores de la permanencia: afecto positivo, compromiso e identidad. Pues bien este constructo explica el 66% de la variable afecto positivo, el 60% de **compromiso**, y sólo el 33% de **Identidad Personal**, lo que pone de manifiesto que una vez interiorizado los valores la permanencia es relativamente independiente de la satisfacción.

CAPÍTULO IX

APOYO SOCIAL

Ana Barrón López de Roda

1. INTRODUCCIÓN

Recientemente el ambiente social se ha reconocido como un sistema complejo estructural, cultural, interpersonal y psicológico, con propiedades adaptativas y de ajuste. Es decir, mientras que tradicionalmente se reconocía el impacto negativo del ambiente en la salud, como por ejemplo las consecuencias nocivas del estrés y sus efectos patogénicos al incrementar la vulnerabilidad a padecer distintos trastornos tanto **físicos** como psicológicos, sólo hace unas décadas se ha empezado a reconocer que el ambiente, o algunos aspectos del mismo, pueden tener efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar de las personas. Entre estos elementos del ambiente que favorecen la salud encontramos el apoyo social.

Aunque es en concreto en la década de los 70 donde encontramos el inicio de los estudios sobre apoyo social, hay algunos trabajos clásicos y líneas de investigación anteriores a esa fecha que se pueden considerar antecedentes de los estudios sobre el apoyo social. Entre ellos podemos destacar, en primer lugar, estudios como el de Durkheim (1951) resaltando los efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar de la integración social, así como los estudios ecológicos, como por ejemplo el clásico de Faris y Dunham (1939) sobre los correlatos ecológicos de los trastornos mentales, hallando una asociación entre las tasas de enfermedad mental y las zonas de la ciudad con mayor desorganización social.

En segundo término, otro aspecto que atrae el interés hacia el apoyo social es el descubrimiento de que la mayoría de las personas buscan ayuda para resolver sus problemas no en los profesionales sino dentro de sus propias redes de apoyo

informales. Se reconoce así la importancia de diversos recursos informales de apoyo existentes en la comunidad y su papel en el mantenimiento de la salud mental (Bulmer, 1987). De hecho, esto ha llevado a pensar que la remisión espontánea es debida en parte a la ayuda y consejo que las personas reciben de los ayudadores informales, y que el apoyo formal puede necesitarse principalmente para compensar una falta de recursos ambientales alternativos.

En cualquier caso, y teniendo en cuenta estos antecedentes, es con la publicación de tres artículos sobre los efectos protectores sobre la salud de los lazos primarios en los años 70 cuando el apoyo social se reconoce como un tema clave de investigación. Se trata de los artículos de Cobb (1976), Cassel (1976) y Caplan (1974), en los que se defiende, en general, que la relación entre los estresores sociales y el malestar psicológico es interactiva, es decir el apoyo social protege de los efectos del estrés. Asimismo estos autores sostienen que dado que en muchas ocasiones es imposible evitar la exposición a los estresores, las intervenciones deberían encaminarse a fortalecer el apoyo social.

A partir de entonces, surgen multitud de trabajos sobre los efectos del apoyo social sobre la salud y el bienestar.

2. DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL

No es una tarea sencilla la de definir el apoyo social. Y ello por distintos motivos, como por ejemplo, el enorme número de definiciones existentes, las numerosas relaciones y evaluaciones que implica, y las variadas actividades que se han incluido bajo dicho término (Barrón, 1996). Como muestra, daremos sólo unos cuantos ejemplos de conductas que se incluyen en el concepto de apoyo social: escuchar, demostrar cariño o interés, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, estar casado, visitar a un amigo, pertenecer a asociaciones comunitarias, sentirse amado, dar consejo o guía acerca de la actuación, expresar aceptación, empalmar y un largo etc. Aspectos, por cierto, que todos ellos forman parte del concepto de apoyo social y que están relacionados.

A la hora de aproximarnos al concepto de apoyo social, a mi juicio, una idea debe guiarnos, y es que el apoyo social es un concepto claramente interactivo, que se refiere a transacciones entre personas (Felton y Shinn, 1992). Pero en definitiva nos enfrentamos a un concepto complejo, que se interpreta de distintas formas y que incluye una variedad de fenómenos.

Existen muchas definiciones de apoyo social. Frecuentemente se ha definido de forma operacional, como existencia o cantidad de relaciones sociales en general o de algún tipo en particular (pareja, amigos). También se ha definido según la estructura de estas relaciones (Pearlin, 1985). En otras ocasiones se ha definido según las funciones que cumple (Thoits, 1985). Asimismo, también en algunas ocasiones se conceptualiza en términos cognitivos, subjetivos (Cobb, 1976).

Tratando de integrar los diferentes elementos, podríamos decir que el apoyo social incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida (Barrón, 2003). En esta definición se tienen en cuenta las distintas funciones que cumple el apoyo social (emocional, material e informacional), la fuente de la que procede el apoyo (relaciones íntimas, grupos o comunidad) así como la diferenciación entre el apoyo real, recibido, y la percepción y satisfacción con el mismo.

Por tanto, el apoyo social incluye aspectos estructurales y funcionales. Asimismo hay que tener en cuenta que la transacción de apoyo ocurre en un contexto. De cada uno de estos elementos (estructural, funcional y contextual) hay factores que afectan a la eficacia de la transacción de apoyo. Por ello se suelen distinguir tres grandes perspectivas en el estudio del apoyo social:

2.1. Perspectiva estructural

Desde esta perspectiva se analizan las condiciones objetivas, la estructura de las relaciones sociales que rodean el apoyo social. Se analiza la red social utilizando medidas objetivas (López Cabanas y Chacón, 1997). Su desventaja es que en el análisis de red pueden incluir relaciones que en vez de ser de apoyo son origen de conflictos.

Los datos empíricos apoyan la idea de que las redes sociales ofrecen apoyo crucial para el bienestar psicológico (Phillips y Fischer, 1981; Orth Gomer, 1994). Pero para comprender esta relación hay que especificar los tipos de redes que contribuyen en mayor medida al bienestar. En este sentido, las dimensiones más estudiadas de las redes sociales han sido el tamaño (número de personas que componen la red, relacionándose positivamente con la salud y el bienestar), la densidad (interconexión entre los miembros independientemente del sujeto central, siendo en este caso negativa su relación con la salud), homogeneidad de los miembros de la red en alguna dimensión, parentesco (si la red esta formada fundamentalmente por familiares o no), etc.

Si bien la existencia de una relación social no puede asimilarse a obtener apoyo de la misma, Gottlieb (1981) sugiere que la evaluación de las redes sociales proporciona una información clave, que es la potencialidad del ambiente social para ofrecer apoyo a sus miembros. Es decir, la estructura de la red social determina la disponibilidad potencial de las distintas funciones de apoyo.

2.2. Perspectiva funcional

Desde esta perspectiva el énfasis se sitúa en los aspectos cualitativos del apoyo y en los sistemas informales de apoyo. Se han propuesto multitud de funcio-

nes que puede cumplir el apoyo social, pero todos los autores que trabajan en el tema coinciden en destacar tres grandes funciones (Barrón, 1996):

1. Apoyo emocional: Incluye cualquier expresión de afecto, cariño, simpatía, empatía, etc. En definitiva, un elemento importante de este recurso es la experiencia de sentirse amado, aceptado y valorado por los demás. Hay importantes diferencias en sintomatología entre las personas que tienen relaciones que cumplen adecuadamente esta función y las que no, y el mecanismo a través del cual se cree que se relaciona con la salud es la autoestima.
2. Apoyo material: Se trata en este caso de acciones o materiales proporcionados por otras personas que ayudan a resolver problemas prácticos o que permiten cumplir las responsabilidades cotidianas (cuidar niños, prestar dinero, etc). Se hipotetiza que fomenta el bienestar al disminuir las sobrecargas de tarea dejando tiempo libre para actividades reforzantes. Pero para que tenga realmente efectos beneficiosos es importante que el receptor de la ayuda no se sienta en deuda, porque en ese caso este tipo de apoyo puede incrementar el estrés.
3. Apoyo informacional: Nos referimos en este caso a información, consejo o guía que ayuda a las personas a comprender el mundo y/o ajustarse a los cambios que se producen en él.

Los tres tipos de apoyo tienen efectos beneficiosos en la salud. Nos podríamos plantear cuál de todos ellos es más eficaz. En este sentido, Cohen y McKay (1984) proponen lo que ellos llaman modelo de *especificidad del* apoyo, que coincide con lo que Hobfoll (1985) denomina congruencia *ecológica* del apoyo, que sugiere que, a priori, ningún tipo de apoyo es más eficaz que otro, sino que el apoyo será eficaz cuando se ajuste al problema que hay que resolver. En función del tipo de amenaza será más eficaz uno u otro. Asimismo, y en esta misma línea, Cutrona y Russell (1990) nos recuerdan que los distintos problemas que afrontamos tienen diferentes dimensiones y evolucionan a lo largo del tiempo, siendo necesario adecuar el tipo de apoyo que se ofrece a lo largo de una serie de dimensiones, lo que nos lleva a la tercera y última perspectiva de estudio en el apoyo social.

2.3. Perspectiva contextual

Un adecuado modelo predictivo de la relación entre apoyo social y salud debe tener en cuenta el contexto socioambiental en que el apoyo es percibido, aportado y/o recibido. Por tanto, para lograr que el apoyo sea eficaz habrá que tener en cuenta aspectos como la fuente o procedencia del apoyo, momento en el que se da el apoyo, duración del mismo, etc. Además, dada la importancia de los factores cognitivos en el proceso de estrés, el donante del apoyo debe ser capaz de comprender como experimenta subjetivamente el estresor la persona que lo sufre,

para ajustar el tipo de apoyo a las necesidades que suscita el problema pero tal como lo percibe el individuo (Vaux, 1988). Así, mientras que para unos el paro es una amenaza de tipo económico, para otros puede poner en peligro su autoestima, variando el apoyo que será adecuado en cada caso.

3. TEORÍAS SOBRE EL EFECTO DEL APOYO SOCIAL

Se han propuesto distintos modelos teóricos sobre los efectos del apoyo social sobre la salud y el bienestar. Una buena revisión de los mismos queda recogida en Vaux (1988), Ensel y Lin (1991), Fernández Rios y otros (1992), Gracia y otros (1995) y López Cabanas y Chacón (1997).

En general, y como es bien sabido, se han hipotetizado dos tipos de efectos:

3.1. Efecto directo

Según esta hipótesis, el apoyo social influye en la salud y bienestar directamente, es decir, independientemente de otras fuerzas ambientales, particularmente el estrés. En este sentido, y según esta hipótesis, a mayor nivel de apoyo social mejor salud y mayor bienestar, lo cual no quiere decir que en presencia de estrés deje de actuar. Esta hipótesis ha recibido abundante apoyo empírico, mostrando un efecto directo del apoyo social sobre la mortalidad, así como una relación con distintas enfermedades (Kaplan y Toshima, 1990; Gorkin y otros, 1994).

3.2. Efecto protector

Se hipotetiza asimismo que el apoyo social tiene un efecto de protección frente al estrés. Su papel fundamental consistiría en proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés. Al igual que en el caso anterior, esta hipótesis también ha recibido numerosa evidencia a su favor, amortiguando el impacto de los eventos vitales estresantes (Dracup, 1994). Los estresores vitales sólo parecen tener consecuencias nocivas en las personas con un nivel bajo de apoyo social.

¿Mediante qué mecanismos puede tener estos efectos? A este respecto se han hecho distintas propuestas (Vaux, 1988, Gottlieb, 1983; Cohen y otros, 1985; Cohen, 1988; Berkman, 1995; Cohen y Ashby, 1985; Cohen y Syme, 1985) que podrían resumirse de la siguiente manera:

1. *Efecto* directo: El apoyo social procedente de nuestras relaciones sociales podría tener este efecto bien mediante la prevención de estresores, evitando la exposición a los mismos, bien por su efecto en las conductas de salud o bien por su impacto en las respuestas fisiológicas.

2. *Efecto protector*: En este caso, el apoyo social puede proteger de los efectos del estrés al influir en las evaluaciones, tanto en la evaluación primaria, provo-

cando una evaluación más benigna del estresor, como en la evaluación secundaria, provocando una reevaluación más favorable de nuestros recursos de afrontamiento, o también puede proteger de los estresores influyendo directamente en las conductas de afrontamiento.

En cualquier caso, los modelos de efecto directo y protector no tienen por qué ser mutuamente excluyentes, y de hecho, numerosos estudios obtienen datos favorables a ambos (Monroe, 1983; Lin y otros, 1985). Dada la incomparabilidad de medidas, diseños, etc entre los distintos estudios, no es fácil saber cuando aparecerán sólo efectos protectores, en cuales sólo efectos directos y cuando ambos. A este respecto se han propuesto también varias hipótesis (véase Barrón, 1996), pero los datos sugieren que aparecen efectos de protección al evaluar aspectos funcionales del apoyo, mientras que aparecen efectos directos al tomar medidas estructurales del mismo. Parece por tanto que algunos recursos actúan fundamentalmente en presencia de estrés, en respuesta a las necesidades que suscitan los problemas, mientras que la integración social opera manteniendo los sentimientos de bienestar independientemente del nivel de estrés.

4. EFECTOS DEL APOYO SOCIAL SOBRE LA SALUD

La ausencia de apoyo social se ha relacionado con un incremento de la vulnerabilidad a padecer distintos trastornos, mientras que un buen nivel de apoyo social en sus vanas formas se relaciona con mejor salud y bienestar.

Por lo que respecta a la salud mental, la falta de apoyo social se ha relacionado con trastornos como depresión, neurosis y esquizofrenia (Pattison y otros, 1975; Gottlieb, 1983). En cuanto a su impacto sobre la salud física, su efecto beneficioso hoy en día está fuera de toda duda, y ha sido puesto de manifiesto en distintos estudios epidemiológicos, tanto longitudinales como transversales y controlando el efecto de los factores de riesgo tradicionales (Barrón, 1996). Entre estas enfermedades destacaremos, a modo de ejemplo el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, puesto que son las dos principales causas de muerte en los países industrializados.

En el caso del cáncer, el apoyo social juega un papel no sólo en la etiología de la enfermedad sino también en el ajuste a la enfermedad. Los pacientes con un bajo nivel de apoyo social tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, tener hospitalizaciones más largas y mayores tasas de mortalidad en un periodo de cinco años. Asimismo, la pérdida de apoyo social (divorcio, separación, enviudar, etc) se relaciona con mayor riesgo de padecer cáncer (Klemm y Hardie, 2003).

También hay evidencia de su relación con los trastornos cardiovasculares, influyendo tanto en su etiología, como muestra la excelente revisión de estudios epidemiológicos llevada a cabo por Orth Gomer (1994) mostrando el impacto etiológico del apoyo social en las enfermedades coronarias, en distintos países y con

distintas muestras, así como influyendo también en la recuperación de los mismos. En este último sentido, la recuperación de la enfermedad, los datos de Corace y Endler (2003) de pacientes incluidos en 6 programas de rehabilitación cardíaca muestran que los pacientes con altos niveles de apoyo social se recuperaban en menos tiempo, manifestaban un mayor bienestar psicológico y calidad de vida así como un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas que los pacientes con bajo nivel de apoyo social. De hecho, parece ser uno de los principales predictores de ajuste en pacientes infartados durante el periodo de rehabilitación (Shen y otros, 2004).

De los efectos beneficiosos del apoyo social se derivan intervenciones encaminadas a potenciar o mejorar las redes sociales. De estas intervenciones las más conocidas son los grupos de autoayuda que serán objeto de tratamiento en otro capítulo de este libro, y que están obteniendo buenos resultados en distintos ámbitos. En este sentido, y para terminar, no quiero dejar de destacar las nuevas posibilidades que ofrece internet, al introducir una nueva dimensión de conexión social, como muestra la reciente, pero con un crecimiento vertiginoso, bibliografía sobre el tema (Davison y otros, 2000; Nokes y otros, 2003; Campbell y otros, 2001; Robinson y Turner, 2003; Winzelberg y otros, 2003). Puede que estos grupos abran una nueva vía de apoyo social para personas con problemas especialmente incapacitantes o estigmatizantes.

CAPÍTULO X

LOS GRUPOS DE APOYO SOCIAL Y AUTOAYUDA

*M^{ra} Isabel Hombradas Mendieta
Clara Martínportugués Goyenechea*

I. ¿QUÉ SON LOS GRUPOS DE APOYO SOCIAL Y AUTOAYUDA?

Los grupos de apoyo aparecen como una alternativa al modelo de salud tradicional, han surgido en diferentes campos tales como las adicciones, las enfermedades físicas y mentales, las crisis vitales, etc., por lo que se dirigen principalmente a **grupos** de riesgo, situaciones de crisis, transiciones vitales o personas con problemas crónicos. Se fundamentan en las **teorías** del apoyo social haciendo especial hincapié en el efecto protector del mismo.

Una definición clásica de los grupos de apoyo es la de Katz y Bender (1976) que los definen como aquellos **grupos pequeños** constituidos voluntariamente para alcanzar un fin específico. Suelen estar integrados por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente para satisfacer una necesidad común, superar un **hándicap**, alcanzar un deseo social o conseguir un cambio personal. Los miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no pueden ser satisfechas por **las** instituciones sociales existentes. Enfatizan las interacciones cara a cara y la responsabilidad personal en la solución de los problemas intercambiando recursos y diferentes tipos de apoyo.

En estos grupos se potencia el poder de las personas para ayudarse a sí mismas y para ayudar a otras personas a ayudarse a sí mismas (Hess, 1982), al contrario que otras formas de ayuda, los **grupos** de apoyo facilitan el desarrollo de la autonomía personal. Desde la perspectiva de la Potenciación (**empowerment**)

los grupos de apoyo son considerados como un buen ejemplo de estrategia de intervención basada en los principios de dicha perspectiva (Hoinbrados y Gómez, 2001). Estos gmpos intentan devolverles a los sujetos el control sobre sus propias vidas, los sujetos se convierten en participantes activos en el desarrollo de recursos, en el afrontamiento de situaciones problemáticas y en la provisión de apoyo. La persona puede **ayudar** convirtiendo su experiencia personal en un potencial de ayuda para sí misma y para otros (Riessman, 1995).

En general, los grupos de apoyo ofrecen apoyo, proporcionan sentimientos de pertenencia y desarrollan el poder de los individuos, (Katz, 1993).

Términos como autoayuda, apoyo o ayuda **mutua** se han utilizado indistintamente para referirse a gmpos cuya estrategia va encaminada a crear vínculos sociales basados en la prestación mutua de apoyo. En este sentido, Gottlieb (1988) hizo una diferenciación comúnmente aceptada: los grupos de apoyo están dirigidos por un profesional, están limitados en el tiempo, el número de miembros es fijo y combinan la experiencia con el conocimiento experto. Los grupos de autoayuda no están limitados en el tiempo y funcionan autónomamente sin la presencia de un profesional, aunque alguna vez puedan buscar ayuda profesional o **institucional**. En la actualidad, para la **mayoría** de los autores (Taylor, Falke, Shoptaw y Lichtman, 1986; Barrón, 1996) estas no son categorías diferentes o grupos independientes, ambos pueden formar parte de un continuo donde al principio el grupo es dirigido por un profesional hasta que se consigue su **autonomía** como grupo de autoayuda

2. FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE APOYO Y AUTOAYUDA

Las funciones más reconocidas de los gmpos de apoyo son las definidas por Levine y Perkins (1987):

- a) Promueven el sentimiento psicológico de comunidad ya que proporcionan un sentimiento de pertenencia a una estructura social amplia y un sentimiento de vinculación con otras personas.
- b) Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria. El conocimiento adquirido a través de las experiencias vividas particulares y el conocimiento de otras experiencias sirven a los miembros del grupo para afrontar sus circunstancias especiales.
- c) Ofrecen una oportunidad para la crítica mutua al compartir los miembros experiencias similares lo que da lugar a estrategias consensuadas que proceden del grupo y al fomento de la solidaridad **grupal**.
- d) Proporcionan modelos de conducta: Los papeles son absolutamente intercambiables, las conductas positivas sirven como modelo a los demás miembros del gmpo por lo que se fomenta la comparación social ya que

todos los miembros pueden expresar conductas que pueden servir como modelos para los demás.

- e) Enseñan estrategias efectivas de afrontamiento: los grupos de apoyo permiten desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces. El objetivo de estos gmpos no se limita a expresar experiencias y sentimientos comunes sino que en ellos los participantes desarrollan los recursos necesarios para afrontar las circunstancias por las que atraviesan y la búsqueda de soluciones.
- f) Facilitan el acceso a una red de relaciones, esta red igualitaria reduce el aislamiento y mitiga los aspectos negativos. La creación de nuevos lazos y la ampliación de las fuentes de apoyo constituye un objetivo esencial.

Los grupos de apoyo son sistemas informales de ayuda, son grupos voluntarios de sujetos que comparten una situación problemática **común**. Aunque existen al menos cinco características fundamentales que los diferencian de otros sistemas de ayuda naturales como la familia o los amigos (Herrero, 2004):

- Los miembros comparten un problema común: La percepción de que comparten un problema común facilita la comparación social y hace que disminuyan las **autoevaluaciones** negativas.
- El **estatus** de los miembros es de igual a igual: Entre los miembros del grupo no se establecen **jerarquías** y se ha de garantizar la participación por igual de todos ellos.
- Todos los miembros reciben y proporcionan apoyo: Este es un aspecto fundamental ya que el hecho de proporcionar ayuda y recibirla del grupo les hace desarrollar un papel activo en el proceso de afrontamiento y aumenta la percepción de reciprocidad en la prestación del apoyo.
- Persiguen un objetivo definido: Los gmpos de apoyo se organizan conforme a unas **normas** compartidas y se marcan unos objetivos para alcanzar el cambio o ajuste psicosocial necesario.
- Funcionan autónomamente: Los miembros del gmpo han de descubrir que poseen los recursos necesarios para afrontar sus problemas. Las soluciones no provienen directamente del profesional sino del propio gmpo. El profesional adopta un papel de **facilitador**.

El objetivo de este forma de intervención es crear un proceso de interacción, que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas **optimizando** el ajuste entre las necesidades y las provisiones sociales y emocionales que se producen (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).

3. EFECTIVIDAD DE LOS GRUPOS DE APOYO SOCIAL Y AUTOAYUDA

Se han utilizado diferentes marcos teóricos como las **teorías** de atribución social, teorías de roles, clima social, etc., para explicar la efectividad de estos

grupos aunque las teorías explicativas más comúnmente aceptadas señalan como conceptos explicativos básicos:

- El apoyo social: Las intervenciones basadas en el apoyo social han mostrado efectos muy beneficiosos para los sujetos participantes (Hombrados, Perles, Martíportugués, 1993; Hombrados y García 2003). Especialmente en los grupos de apoyo se hace hincapié en la relación, evitando el aislamiento y en el efecto protector, desarrollando conductas de afrontamiento adecuadas que emergen del propio grupo.
- La teoría de la atribución social: En los grupos de apoyo y autoayuda los sujetos aprenden a realizar atribuciones externas sobre las causas de los problemas (la causa está en el entorno social), evitando la culpabilización; e internas sobre la solución de los problemas (la respuesta está en el sujeto) lo que aumenta la percepción de control y de responsabilidad a la hora de resolver las diferentes situaciones.
- Teoría de la equidad: la creación de redes simétricas de personas que comparten un problema común hace posible que se produzca un intercambio recíproco entre redes sociales similares. Para que el apoyo social funcione ha de ser recíproco, la percepción de asimetría o desigualdad entre las redes sociales produce efectos negativos que producen disminución de la autoestima o percepción de dependencia (Hombrados, Martíportugués, Perles y Gómez, 1993). Los grupos de apoyo y autoayuda permiten intercambios recíprocos de apoyo entre las redes lo que garantiza a lo largo del tiempo beneficios para las personas implicadas.
- Teoría de escenarios de conducta: Desde la perspectiva ecológica los grupos de apoyo incrementan los recursos adaptativos de los sujetos, amplían las respuestas de afrontamiento y permiten una interacción adecuada con el entorno ya que en los grupos se atienden las demandas de los sujetos en el entorno social en el que se encuentran.

J. FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS DE APOYO SOCIAL Y AUTOAYUDA

Uno de los recursos más valiosos que dispone la intervención psicosocial para afrontar los problemas de adaptación, aceptación o solución de las eventualidades que se presentan en el transcurso de la vida de los individuos (alcoholismo, tabaquismo, depresión, enfermedades crónicas, problemas de salud graves, etc.) es la posibilidad de formar parte de un grupo de apoyo o de ayuda mutua. Los grupos de apoyo o de ayuda mutua resultan ser un complemento a los vacíos socio-sanitarios que canaliza las necesidades psicosociales de los individuos favoreciendo la creación de un compromiso social fundamentada en la participación y en la responsabilidad social (Rodríguez-Marin, 1995).

La literatura que ha abordado esta forma de afrontamiento a los problemas se apoya, básicamente, en tres campos de actuación psicosocial: estrés afrontamiento y adaptación, psicología de los grupos y apoyo social. Por otra parte, si revisamos la literatura *amateur* encontrada en Internet y/o en otros recursos bibliográficos, generalmente incluyen aspectos informativos, estructurales y procedimentales que rigen el funcionamiento del grupo específico al que hacen referencia, así como la posibilidad de enlazar en la red con otros asociados, participar en foros de debate o tener acceso a las noticias relacionadas con el problema que es común a todos los participantes. Sirvan de ejemplo algunos de los grupos a los que puede acceder en nuestro país cualquier curioso interesado en este tipo de intervención grupal y que, generalmente, sirven de complemento a otro tipo de terapias (Fraternidad de Autoayuda, Asociación Madrileña de Enfermedades Neuromusculares, Grupos de Autoayuda para Alcohólicos, Grupos de Autoayuda para familiares de Alzheimer, Grupos de Autoayuda sólo para mujeres, etc.). Este sería el extremo del iceberg de una lista interminable.

Sería injusto infravalorar el aporte teórico y empírico que nos proporciona la psicología en nuestra actuación profesional, pero también sería ingenuo creer que el mero conocimiento teórico nos garantiza el éxito en la gestión de los grupos de apoyo y/o de ayuda mutua.

En este apartado vamos a tratar de proporcionar algunas propuestas metodológicas que pueden servir de ayuda a los profesionales que tengan que coordinar o dirigir algún grupo de apoyo o autoayuda ya que uno de los aspectos más controvertidos en relación a los grupos de apoyo tiene que ver con la puesta en marcha de los mismos.

La propuesta metodológica más aceptada es la de Cá y Wainer (1994) que, desde un enfoque gestáltico, dan las siguientes pautas:

- Los participantes comparten su historia o circunstancia desde la experiencia del "aquí y ahora". Lo que importa en los grupos de apoyo es el presente aunque sea un recuerdo o un hecho pasado.
- Se debe buscar la autorresponsabilización, por lo que es importante que las frases utilizadas se personalicen para no desvincular a la persona de sus actos y emociones.
- Ayudar a las personas a que conviertan los adjetivos y sustantivos en verbos (p.e. a veces me siento solo en lugar de soy una persona solitaria) ya que las expresiones más abiertas permiten profundizar más en las situaciones.
- No hay que hablar del grupo fuera del grupo ni hablar de nadie que se encuentre ausente del grupo.
- No forzar a los participantes a decir algo que no quieran decir, respetar el proceso de participación de cada persona y no hacer juicios de valor de lo que se expresa ante el grupo.

- Proporcionar ayuda recurriendo a los propios medios que poseen los **participantes** del grupo. Para no desarrollar una situación de dependencia ninguna persona ha de erigirse en "consejero", más bien cada persona ha de responsabilizarse de su propio proceso de cambio.

Villalba (1996) presenta una propuesta metodológica interesante para poner en marcha los grupos de apoyo. Hace especial hincapié en el proceso de acompañamiento del profesional, que no debe ser superior a seis meses si se quiere que el grupo alcance su autonomía. De acuerdo con esta propuesta se describen cuatro fases:

- Primera Fase: El objetivo fundamental es poner en conocimiento de los miembros del grupo las bases históricas y teóricas de la autoayuda, la metodología de las sesiones y las normas del grupo. La duración de esta fase puede ser de un mes y el profesional desempeña un papel de informador y formador del grupo.
- Segunda Fase: El objetivo fundamental es entrenar en la práctica metodológica de autoayuda. El papel del profesional es formativo y estará presente en las sesiones al menos durante tres meses.
- Tercera Fase: El objetivo principal es que el grupo lleve las sesiones sin el acompañamiento del profesional. El profesional está sólo como observador y supervisor, interviene al final de las sesiones para comentar lo que le ha parecido. Esta fase puede durar un mes.
- Cuarta Fase: El objetivo es que el grupo consiga su autonomía, por lo que realiza las sesiones sin la presencia del profesional. El profesional está en otro espacio diferente y se mantiene como figura de apoyo y supervisión. La duración puede ser de un mes.

Hombrados, García y Martíportugués (2004) realizan también una propuesta para el desarrollo y dinámica interna de los grupos de apoyo. La información se ha estructurado en distintas fases, relacionadas con la cronología de la intervención. Desde la captación de los participantes, hasta la autogestión del grupo como objetivo final deseado. También se ha tenido en cuenta, las diferentes evaluaciones realizadas a través del proceso de intervención.

4.1. Fase previa de captación de participantes

En algunas ocasiones, la demanda de la formación de un grupo de apoyo y/o de autoayuda puede provenir de organizaciones que detectan esta necesidad asistencial. Generalmente, se trata de centros hospitalarios o asistenciales que ofertan estos grupos como una alternativa complementaria al tratamiento médico (grupos de apoyo social para pacientes ostomizados, diabéticos, drogodependientes, etc). En estos casos, el profesional, además de la presentación del proyecto de intervención, deberá tener en cuenta la presentación de una "hoja de solicitud" para los

usuarios que estén interesados en participar. Es recomendable que incluya una breve información sobre los objetivos del grupo, el lugar donde se va a realizar (dentro o fuera de la organización), los horarios establecidos y la información necesaria para acceder a la persona de contacto (teléfono, correo electrónico, fax y página Web). También es conveniente incluir en la "hoja de solicitud" los datos personales del participante, con el fin de conocer las características elementales de los usuarios que quieren participar (edad, sexo, estado civil y forma de contactar con el solicitante). Resultan un buen complemento informativo la utilización de carteles, anuncios en los medios de comunicación y crear una página Web para agilizar el procedimiento de información y captación de usuarios.

4.2. Fase de formación

4.2.1. Selección y evaluación de los miembros del grupo

Es importante a la hora de trabajar con grupos seleccionar a los miembros de forma adecuada. Para ello se ha de emplear varias sesiones de evaluación donde, además de informar sobre los grupos de apoyo, se tienen en cuenta las necesidades particulares, las características personales y las propias expectativas de los participantes, ya que la homogeneidad del grupo garantiza en cierta medida el éxito de la intervención.

4.2.2. Formación del grupo

Las primeras sesiones son especialmente importantes, en ellas tienen lugar la formación del grupo, la presentación de los profesionales, el establecimiento de las normas del grupo, etc.

Por tanto, se pasan a describir los aspectos concretos para poner en funcionamiento los grupos de apoyo social:

a) **Presentación y toma de contacto.** Se comienza con la presentación de los profesionales del grupo, se explica nuevamente qué son los grupos de apoyo social y los objetivos que pretenden, ya que los miembros informados suelen mostrar una

mejor adaptación. La dinámica a seguir en todo el proceso es la siguiente:

Presentación de los profesionales: Los profesionales encargados de formar y asumir la función de dirección del grupo han de estar entrenados en dinámicas de grupo y en grupos de apoyo social. El grupo ha de tener claro el papel del profesional, este ha de actuar como moderador, punto de apoyo y fuente de información. Lieberman (1989) ha señalado tres estrategias básicas del profesional: la transferencia de tecnología, aportando habilidades técnicas a través de la educación, formación y supervisión; El asesoramiento, especialmente en las etapas iniciales de formación y el desarrollo de nuevos grupos.

En concreto a los participantes se les dan a conocer los siguientes aspectos del trabajo del profesional:

Ayudarán a definir y delimitar los temas de trabajo, y ayudarán a identificar y expresar las necesidades de los participantes.

Fomentarán que sean los propios miembros del grupo los que, a raíz de su propia experiencia, ofrezcan estrategias de afrontamiento.

Propondrán técnicas, actividades, juegos o dinámicas de grupos que sirvan de apoyo al tema que se esté trabajando durante la sesión.

Garantizarán la estructura de funcionamiento de las reuniones y guiarán las sesiones buscando la participación de todos los miembros, fomentando la cohesión, la calidad del apoyo, la empatía, la confianza, la confidencialidad y el buen clima del grupo.

Les ayudarán a tomar conciencia de los recursos de los que disponen.

Ayudarán a que los miembros del grupo progresivamente vayan aumentando su autonomía y asumiendo su responsabilidad personal en la solución de los problemas reservándose el papel del profesional a tareas de consejo y orientación en temas y casos puntuales.

El grupo debe saber desde el principio que han de jugar un papel activo en la solución de problemas.

– **Presentación de los miembros del grupo:** Se le pide al grupo que se presente. Para que los miembros del grupo se vayan conociendo, se inicia un turno de presentaciones a través de una dinámica grupal, donde cada miembro del grupo debe decir su nombre, alguna afición y el objetivo que tiene respecto al grupo. Es de especial interés: Motivo por el que acuden, qué esperan del grupo, que esperan del profesional, que temas les preocupan, etc.

– **Definición del grupo de apoyo social:** Se corrigen las ideas erróneas que tengan acerca de las cuestiones planteadas y se define el grupo de apoyo social. A los participantes les debe quedar claro que:

Son personas que se reúnen para resolver una situación problemática común.

El objetivo es proporcionar apoyo mutuo.

Se dan estrategias de solución entre todos, unas veces unos darán las estrategias y otras las recibirán.

Se fomentará la autonomía del grupo.

b) **Establecer horarios, frecuencia y duración de las sesiones.** Es importante que los miembros del grupo participen en la definición del marco horario en el que se van a desarrollar los grupos. En esta primera fase de formación y evaluación del grupo las reuniones son semanales y abarcan el primer mes.

c) **Establecer las normas del grupo.** En el grupo es necesario aceptar y respetar unas normas. Se debe hacer hincapié en aspectos como el compromiso de asistencia a las reuniones, así como el respeto a los horarios y la puntualidad. Por

otro lado se debe informar del derecho y deber de la confidencialidad, así como la necesidad de que la participación sea activa, pero siempre sin realizar críticas destructivas hacia los demás y respetando las intervenciones, propuestas y soluciones que planteen los demás. Es fundamental que los integrantes del grupo entiendan y acepten que el grupo como entidad tiene más capacidad que cada persona individualmente, y que, por tanto, al ser tomadas las decisiones entre todos y por consenso, la opinión de cada miembro tiene el mismo peso. De forma resumida las normas se refieren a: respetar la confidencialidad, respetar las intervenciones de los miembros, sus opiniones y su forma de exponer los temas, no realizar críticas destructivas, tomar las decisiones por consenso, etc.

Tras la exposición de las normas se le pide al grupo su opinión acerca de las mismas, si creen que son necesarias, si incluirían alguna nueva y si están dispuestos a aceptarlas.

Esta primera fase ocupa el primer mes.

4.3. Fase de desarrollo

4.3.1. Definición del contenido de las sesiones

El contenido de los temas varía dependiendo de la población y tipo de problema con el que se trabaje. En este momento se le sugiere unos posibles temas y se le pide que en función de sus necesidades hagan propuestas concretas. A partir de aquí, se elabora una lista con las cuestiones que les resultan más necesarias y es el grupo quien decide por qué temas comenzar, el objetivo específico que persiguen con cada una de las propuestas y el compromiso por parte de todos para llevarlos a cabo.

4.3.2. Desarrollo de las sesiones

En este momento es importante tener presentes las pautas recomendadas por Cá y Wainer (1994) para el desarrollo de las sesiones y las estrategias básicas que debe poner en marcha el profesional propuestas por Lieberman (1989).

Las sesiones, todas han de tener una estructura similar aunque lógicamente todas se deben adaptar a las necesidades específicas del grupo. Al principio de cada sesión, antes de comenzar, se deja un tiempo para que los miembros entren en contacto de manera informal, la formación de lazos afectivos entre ellos es fundamental para el buen funcionamiento del grupo. Se inicia la sesión comentando las actividades o tareas propuestas en la sesión anterior, se analizan las posibles dificultades surgidas y el grupo da soluciones alternativas. Después se introduce el tema de cada sesión de forma clara, dando más importancia a las interacciones y

comentarios del gmpo. La dinámica a seguir en todas las reuniones es que en cada una de ellas se plantea una situación o problema que el grupo esté dispuesto a solucionar y en las que sus miembros participen aportando estrategias de afrontamiento basadas en su propia experiencia. El papel del profesional en este momento es muy importante ya que ha de poner en marcha todas las estrategias comentadas anteriormente. Al final de cada sesión se aclaran las dudas surgidas y se plantea el tema o el aspecto a tratar en la siguiente sesión. Finalmente se proponen tareas de forma que se generalice tanto el aprendizaje como los conocimientos adquiridos en las sesiones de gmpo a las situaciones cotidianas de cada persona. Cada sesión se concluye realizando un resumen de la misma, despedida y recordatorio de la siguiente sesión.

De forma resumida sería: Resumen de la sesión anterior, breve introducción por parte de los profesionales y/o miembros del gmpo del tema elegido, discusión del tema, acuerdo de puesta en marcha de las nuevas estrategias para resolver un problema o afrontar una situación, resumen de la sesión y despedida.

Esta fase se realiza durante cuatro meses con una periodicidad quincenal.

4.4. Fase de autogestión del grupo

Uno de los objetivos fundamentales de un **grupo** de apoyo social es que acabe como gmpo de autoayuda. Los profesionales durante este tiempo van dando pautas para que progresivamente el gmpo vaya ganando en autonomía. Por ejemplo, coordinar algunas sesiones, buscar recursos necesarios para desarrollar alguna sesión, organizar diversas actividades propuestas, preparar algunos temas, etc

4.5. Evaluación de los grupos de apoyo social y autoayuda

Otro problema añadido a los **grupos** de apoyo es la dificultad que entraña evaluar la autoayuda. De hecho, en ocasiones se han encontrado discrepancias entre las mejoras percibidas por sus miembros y los resultados objetivos encontrados en ajuste personal (Maya, 1996). Lo que vendría a cuestionar la efectividad de los mismos, ya que la justificación científica de su aplicación vendría dada por su contribución objetiva en la mejora del bienestar y del ajuste personal (Gottlieb y Peters, 1991). Para afrontar los problemas metodológicos de la evaluación, Levy (1984) sugiere la utilización del modelo **tripartito** de Stmp y Hadley (1977), quienes plantean que la evaluación de la efectividad de estos grupos se realice a partir de tres indicadores: La satisfacción del sujeto con el gmpo, el grado en que son cubiertos los objetivos **grupales** y el nivel de cambio en el funcionamiento **psico-social**.

Especialmente importante para la adecuada marcha del grupo es que el profesional tenga un conocimiento exhaustivo de lo que sucede con los miembros del

gmpo en cada sesión: Que conozca qué percepción tienen los participantes de la marcha del mismo, su satisfacción con el **grupo** y las posibles modificaciones que realizarían. Para ello se han elaborado instrumentos que permiten conocer los aspectos señalados, (Hombrados, García y Martimportugués, 2004), a saber:

Evaluación de la participación del grupo: Con este instrumento se pretende llevar un control de lo que ocurre en cada sesión y registrar la participación de los miembros del gmpo. El profesional realiza esta evaluación cada vez que se reúne con el gmpo.

Evaluación del clima social del grupo: Para evaluar el clima social del **grupo** se elabora un diferencial **semántico** que incluye las dimensiones de empatía, cordialidad, eficacia, cooperación, utilidad y flexibilidad. Los miembros del grupo evalúan el clima social a lo largo del desarrollo del mismo.

Evaluación del funcionamiento del grupo: Especialmente importante es conocer la percepción de los participantes acerca del grupo, la evaluación se realiza para comprobar cómo perciben los componentes del grupo la **marcha** del mismo. Para ello se incluyen cuestiones que indican si el participante se puede expresar adecuadamente dentro del **grupo**, si se tratan temas relevantes para él y si las estrategias de afrontamiento son adecuadas.

La evaluación se debe realizar coincidiendo con las fase inicial, **intermedia** y final del **grupo**.

Evaluación final sobre satisfacción con los grupos: Antes de concluir la experiencia **grupal** se les ha de preguntar a los participantes por su satisfacción sobre aspectos puntuales de la organización y funcionamiento de los grupos: satisfacción con los profesionales, interés de las actividades, etc., así como el logro de objetivos concretos: estrategias de solución de problemas, percepción de apoyo, redes sociales, etc.

El análisis de todos estos aspectos permite una evaluación más profunda para valorar los efectos beneficiosos de los grupos de apoyo.

5. CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE GRUPO

Existen diversas clasificaciones en los grupos de apoyo de todas ellas hemos seleccionado las siguientes:

La clasificación de Levine y Perkins (1987) que propone cinco tipos de grupos:

1. Personas que comparten una condición o problema común (p.e diabéticos)
2. Familiares de las personas afectadas directamente por el problema
3. Personas que atraviesan situaciones de aislamiento social (p.e viudos)
4. Personas que comparten una ideología común (p.e ideología religiosa)
5. Personas que se unen para defender unos intereses comunes (p.e asociaciones de vecinos)

La clasificación de Barrón y cols (1988) que proponen una clasificación atendiendo a dos criterios:

1. Quien padece el problema:
 - a) Grupos de personas que padecen directamente el problema: alcohólicos, drogodependientes, divorciados...
 - b) Grupos de personas relacionadas directamente con quien padece el problema: familiares de ludópatas, drogodependientes...
2. Tipo de problema
 - a) Grupos de personas que comparten una situación problemática común de tipo crónico (diabetes) o de crisis vital (víctimas de maltrato)
 - b) Grupos de acción social que se unen por un interés común (grupos de ecologistas).

6. ESTRATEGIAS PARA LA FORMACIÓN DE GRUPOS DE APOYO Y AUTOAYUDA EN CONTEXTOS MULTIDISCIPLINARES

Por último, queremos hacer algunas indicaciones para aquellos profesionales que dirijan o coordinen grupos de apoyo y/o de autoayuda y trabajen en contextos donde hay diferentes disciplinas implicadas en el proceso asistencial a los usuarios (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc.).

Bayés, (1977) señala que "la única posibilidad para una colaboración interdisciplinar fructífera es la que se da entre especialistas pertenecientes a campos diversos, pero en los que existe el mismo grado de exigencia metodológica y en los que se ha alcanzado, separadamente, un cierto grado de conocimiento, sistematización y control" (pp. 140).

Partiendo de este supuesto y en función de nuestra propia experiencia, queremos señalar, brevemente, algunos aspectos de la participación multidisciplinar que pueden ayudar al profesional que coordine o dirija estos grupos.

- Elaboración de un programa conjunto que integre los diferentes objetivos interdisciplinares con el fin de tener una perspectiva integral u holística del problema que se aborda.
- Realización de planes de intervención coordinados que beneficien al usuario: fechas de citación, horarios en los que se puedan integrar las diferentes citas profesionales, duración de la intervención, desplazamientos al Centro, etc. Como señala Stem (2000) la comodidad garantiza el cumplimiento de la conducta.
- Apoyar nuestra evaluación-intervención con la información relevante de otras disciplinas afines al problema, ya que resultan ser los "informantes clave" del caso que nos ocupa.
- Establecer una dinámica de trabajo que favorezca la comunicación entre los miembros del grupo interdisciplinar. Como señala Canto (2000) "no

hay grupo social sin interacción y no hay interacción sin comunicación" (pp. 36). De este modo, se pretende fomentar la toma de decisiones que beneficien al usuario. Existen razones para defender que, bajo ciertas condiciones, las decisiones grupales pueden ser más eficaces que las decisiones individuales (León, 1994). Este autor recomienda una serie de técnicas para que se mejore el rendimiento del grupo, como la *técnica Delphi* y el *grupo nominal* diseñadas para eliminar las presiones intragrupalas y potenciar las ventajas de las decisiones en grupo.

- El grupo interdisciplinar adoptará una metodología científica, para la obtención de datos fiables. Este requisito supone en la práctica, que al efectuar una investigación todas las variables se encuentran operativamente definidas y pueden ser observadas, medidas y controladas de forma que sea posible replicar la investigación con un grado de fiabilidad elevado (Bayes, 1977)
- El grupo interdisciplinar garantizará la confidencialidad de la información recibida y se apoyará en las garantías de la ética profesional.

CAPÍTULO XI

EQUIPOS EFICACES: LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Jesús M. Canto Ortiz

I. INTRODUCCIÓN

El propósito de estas páginas es doble. En primer lugar, se quiere especificar los fundamentos y las características de los equipos eficaces y, en segundo lugar, se pretende incidir actitudinalmente en aquellas personas que todavía son reacias al trabajo en equipo al sostener ciertos prejuicios (quizá consolidados por malas experiencias) sobre el trabajo en equipo. Aunque puedan existir en algunos de nosotros ciertas resistencias a estimar lo conveniente que puede ser el trabajo en equipo, hay toda una serie de circunstancias que apuntan en la dirección de reconsiderar tal postura. Considérese a título de ejemplo estos dos hechos. Si se observa la complejidad de las tareas exigidas en la sociedad actual, que demanda la complementariedad de funciones de un buen número de profesionales, se puede apreciar que la mayor parte de esas tareas son realizadas por grupos que trabajan como equipos con la intención de ser eficaces. El empleo de equipos integrados por profesionales ha experimentado un aumento considerable en esta época en áreas muy variadas y dentro de distintos tipos de organizaciones. La sociedad de la información requiere insistentemente la formación de equipos para desempeñar las tareas exigidas para su funcionamiento.

Por otra parte, en la reciente aproximación de la psicología al fenómeno de las emociones, se defiende que es el factor humano, a través de la inteligencia emocional, uno de los determinantes más importantes del éxito de las organizaciones (Goleman, 1997; 1999). De hecho, el análisis de las emociones ha suscitado

en la última década un interés cada vez más creciente. Las investigaciones sobre inteligencia emocional han resaltado que las personas con un nivel óptimo de inteligencia emocional poseen un mejor ajuste psicológico y un mayor bienestar emocional. Según Mayer y Salovey (1997), la inteligencia emocional se define como la habilidad de las personas para percibir, usar, comprender y manejar las emociones. Para Mayer y Salovey (1997), la inteligencia emocional implica cuatro grandes componentes:

- Percepción y expresión emocional: reconocer de forma consciente nuestras emociones, identificar qué sentimos y ser capaces de darle una etiqueta verbal y una expresión emocional.
- Facilitación social: capacidad para generar sentimientos que facilitan el pensamiento.
- Comprensión emocional: integrar lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.
- Regulación emocional: dirigir y manejar de forma eficaz las emociones tanto positivas como negativas.

Ha sido Goleman (1997; 1999) el psicólogo que más ha utilizado el constructo de inteligencia emocional para comprender el funcionamiento de los equipos y de las organizaciones. Goleman sostiene que la inteligencia emocional estaría formada, en consonancia a Mayer y Salovey (1997), por cuatro componentes: conciencia de sí mismo, autorregulación, empatía y disposición de habilidades sociales. Cuando una persona dispone de habilidades sociales ello implicaría lo siguiente:

- Tener capacidad de inducir respuestas deseables en los demás.
- Ser influyente y persuasivo.
- Capacidad de comunicación, emitiendo mensajes claros y convincentes.
- Inspirar y dirigir grupo y personas a través de un proceso eficaz de liderazgo.
- Resolución de conflictos.
- Colaboración y cooperación.
- Y, por último y por eso lo destacamos, habilidades de equipo.

Los buenos trabajadores, aquellos trabajadores considerados más brillantes, tendrían las siguientes características:

- Son capaces de establecer vínculos: cultivando y manteniendo amplias redes informales, creando relaciones mutuamente provechosas, creando y consolidando la amistad personal con las personas de su entorno laboral, etc.
- Colaboradores y cooperativos, trabajando con los otros compañeros/as para intentar alcanzar la consecución de objetivos compartidos.
- Capacidades de equipo, creando sinergia laboral que conduzca a los objetivos.

Las capacidades de equipo implicarían disponer de las siguientes cualidades:

Alentar cualidades grupales como el respeto, la disponibilidad y la cooperación.

- Despertar la participación y el entusiasmo.
- Consolidar la identidad grupal y el compromiso.
- Cuidar al grupo y su reputación.
- Y, por último, compartir los méritos.

Así, pues, existe desde diversos ámbitos la toina de conciencia de estar preparado para trabajar formando equipos, ya sea por exigencias de las tareas emprendidas por el grupo, ya sea por las exigencias de la organización en las que nos encontremos. Es más, para algunos autores, disponer de la capacidad de trabajar en equipo es un requisito para ser considerado un buen profesional y es un componente de la inteligencia emocional, buen predictor del ajuste emocional y del bienestar psicológico.

Nuestro análisis de las características de los equipos eficaces se ajustará al espacio disponible para este capítulo. Pero ello no nos exime de resaltar un hecho que puede resultar aparentemente contradictorio: aceptar la conveniencia de trabajar en equipo no nos impide ver que, en multitud de ocasiones en muchas empresas imbuidas por el nuevo orden neoliberal, el discurso utilizado, para que nada cambie y para disponer de los trabajadores en peores condiciones laborales, es a través de un discurso en defensa de los equipos eficaces. Este discurso es utilizado como mecanismo de control de los trabajadores, creándose para camuflar ciertos problemas y conflictos, desplazándose el control externo a un autocontrol entre los propios miembros que evitan y reducen la necesidad de supervisión (Sennett, 2000). A veces las empresas utilizan la terminología del discurso de los equipos eficaces para presentar como innovación lo que, en definitiva, no es ningún tipo de cambio o mejora de las condiciones laborales (véase en la Tabla 1 las diferencias entre los sistemas tradicionales de organización del trabajo y los sistemas de formación de equipos, según González, Silva y Cornejo, 1996).

	SISTEMAS TRADICIONALES	SISTEMAS DE FORMACIÓN DE EQUIPOS
Cultura	Normas y procedimientos, jerarquía	Valores y metas compartidas, participación, distribución del poder y de la autoridad
Trabajo	Puestos de trabajo fijos y limitados	Definiciones flexibles del trabajo
Información	Escasa información	Mayor flujo de la información
Estructuras	Estructuras verticales muy jerarquizadas	Acento en las diferencias mínimas de estatus
Autoridad	Centralizada, no participativa	
Producción	Las funciones de producción son determinadas por la jerarquía	Autonomía, participación y comunicación

Tabla 1. Sistemas tradicionales de trabajo versus sistema de formación de equipos.

Siendo así, siendo consciente de lo anteriormente expresado, las ventajas del trabajo en equipo son más que evidentes. Vamos a exponer a continuación las principales características de los equipos eficaces.

2. ALGUNAS "RESISTENCIAS" A ADMITIR LAS VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO Y EL PAPEL DEL CONOCIMIENTO DE LOS FUNDAMENTOS PSICOSOCIALES DE LOS GRUPOS

Los equipos son un tipo determinado de grupo. Por esta razón, cualquier persona interesada en conocer cómo funcionan los equipos podría tener en cuenta lo que una vez expresaron Cartwright y Zander (1971): *si se desea, o bien comprende, o bien mejorar la conducta humana, es necesario tener un buen conocimiento de la naturaleza de los grupos. No son posibles ni una perspectiva coherente ni una tecnología social avanzada si no se dispone de respuestas fiables o un sin número de preguntas relativas al funcionamiento de los grupos, al modo en que los individuos se relacionan con ellos y la forma en que dichos grupos se relacionan con el conjunto de la sociedad*. De hecho, para comenzar a vencer algunas de las "resistencias" que puedan existir para no admitir las ventajas de los equipos, conocer los fundamentos psicosociales de los grupos y su dinámica grupal (Canto, 1998; 2000) se constituye en un requisito indispensable. Sería muy complicado querer trabajar en grupo cuando pensamos que en los grupos se da lo peor del ser humano, cuando pensamos que los grupos son algo ajeno a nuestra identidad y algo externo a nosotros mismos y cuando pensamos que en los grupos se rinde muy poco, existe siempre personas que se aprovechan de nosotros y se toman malas decisiones. Esto es verdad pero tan sólo a veces, porque en otras muchas ocasiones ocurre todo lo contrario. Conocer lo que son los grupos, su funcionamiento y su dinámica para intentar potenciar los efectos positivos de los mismos y evitar los negativos es una tarea que nos puede interesar a todos.

Cuando las personas no aceptan las ventajas de trabajar en equipos, las razones que emiten pueden ser de diversa índole:

- Falta de convicción de que los equipos pueden trabajar mejor que otras alternativas.
- Los estilos, capacidades y preferencias personales que convierten a los equipos en incómodos y arriesgados.
- Débil ética de rendimiento organizativo que inhibe las condiciones en las que los equipos florecen.

Al ser un equipo un tipo de grupa en el cual las personas trabajan de forma interdependiente para alcanzar una meta, conocer lo que es un grupo, su estructura y procesos, es un buen método para iniciar una aproximación a los equipos eficaces. Los grupos, no se olvide, son inevitables e influyen en nuestra forma de sentir, actuar y pensar. No son algo externo a nosotros mismos, sino que nos configuran e influyen en nuestra psicología.

Como se aprecia en la tabla 2, son muchas y variadas las diferencias entre los grupos efectivos y los grupos no efectivos (González, Silva y Cornejo, 1996). Las personas que se especialicen en conocer la realidad psicosocial de los grupos pueden hacer que un grupo ineficaz se convierta con su intervención en un grupo eficaz.

	GRUPOS NO EFECTIVOS	GRUPOS EFECTIVOS
Metas	Claridad de metas, ajuste de metas individuales y grupales, estructura cooperativa de metas	Metas impuestas. Estructura competitiva
Comunicación	Comunicación abierta, se pueden expresar sentimientos e ideas	Comunicación unidireccional, no importan los sentimientos
Participación	Participación y liderazgo distribuido entre todos los miembros del grupo	Participación desigual, liderazgo designado por la autoridad
Poder e influencia	Poder e influencia equilibrados y compartidos	La posición determina la influencia y el poder, obediencia a la autoridad
Toma de decisiones	La implicación, la discusión y el consenso guían la toma de decisión	Decisiones tomadas por la autoridad, poca implicación y discusión de grupo
Conflicto	Visión positiva del conflicto, se afronta	Se ignora, se suprime o se evita el conflicto
Cohesión y control	Se fomenta la cohesión, alta inclusión, aceptación, apoyo, confianza	Control por la fuerza, conformidad con la norma
Solución de problemas	Alta adecuación en la solución de problemas	Baja adecuación en la solución de problemas
Evaluación	Los miembros evalúan su funcionamiento y deciden cómo mejorar	La autoridad evalúa y decide los cambios
Innovación	Se fomenta la innovación, se acepta el riesgo	Se fomenta el orden, la estabilidad y la estructura

Tabla 2. Características de los grupos efectivos y de los grupos no efectivos

El grupo, como también cualquier equipo, puede ser disfuncional por muchas causas. A continuación vamos a enumerar algunas de las causas de la posible disfuncionalidad de los equipos. Pero si disponemos de las herramientas teóricas y técnicas que nos ofrece la psicología de los grupos y si se conoce la dinámica grupal es muy posible que muchas de las razones de esta disfuncionalidad se eliminen. A título de ejemplo, se podrían enumerar las siguientes razones:

- Pérdida, desconocimiento o confusión de objetivos.
- Falta de información sobre la evaluación y los resultados.
- Errores y deficiencias en la comunicación.
- Baja cohesión.
- Conflictos enquistados.
- Cambios de composición del grupo.
- Cambios de estructura.

- 8) Exceso de autoritarismo.
- 9) Luchas en el podec
- 10) Sentimiento de escasa influencia.
- 11) Indefinición de funciones.
- 12) Solapamiento de funciones.
- 13) Cambios en las funciones.
- 14) Excesiva complejidad en la tarea.
- 15) Resultados negativos, fracasos.
- 16) Influencia de personas "quemadas" que contagian al resto del equipo.

Aún así, siendo conscientes de los efectos negativos es hora de resaltar que si los equipos existen es porque nos son útiles, de tal forma que podemos hacer muchas más cosas e incluso con menor esfuerzo. Por ello es el momento ya de definir con más precisión lo que son los equipos y enumerar sus características.

3. DEFINICIÓN DE EQUIPO

Un equipo es un número pequeño de personas con habilidades complementarias, comprometidas con un propósito común, objetivos de rendimiento y enfoque, de lo que se consideran mutuamente responsables. Cuando se forma un equipo depende del contexto de la organización donde interviene, de los límites del propio grupo y de las características de desarrollo de los procesos internos del grupo.

Las características que hay que tener en cuenta cuando se analiza un equipo serían las siguientes:

- a) Un equipo está formado por un número pequeño de personas. Los equipos más efectivos son los que van de 4 a 12 miembros. Equipos más pequeños de 4 personas serían grupos que carecerían de perspectiva. Para una situación compleja un equipo formado por 4 personas a priori no sería adecuado. Por otra parte, si un equipo está formado por más de 12 personas sería difícil de manejar las relaciones dentro del equipo.
- b) Nivel adecuado e habilidades complementarias.
- c) Propósito verdadero y con significado.
- d) Objetivos específicos.
- e) Enfoque de trabajo claro.
- f) Sentido de responsabilidad mutua.

Cuando se trabaja en equipo:

- a) El liderazgo implica una responsabilidad compartida. Hay muchos tipos de equipos que tienden a la disminución de la jerarquización y a funcionar de modo más o menos autónomo. Por ello el liderazgo que se dice potenciar en los equipos es el liderazgo democrático, con el que se aspira ser influyente y persuasivo y no basarse tanto en el control y en el poder coercitivo.

- b) El producto que se obtenga a través del conocimiento grupal es tanto de equipo como del individuo.
- c) La efectividad se mide directamente valorando los productos del equipo.
- d) La responsabilidad es tanto individual como del equipo.
- e) Se reconocen y celebran los esfuerzos individuales que contribuyen al éxito del equipo.
- f) Se fomentan las discusiones abiertas con solución activa de problemas.
- g) En las reuniones del equipo los miembros discuten, deciden y hacen el trabajo real conjuntamente.

Desde una perspectiva organizacional, se podría considerar la siguiente clasificación de tipos de equipos, distinguiéndose:

- a) Equipos de trabajo, que serían unidades de trabajo naturales.
- b) Equipos de tarea: se dedican a un problema u oportunidad específica.
- c) Equipos de dirección: equipos formados por personas que dirigen las unidades de la organización.

En la tabla 3 se especifican las acciones directivas que se pueden emplear para crear un equipo de trabajo.

1ª Etapa Preparación	Establecer y analizar el trabajo a realizar	Determinar el nivel de autoridad del grupo	Valorar costos y beneficios y viabilidad del equipo
2ª Etapa Condición*de Ejecución	Diseñar la tarea	Seleccionar los componentes del grupo	Proporcionar apoyo contextual. Habilitar los recursos y materiales necesarios
3ª Etapa Formar el Equipo	Ayudar al grupo a establecer sus límites	Legitimación y asistencia en el proceso de redefinición de la tarea	Asistencia en el desarrollo de normas y roles de los miembros del equipo
4ª Etapa Proporcionar asistencia	Delegar al grupo la posibilidad de negociar aspectos de su situación de trabajo	Dar la asistencia necesaria al proceso para promover la sinergia positiva del grupo	Proporcionar la oportunidad de que el grupo aprenda de sus propias experiencias

Tabla 3. Acciones para crear un equipo.

Los elementos básicos que configuran un equipo serían los siguientes:

- a) El tipo de profesional que lo integra.
- b) La cohesión de sus miembros.
- c) La productividad y capacidad de trabajo.
- d) La creatividad y autorresponsabilidad que sea capaz de desarrollar.
- e) Los requerimientos externos.
- f) Los apoyos y los medios de que dispone.

Los equipos nos proporcionan una oportunidad única para estar con personas con puntos de vista diferentes. Cualquier equipo debe decidir cuáles son las personas que lo forman, siendo cuestión la decisión más importante que deben afrontar. Por todo ello, para formar un equipo hay que plantearse una serie de cuestiones:

- a) ¿Qué clase de información necesita el equipo para trabajar **efectivamente**? ¿Quién puede **proporcionar** esa información?
- b) ¿Qué habilidades necesita el equipo? ¿Quién las tiene o quién puede adquirirlas?
- c) ¿Cómo puede el equipo ser una herramienta útil para que sus miembros aprendan habilidades?
- d) ¿Cómo pueden construirse las relaciones entre los miembros del equipo que no trabajan juntos a menudo?

Uno de los criterios para elegir los miembros del equipo es a través del análisis de las habilidades que se requieren para la tarea. Cuando se forma un equipo es importante centrarse en el desarrollo potencial de las habilidades y no sólo en el estado actual de éstas dentro de las personas que están componiendo el equipo. Aprender juntos puede llegar a ser un modo excelente para construir la cohesión grupal. Y como se sabrá la cohesión grupal es **importantísimo** que se dé en el equipo, ya que eso querrá decir que las personas sienten atracción por la tarea y por la personas que componen el grupo, una atracción de carácter **intragrupal** más que de carácter **interpersonal** (Canto, 1998).

Los factores que favorecen la efectividad del equipo serían los siguientes:

- a) Claridad de los objetivos.
- b) Flexibilidad en los procedimientos.
- c) Comunicación abierta.
- d) Claridad en la determinación de los roles.
- e) Compromiso con el grupo.
- f) Liderazgo compartido.
- g) Disponer de las habilidades necesarias.
- h) Habilidad para solucionar problemas.
- i) Clima de **cooperación**, implicando la cooperación la convicción plena de que nadie puede llegar a la meta si no llegan todos.

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS EFICACES

A continuación vamos a enumerar las características de los equipos eficaces:

- Se nutre de la diversidad y de la heterogeneidad de sus miembros. Sus miembros se relacionan de forma ordenada.
- Los miembros del equipo tienen una comunicación fluida y se fomenta el diálogo.
- Se trabaja para alcanzar objetivos comunes, claros, participando en ellos todos los miembros del equipo.
- Se establecen normas claras y razonables.
- Se conocen, se comprende y se aceptan las tareas.
- Se realiza de forma colectiva las tareas que conducen al objetivo.

- Existe en el seno del equipo confianza mutua.
- Aprovecha la delegación y el reparto de esfuerzos, contribuyendo a que todos se sientan involucrados en el proyecto.
- Se dan procedimientos claros y flexibles, que les ayuda a alcanzar los objetivos establecidos.
- Liderazgo distribuido.
- Los desacuerdos se expresan de forma amistosa.
- Se busca el consenso en la mayoría de las decisiones.
- Las actividades y resultados de los miembros son objeto de valoración.
- Motivación alta. Un equipo estará motivado cuando la tarea requiera distintas habilidades que son aportadas por los distintos miembros del equipo, que produzcan resultados positivos tanto para el grupo como para sus miembros, cuando los individuos dispongan de autonomía y reciban feedback.
- Se trabaja en una atmósfera relajada, atenuando las tensiones.
- Alto grado de participación.
- Se fomenta la cooperación sobre la competición.
- Se aprovecha la sinergia del grupo.
- Realiza una evaluación permanente de su evolución y logros.
- Amplia su formación y continúa aprendiendo.
- Los miembros del equipo se sienten parte del grupo y manifiestan con orgullo su pertenencia a él.

5. CONCLUSIONES: VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRABAJO EN EQUIPO

Los grupos y los equipos son inevitables. Los equipos existen porque nos son útiles para conseguir objetivos de forma mucho más fácil que si trabajáramos sólo o en grupo pero sin formar equipo. Hay procedimientos para enseñar a las personas a trabajar en equipo, así como procedimientos para evaluar las deficiencias de los equipos y resolverlas.

Son muchas las ventajas del trabajo en equipo, como también hay serios inconvenientes. Aprender a trabajar en grupo se está constituyendo en una necesidad imperiosa en la sociedad actual. Algunos de los inconvenientes serían los siguientes:

- Los procesos son más lentos.
- Se puede producir conformismo y evitación de conflictos.
- Dificultad de coordinación si no se da en el grupo buena comunicación.
- Algún miembro del grupo puede influir negativamente.
- Las diferencias de estatus, poder, etc., pueden generar tensión.
- Cualquier consecuencia negativa como las siguientes: holgazanería social, desaprovechamiento de los recursos, la complacencia del grupo, inhibición de responsabilidad, pensamiento de grupo, etc.

Aún así son muchas más las ventajas. Y como se está constituyendo en una exigencia, enumeremos algunas de esas ventajas:

- Capacidad de acceder a más información, conocimientos y habilidades.
- Mayor cantidad de puntos de vista.
- Mejores medios para generar ideas nuevas y creativas.
- Más posibilidad de éxito en tareas complejas.
- Mayor implicación y confianza en las decisiones por parte de los miembros del equipo.
- Se desarrolla una cierta identidad de grupo.

CAPÍTULO XII

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN CATÁSTROFES NATURALES

César San Juan Guillén

1. INTRODUCCIÓN

El 26 de diciembre de 2004 se produjo un terremoto a cuatro mil metros de profundidad en el Océano Índico, que llegaría a los nueve grados de la escala Richter. Este seísmo provocó una cadena de tsunamis que literalmente, borraron del mapa islas, playas y poblaciones, que quedaron sumergidas en una densa capa de lodo, agua, además de cerca de 300.000 víctimas mortales, aunque quizás el número exacto, —muy superior como sugirió el Secretario General de Naciones Unidas,— no lo llegamos a saber nunca. Las olas, algunas de las cuales alcanzaron los 5 metros de altura y fueron capaces de desplazarse a más de 700 km/h, tardaron dos horas en llegar a las costas de la India. El *Sistema de Alerta Internacional*, al cual no pertenecían ni este país ni Sri Lanka, necesario para prever los planes de contingencia y evacuación previos al tsunami, que hubieran posibilitado salvar miles de vidas humanas, costaba un millón de dólares. Lamentablemente ningún gobierno u organismo internacional estaba dispuesto a sufragar dicho gasto antes de que ocurriera la catástrofe, aunque, paradójicamente, se trata de una cantidad minúscula si la comparamos con los más de 13.600 millones de dólares con los que la comunidad internacional sí quiso responder a la reconstrucción de las zonas devastadas.

Esta inconcebible paradoja refleja fielmente uno de los principios que caracterizan el actual planteamiento de la cooperación internacional, en general, y la

intervención en catástrofes naturales, en particular: es siempre reactiva, es decir con un carácter básicamente paliativo, reparador, tanto en lo que concierne a la transferencia de apoyo tecnológico como, en nuestro caso, la intervención psicosocial. Cualquier planteamiento pro-activo, orientado al desarrollo de políticas preventivas de desastres humanitarios no está contemplado ni tan siquiera en la agenda de la mayor parte de las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la cooperación al desarrollo.

En este sentido, por tanto, es preciso el planteamiento de modelos teóricos y operativos, no solamente orientados a la intervención post-desastre, sino también preventivos, destinados a reducir la vulnerabilidad e impulsar en la población estrategias de afrontamiento eficaces ante situaciones de crisis. Es la propuesta de este capítulo.

2. INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL MULTINIVEL

La intervención en situaciones de emergencia es siempre una tarea compleja, debido a que los problemas derivados de este tipo de situaciones varían enormemente en función de su naturaleza, magnitud y gravedad; pero también en función de los recursos con los que cuenta la población afectada para afrontar las consecuencias, no sólo en términos de reconstrucción física, sino también en lo que respecta a la reconstrucción psicológica y social.

Durante décadas se ha defendido que en los momentos de emergencia predominan las necesidades materiales, y que los aspectos psicológicos pueden considerarse, en todo caso, en la situación posterior a la emergencia. Las partidas de ayuda de emergencia de los gobiernos no contemplaban la intervención psicosocial en sus convocatorias y en los protocolos de intervención en catástrofes el papel del psicólogo era completamente inexistente. Esta situación ha cambiado radicalmente en la actualidad siendo la figura del psicólogo especialista en catástrofes, situaciones de emergencia o intervenciones en crisis, incuestionable. Como señala Martín Beristain y Doná (1997) en su "*Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria*", tener en cuenta desde el inicio los aspectos psicosociales puede ayudar a entender los comportamientos y reacciones de la población, desarrollar planes de acción y prevención de problemas, comprender los mecanismos y acciones de apoyo mutuo de la gente en las situaciones de emergencia, y tener una comprensión holística de la acción humanitaria teniendo en cuenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales de la población. Señalan estos autores que, en el caso de los desastres naturales se pueden encontrar casos en los que han supuesto un efecto constructivo sobre el sistema social. La necesidad de desarrollar competencias para superar el desastre puede facilitar los lazos sociales y favorecer la cohesión comunitaria. De todas formas, debemos señalar que existen autores que describen las limitaciones de este concepto en el campo de las intervenciones

transculturales. Siguiendo a Martín Beristain, en el pensamiento occidental, el concepto de individuo moldea el discurso político, cultural y médico, por lo que se pone el énfasis en lo intrapsíquico, en la causa interna de la enfermedad y en la terapia individual cliente-terapeuta. Sin embargo, en las culturas menos centradas en el individuo la dimensión intrapsíquica no está aislada, sino que se encuentra vinculada a los mundos espirituales y sociales. La causa de los problemas mentales se atribuye a fuerzas sobrenaturales o a agentes sociales, y el tratamiento podría tener que llevarse a cabo por autoridades religiosas o, incluso, curanderos. Un ejemplo que ilustra esta apreciación tiene que ver con la interpretación que hicieron los habitantes de una localidad próxima a Cochabamba (Bolivia) del terremoto que tuvo lugar en 1998. Se trataba sin duda de un desastre acompañado de unas circunstancias que lo convertían en especialmente traumatizante tales como su irrupción nocturna, y su intensidad, casi 6 grados en la escala Richter. Una parte importante de algunas localidades como Aiquile o Titora quedaron reducidas a escombros. Las consecuencias en términos psicológicos fueron las normales en este tipo de desastres naturales con especial incidencia en los niños y personas mayores, sin embargo el principal problema en muchas comunidades estaba relacionado con el hecho de considerar al fenómeno natural como la consecuencia de un comportamiento social ofensivo para su deidad y que el desastre no era sino un castigo de *Pachamama* (la madre tierra), la mayor divinidad en esas regiones del altiplano. La intervención impulsada por *Psicólogos Sin Fronteras del País Vasco* en esa zona, más que seguir un esquema clínico ortodoxo, consistió en favorecer la realización de ritos de reconciliación con la Tierra (San Juan, 2001).

Desde este punto de vista, cabe decir, que la intervención psicosocial en situaciones de crisis puede desarrollarse a dos niveles diferentes. Por un lado, se trataría de estabilizar el control situacional y psicológico de los individuos afectados y, por otro, diseñar estrategias para restablecer las competencias comunitarias para que, en conjunto, se afronte la situación post-catástrofe con ciertas garantías.

En este sentido creemos que es fundamental el papel que puede jugar el psicólogo, desde sus diferentes ámbitos de formación (Puertas, 1977), dentro de un sistema integrado de actuación en desastres, tales como:

- La Psicología Social: Mejorando los mecanismos de información de la población y profundizando en diferentes aspectos a través de la investigación.
- La Psicología Comunitaria: Facilitando el aprendizaje de hábitos saludables y el entrenamiento en comportamientos positivos en una sociedad con crecientes riesgos.
- La Psicología de las Organizaciones: Ofreciendo capacitación y entrenamiento a los cuerpos de primera intervención, estructurando las competencias de los Equipos de Trabajo.
- La Psicología Clínica: Administrando la atención psicológica *in situ* (si se considerara necesario) y terapéutica (si se solicita a corto plazo o se producen secuelas).

Uno de los aspectos señalados, la investigación, constituye hoy en día uno de los grandes retos de las ciencias sociales en el ámbito de los desastres. Y es que, a pesar de que resulta muy difícil intentar sistematizar modelos que expliquen los fenómenos psicosociales que se producen antes, durante y después de un desastre, existe una serie de preguntas a las que, como profesionales de las ciencias de la conducta, debemos encontrar respuestas y que, en resumen, sintetizaría en dos grupos:

- ¿Quiénes son los afectados y qué reacciones psicológicas son previsibles tras una situación crítica? Por otra parte, ¿qué caracteriza a las diferentes fases por las que atraviesa un superviviente y que tipo de ayuda precisa en cada momento? Y,
- ¿Qué necesidades de formación en materia de atención psicosocial a las víctimas requieren los especialistas, tanto psicólogos como otros profesionales del operativo de salvamento (personal sanitario, bomberos, policías, etc.) en las actuaciones de emergencia? y, en todo caso, ¿quién puede y debe ayudar psicológicamente a las víctimas supervivientes?

El mismo día de los sangrientos atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 en Madrid, se requirió mediante un llamamiento masivo por televisión "cualquier persona que tuviera conocimientos de Psicología" ...¿Cualquier persona? Es comprensible que no se tuviera en ese momento capacidad para afrontar con certeza y atino un atentado de semejantes dimensiones, de modo que solo nos limitaremos a señalar lo inadecuado de la iniciativa. Por otra parte, en ocasiones el psicólogo tiende a sobredimensionar el rol de terapeuta en un escenario post-desastre cuando realmente, en la mayor parte de las ocasiones, no es el momento de iniciar un procedimiento clínico. Sin embargo, es fundamental el papel que este profesional puede jugar a diversos niveles y tanto en momentos previos como posteriores a la catástrofe. Tomado como referencia el trabajo que he realizado en países en vías de desarrollo señalaría los siguientes objetivos de acción.

- Analizar las necesidades de los afectados en función de los diferentes grados de exposición a la catástrofe, ya que facilita el diseño diferencial de programas de actuación, entre los que podríamos destacar:
 - Supervivientes del desastre.
 - Afectados no expuestos al desastre, pero sufren pérdidas materiales.
 - Afectados no expuestos al desastre, pero con vínculos sociales o familiares con las víctimas.
 - Personal de ayuda sanitario, o voluntarios que participan en las labores de desescombro, recuperación de cuerpos o salvamento de supervivientes.
- Apoyo y escucha: Ayudando a enfrentar lo sucedido, ofreciendo un sentido a las reacciones emocionales y normalizando las reacciones físicas.
- Desarrollar la autonomía y control del medio. Puede aparecer en algunas víctimas un déficit insalvable para tomar decisiones cotidianas o adoptar conductas de seguridad.

- Acompañamiento a los familiares de los supervivientes en el reconocimiento de cadáveres.
- Analizar las formas de afrontamiento al desastre natural: del fatalismo o la indefensión aprendida a la actitud pro-activa. El papel de la religión en la reorganización de los sistemas sociales.

Evaluar la percepción de riesgo. En algunos escenarios, como consecuencia de algunos factores como puede ser el apego al territorio o a la memoria identitaria que proporciona el hogar, - aunque esté en ruinas a causa del desastre-, puede reducir la percepción de riesgo por parte de las personas afectadas. En el último terremoto de El Salvador un equipo de *Psicólogos Sin Fronteras* realizamos una intervención en el barrio llamado *Ferrocarriil*, situado en un cañón en el que discurría la vía de un tren en desuso. La municipalidad local nos solicitó ayuda con el fin de convencer a los pobladores de un asentamiento humano desposeído de todo bien material, salvo el suelo que pisaban, de la necesidad de desplazarse del lugar. Las últimas lluvias habían provocado peligrosos deslizamientos de tierra en el cañón que amenazaban con sepultar definitivamente el barrio de chabolas. A pesar de esta circunstancia se resistían a abandonar su pedazo de tierra.

- Diagnóstico del escenario de intervención y evaluación de necesidades: Dicho diagnóstico puede estar basado, entre otros, en los siguientes indicadores:
 - Presencia de ONG's locales o internacionales en la zona. Existencia de objetivos programáticos. Coordinación de las acciones de ayuda.
 - Presencia Institucional: Reflejos en la actuación; tiempo transcurrido desde el desastre hasta la recepción de la ayuda; capacidad para distribuir la ayuda internacional. Otros agentes implicados: Universidad, Iglesia, Ejército.
 - Información que se maneja sobre posibles planes de reconstrucción. Potencialidades advertidas. Limitaciones detectadas. Sensibilidad hacia la reconstrucción del tejido social.
 - Situación de colectivos vulnerables: Análisis específico sobre la situación de las personas mayores e infancia. También la Mujer, que en países latinoamericanos juegan un papel primordial en los procesos de reconstrucción del tejido social.
 - Situación socio-ambiental: Vivienda, infraestructuras, capacidad de la población para preservar las redes sociales, demanda de ayuda psicológica, existencia de datos epidemiológicos sobre problemas de salud.
- Facilitar la cohesión social e impulsar actividades de reorganización comunitaria. La reestructuración del tejido social constituye un aspecto prioritario para facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento colectivas.

• Prevenir y manejar rumores: En un escenario post-desastre natural es frecuente la circulación de discursos sobre nuevas contingencias climáticas, sísmicas, etc. propagación de enfermedades, situación de la ayuda gubernamental o internacional, que deben controlarse con fundamentos racionales, pues se corre el riesgo de que se susciten conductas colectivas poco adaptativas.

• Diseñar y desarrollar protocolos de actuación y distribución de la ayuda humanitaria. Este aspecto debe situarse en las acciones prioritarias de carácter preventivo. En ocasiones, la ayuda humanitaria se colapsa por un ineficaz o inexistente diseño de la respuesta a un desastre. El objetivo básico consistiría en reconducir el caos inicial derivado de la confluencia de: El nivel de destrucción, desplazados ecológicos, presencia de organizaciones de ayuda (Ejército, ONG's, Sanitarios, etc.), medios de comunicación, etc., hacia un modelo organizado de gestión de la catástrofe a través de la ordenación de los escenarios de intervención (Brunet, 2002).

Reconocer las formas de expresión cultural, sobre todo en dos aspectos: Por un lado, la interpretación que se realiza de la catástrofe desde la peculiar cosmovisión de la comunidad afectada y las relaciones que se establecen entre lo natural y lo sobrenatural. Y por otro, la presencia de rituales y características del proceso de duelo. En este sentido la localización y reconocimiento de cadáveres, con los consiguientes ritos de duelo constituye una forma básica de afrontamiento colectivo del suceso. En ocasiones estos procesos no se han comprendido suficientemente, lo que ha dado lugar a que, tras algunos desastres naturales, los equipos de ayuda internacional hayan priorizado erróneamente el enterramiento o incineración masiva de cuerpos con el fin de evitar la propagación de enfermedades sin atender las necesidades religiosas y los procesos rituales de duelo de los supervivientes.

-Preparación, formación y cuidado de los equipos de apoyo, sanitarios o de salvamento y, en definitiva, aquellos profesionales que con los que la víctima superviviente puede tener su primer contacto. La naturaleza y gestión de dicho contacto será crucial para el pronóstico y normalización posterior de la víctima.

3. CAJA DE HERRAMIENTAS TEÓRICAS EN LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN CATÁSTROFES

Tal y como ya hemos señalado en el punto anterior, podemos distinguir dos niveles de intervención psicosocial relacionados respectivamente con el individuo y su contexto. Esta distinción constituye el punto de partida teórico necesario para planificar una estrategia global de intervención psicosocial en la que, el primer elemento que debemos explicar, es la reacción de los individuos a una situación

crítica como es una catástrofe natural, pero que bien puede ser aplicado a otro tipo de escenarios en crisis. Asumimos, por tanto, una perspectiva eco-sistémica desde la cual vamos a entender la respuesta del individuo, —su estrategia de afrontamiento de la catástrofe—, como el balance final de recursos y estresores. Dichos recursos y estresores los podemos identificar asociados a las características de los escenarios de conducta, al medio social y cultural y, por otra parte, a la actitud del individuo hacia la contingencia ambiental, su personalidad o su percepción de apoyo familiar, social e institucional (Fig. 1).

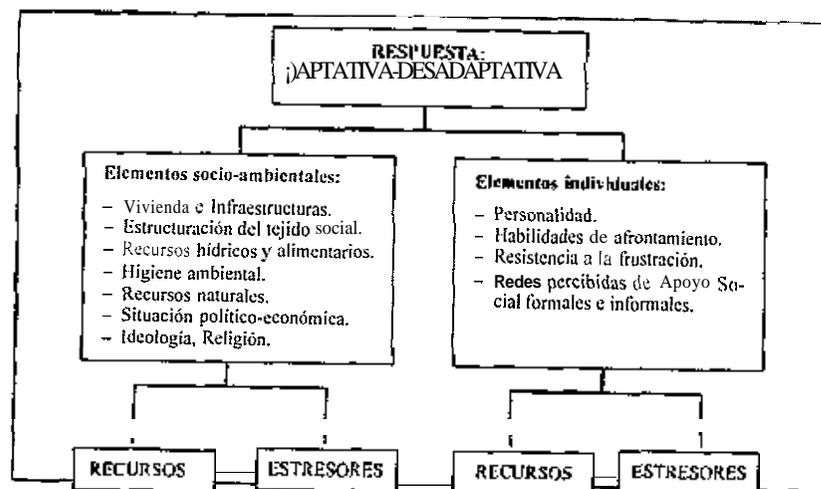


Figura 1. Modelo ecológico de respuesta humana ante desastres naturales.

El resultado de estos vectores contrapuestos dará como resultado un determinado nivel de adaptación al medio que conllevará un fenómeno natural en una catástrofe humanitaria más o menos intensa. Esta perspectiva, por supuesto, no es nueva y puede situarse en el marco de los planteamientos ecológicos, como el de Lin y Ensel (1989), según el cual describen el *Bienestar Psicosocial* como el resultado de la contraposición de recursos y estresores a tres niveles: Social, Psicológico y Fisiológico, perspectiva a la que nosotros añadiríamos el nivel Ambiental, en el que también podemos identificar una serie de elementos, bien como recursos, bien como estresores (hídricos, forestales, urbanísticos en función del grado de desarrollo del contexto particular). En ocasiones nos hemos encontrado con aldeas totalmente arrasadas por un huracán o una inundación, al quedar expuestas a la intemperie una vez hubiera sido fagocitada la masa forestal que las protegían. Por otra parte, qué duda cabe que el desarrollo de la calidad urbanística constituye una variable fundamental para explicar las consecuencias de un terremoto, como ha

sucedido en algunas ciudades latinoamericanas o asiáticas. En el terremoto que asoló a El Salvador en el año 2001, algunas estimaciones calculan que causó 726 muertos, 4.440 heridos, 63.195 casas destruidas y 118.157 casas dañadas y unas 573.609 personas afectadas. En los Ángeles, San Francisco o Tokio, expuestas, en ocasiones, al mismo grado de intensidad sísmica, no ha ocurrido nada reseñable y, lo que puede ser más revelador: sin víctimas mortales. Un fenómeno natural no se puede prevenir, no se puede evitar que suceda, pero si parece que se puede hacer algo con respecto a sus catastróficas consecuencias.

Desde este punto de vista, parece claro que un concepto clave en el análisis preliminar de un escenario tanto antes como *después* de una catástrofe es el de *vulnerabilidad*. Anderson y Woodrow (1988), en el marco del planteamiento que estamos proponiendo, identificaban los siguientes niveles de análisis de vulnerabilidad a la hora de precisar el diagnóstico de una catástrofe:

- Vulnerabilidad material. Áreas de riesgo. Precariedad económica. Recursos de Educación y salud inaccesibles.
- Vulnerabilidad social y organizativa. Tejido social desarticulado o inexistente. No existe un patrón de prevención ante el riesgo permanente, careciéndose de un mapa de riesgos o de planes de contingencia.
- Vulnerabilidad motivacional o actitudinal. Fatalismo. Valores culturales o religiosos desfavorables a procesos de participación social. Indefensión aprendida ante la ausencia de contingencia entre las estrategias de afrontamiento impulsadas y la inocuidad de sus resultados.

Niveles a los que, como en el modelo de Lin & Ensel, nosotros insistimos en incorporar la vulnerabilidad ambiental, en términos de desarrollo insostenible y depredación de recursos naturales, o por tratarse de zonas especialmente expuestas a huracanes, actividad sísmica u otras contingencias ambientales. Cuando repaso estas líneas me llega la noticia de que un fuerte seísmo ha sacudido la isla indonesia de Java, cobrándose más de 4.000 vidas. En casos como este se unen la *indefensión* aprendida, *con* la ocurrencia de un desastre natural cuando todavía la población no se ha recuperado de las secuelas del tsunami del 2004, y la *vulnerabilidad ambiental* a la que nos hemos referido.

Tampoco debemos obviar la vulnerabilidad *política* y económica en aquellos casos en los que no se pueda garantizar las necesidades básicas para la mayor *parte* de la población. Un desastre económico y social, traducido en forma de profundas y visibles injusticias, suele ser el antecedente, en fin, de los desastres naturales y las crisis humanitarias.

4. CONCLUSIONES

De los planteamientos expuestos de forma sucinta en este capítulo podemos extraer algunas conclusiones, seguramente discutibles, pero que en cualquier caso

pretenden hacer más eficaces las acciones psicosociales desarrolladas tras una catástrofe natural y evidenciar la importancia del trabajo preventivo. Desde una perspectiva eco-sistémica, las podríamos estructurar en los siguientes puntos:

1. Una de las tendencias habituales de los profesionales de las ciencias de la conducta es presumir que la víctima de un desastre va a mostrar indefectiblemente *patología* clínicamente relevante asociada al denominado estrés post-traumático. Este extremo, además de ser un planteamiento incorrecto, patologiza innecesariamente a la víctima dificultando, en consecuencia, su proceso de normalización.
2. Para establecer un diagnóstico de estrés post-traumático, deben tenerse presente dos condiciones previas:
 - I. La presencia de los síntomas descritos en el DSM-IV debe ser superior a un mes.
 - II. El estímulo traumático, por definición, debe haber desaparecido. Por lo tanto, la constante reexperimentación de, por ejemplo, un terremoto, provocada por la reincidente aparición de réplicas, implica que no se podría establecer una vigilancia epidemiológica válida sobre este síndrome hasta no haber garantizado una cierta inactividad sísmica.
3. La presencia de *síntomas* atribuibles al estrés post-traumático debemos considerarla mientras permanezcan las contingencias asociadas al fenómeno natural destructivo, como respuestas de alerta *normales* a un *estresor* imprevisible anormal.
4. La creación de *grupos* terapéuticos de unas ocho personas donde se puedan verbalizar los sentimientos, normalizar las respuestas de angustia y elaborar el duelo, lo consideramos el marco más adecuado para la prevención, a nivel individual, del síndrome de estrés post-traumático. Esto no significa que debamos presuponer que aquel individuo que no exprese sus sentimientos está necesariamente bloqueado por el hecho traumático. Debemos tener en cuenta que, obviamente, existen individuos que no tienen necesidad de expresar sus emociones ni inmediata ni espontáneamente, ocurra o no un desastre natural.
5. La magnitud de un desastre viene dada por el grado de vulnerabilidad de la población que lo padece, más que por su intensidad *física*. Por lo tanto, la intervención debe estar orientada, no sólo a aspectos reparadores, paliativos o de carácter humanitario o caritativo sino, fundamentalmente, a la reducción de los factores de vulnerabilidad.
6. Entre los factores de vulnerabilidad debemos destacar.
 - Un nivel *psico-biológico*: Estructura de la personalidad. Resistencia a la frustración. Excitabilidad.
 - Un nivel *social y comunitario*: Calidad de las redes sociales, intensidad de la cohesión vecinal.

- Un nivel *político-económico*: Desarrollo de políticas económicas favorecedoras de las desigualdades sociales.
 - Un nivel *político-ambiental*: Desarrollo de políticas ambientales favorecedoras de un desarrollo insostenible y la desprotección de una política de vivienda adecuada a las circunstancias ambientales del país.
 - Un nivel *cultural-ideológico*: Desarrollo de explicaciones apocalípticas en tomo a la etiología del desastre.
7. Se impone, en fin, un compromiso por parte de todos los responsables vinculados a la ayuda de emergencia de generar una cultura de prevención y de desarrollo de estrategias de afrontamiento. A los responsables políticos de los países en riesgo de padecer desastres debe exigírseles que desarrollen, de una vez por todas, medidas orientadas a la reducción de los factores de vulnerabilidad en lugar de lamentarse hipócritamente de los problemas de "salud mental" que provocan las catástrofes "naturales". Y, a nuestros responsables políticos medidas de cooperación más ágiles y eficaces orientadas, no solamente a labores de reconstrucción, sino fundamentalmente, al co-desarrollo.

CAPÍTULO XIII

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS: EL PAPEL DE LOS RECURSOS HUMANOS

Margarita Bravo Sanz

Este capítulo pretende reflexionar sobre el papel que han de cumplir y las competencias que han de poseer, los profesionales que, sintiéndose implicados con la intervención social, llevan a cabo su trabajo en organizaciones de servicio a la comunidad.

Pero para poder abordar esta aplicación práctica hemos intentado reunir primero aquellos conceptos que creemos pueden proporcionarnos una base reflexiva sobre el importante papel que los recursos humanos juegan en una organización de servicios. La extensión de estas páginas no nos permite una discusión más detallada de los mismos, nos limitaremos, por tanto, a sintetizar el propio concepto de recursos humanos y a apuntar cada aspecto que vamos a mencionar. Vamos a detenernos sucintamente en tres aspectos: el concepto de recursos humanos, los cambios actuales en el entorno de trabajo y su efecto sobre las organizaciones, y el nuevo sistema de gestión por competencias implicado en toda relación de empleo: la persona, la organización y el escenario laboral.

1. SOBRE EL CONCEPTO DE RECURSOS HUMANOS

La expresión "recursos humanos" forma hoy parte de nuestro acervo particular y se utiliza cada vez con más frecuencia referida a contextos muy diferentes. Por una parte, el adjetivo humano nos hace pensar en las personas. Por la otra, la palabra recurso hace alusión a los elementos precisos para resolver una necesidad. Estas dos consideraciones permiten enfocar el significado de "recursos humanos" desde dos perspectivas amplias y diferenciadas.

En primer lugar, hemos de tener en cuenta que las organizaciones no son entes abstractos. Las organizaciones están conformadas por personas que, utilizando medios y recursos de muy distinto tipo, van a realizar una serie de actividades laborales con un fin determinado. Pero es más, las personas ponen al servicio de la organización sus propios recursos, es decir, su experiencia, capacidad o habilidad, para que, de forma integrada, se consigan las metas organizacionales. Así, enfáticamente, se reconoce que las personas, el capital recurso humano, es esencial para el crecimiento y el bienestar económico de un país, una empresa o de cualquier organismo con un propósito concreto.

Por otra parte, este entusiasmo generalizado por el factor humano hace que sea difícil encontrar empresas con aspiraciones de crecimiento y continuidad que no luzcan en su organigrama estructural un flamante departamento, sección o área de recursos humanos desde la óptica de la organización. En un sentido amplio, se hace necesario la creación de una función específica para gestionar el intercambio de recursos entre el individuo y su empresa. Esta labor, que en principio se acogió a la denominación de Dirección de Personal, ha ido evolucionando y siendo sustituida por el actual modelo de "Recursos Humanos". En respuesta a los cambios del entorno, el modelo de recursos humanos se ha comprometido con nuevas exigencias, este órgano es el encargado de atraer, seleccionar, desarrollar y retener a sus miembros organizacionales y, de gestionar el intercambio de relaciones entre los individuos y su empresa.

El modelo "Recursos Humanos" ha marcado una época a lo largo de la cual ha evolucionado de forma evidente. Se ha adaptado ejemplarmente a las tecnologías de la información y ha conseguido —o está en vías de conseguir— que directivos y jefes de todos los niveles jerárquicos asuman unas responsabilidades respecto a la gestión de las personas que ni siquiera imaginaban al inicio de esta etapa. Desde el punto de vista evolutivo ha sido un gran éxito. Sin embargo, no obstante, todavía la percepción que los directivos tienen de los seres humanos que trabajan en sus empresas suele ser, cuando menos, bastante ingenua, y nuevos desafíos se presentan para la actual gestión de recursos humanos, a la que debe exigirse un papel integrador y conciliador de los diferentes intereses implicados en la relación laboral.

A primera vista, la relación normas de intercambio individuo-organización, especificadas explícitamente en el contrato de empleo, parecen claras. Los empleados y empleadas se comprometen a poner las capacidades relacionadas con la ejecución de las tareas convenidas a disposición de la empresa y, la organización por su parte, está obligada a satisfacer las necesidades de sus miembros recompensado según convenio.

Sin embargo, esta concepción simplista no sólo está quedando obsoleta sino que es manifiestamente incorrecta. La conducta humana representa un sin fin de variables complejas e interconectadas y, en este sentido, de acuerdo con Filella

(1994, p. 75) "es siempre la persona quien en último término decide, cómo va a reaccionar y que recursos va a poner a disposición de los demás según la percepción que tiene de sí mismo y del escenario en que se encuentra".

Basta una mirada a la situación de muchas personas dentro de la organización para hacerlos coincidir con la opinión de Bill O'Brien:

"Las personas ingresan en las organizaciones como individuos brillantes, cultos y entusiastas, rebosantes de energía y deseos de introducir cambios. Cuando llegan a los treinta años, algunos se concentran sólo en su propia promoción y los demás reservan su tiempo para hacer lo que les interesa el fin de semana. Pierden el compromiso, el sentido de misión y el estímulo con que iniciaron su carrera. Aprovechamos muy poco de sus energías y casi nada de su espíritu". (Citado por Senge, 1992, p. 16)

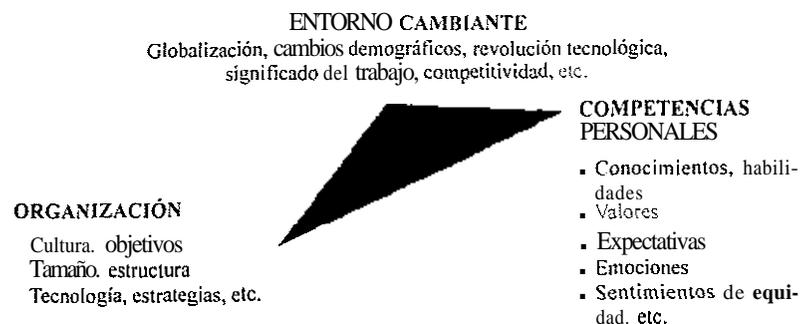
A la luz de estas consideraciones parece que la relación de reciprocidad entre la persona y la organización se presenta más compleja de lo podría juzgarse en un principio y, así, el estilo de gestión del profesional de recursos humanos no puede ser acometido basándose en regulaciones que reflejan los estilos de gestión de antaño, porque la conexión: empleado-tarea-sueldo es un trinomio empobrecedor (Filella, 1994) el trabajador mantiene con respecto a su empresa determinadas actitudes, compromisos, sentimientos o expectativas que, de una manera u otra, son responsables del comportamiento laboral.

Aunque los supuestos fundamentales de la Teoría Y (McGregor, 1960) son bien conocidos por los teóricos de las organizaciones. Sin embargo, en la práctica sigue siendo utópico aceptar que el ser humano es capaz de manifestarse creativo, responsable y comprometido con la organización cuando sus necesidades de estimación y logro son satisfechas. Con demasiada frecuencia se olvida también que las expectativas de reciprocidad, la percepción de equilibrio entre lo que se da y lo que se recibe, mediatizan toda relación de intercambio.

Se entiende entonces que, para alcanzar calidad y eficacia mediante la implicación de sus recursos humanos, las organizaciones flexibles deben adaptarse no sólo a los convulsos cambios del entorno de trabajo, sino que deben ser capaces, además, de reforzar y desarrollar las competencias humanas en una estructura social que demuestre un interés específico por la persona en su totalidad, no sólo como "recurso".

Estos presupuestos representan un desafío para la actual gestión de recursos humanos, a la que debe exigirse un papel integrador y conciliador de los diferentes intereses entre las partes implicadas en la relación laboral.

Desde este planteamiento, se hace necesario detenemos en los tres elementos que, a mi juicio, son fundamentales para entender la compleja articulación que se lleva a cabo en el desarrollo y gestión de los recursos humanos. La siguiente figura los representa en cada vértice del triángulo.



2. EVOLUCIÓN DEL ENTORNO DEL TRABAJO

Desde la pasada década de los 90 están acaeciendo profundas transformaciones en los contextos laborales. Esta evolución se ha convertido en una **revolución** por la manera en que ha afectado sensiblemente al ser humano, tanto en su forma de vivir como en la forma de relacionarse con su trabajo. La sociedad posmoderna no sólo está cambiando, sino que un amplio sector de la misma se está cuestionando sobre la dirección de los cambios y sobre el modo que las organizaciones han funcionado hasta ahora y cómo deberían funcionar en el futuro (Nirenberg, 1993). En este sentido, Beckhard y Harris (1988) han señalado:

"El mundo donde existen y seguirán existiendo las organizaciones está en cambio continuo: cambian las relaciones entre naciones, instituciones, socios empresariales, y organizaciones; cambia la estructuración de 'los que tienen' y 'los que no tienen'; cambian los valores y las normas predominantes que gobiernan a la sociedad y a las instituciones; cambian el carácter y la cultura de las organizaciones, cambia la forma de realizar el trabajo: cambian las prioridades en torno o la manera de pasar el tiempo y vivir la vida." (p. 1).

Este escenario trazado con las tendencias actuales pone de manifiesto múltiples transformaciones en el entorno laboral. Cabe señalar más, pero sólo nos limitaremos a exponer cinco de ellas.

A) No sólo hemos pasado de una sociedad de producto a una sociedad de servicios, sino que nos encontramos transitando hacia una sociedad del conocimiento. Casado y Lavin (1999) señalan tres factores —las tres C— que definen, a su juicio, las nuevas reglas del juego de la denominada época del conocimiento:

- Consumidores que exigen especificidades y precisan de unos servicios a medida de sus necesidades, produciendo una fragmentación y sofisticación de la demanda.

- Competidores, la globalización, la des-regularización y la virtualización de los mercados modifican sustancialmente las normas de la competencia vigentes hasta ahora.
- Cambio, acelerado y continuo que crece en progresión **logarítmica** empujado por la implantación de las nuevas tecnologías. Un ejemplo ilustrativo de lo que acabamos de decir es que fueron necesarios **aproximadamente** cuatro siglos para que la imprenta se expandiera por el mundo y afectara a millones de personas, la radio tardó setenta años, el teléfono cincuenta, la televisión veinticinco, el ordenador personal solamente diez, e Internet ha llevado tres años.

Así, el nuevo tipo de empleado(a) del siglo XXI, difiere del trabajador de décadas anteriores, se convierte en palabras de Casado y Lavin (1999) en "un vendedor de servicios" que debe estar abierto a un aprendizaje continuo para desempeñar con la misma eficacia trabajos distintos, un empleado multicultural y multilingüe dispuesto a trabajar en cualquier lugar geográfico. La relación de intercambio contractual se altera, se tiende a un trabajador con una formación variada que no necesariamente tendrá un lugar fijo de trabajo ni un contrato estable y que puede "vender" sus conocimientos y habilidades a terceros al mismo tiempo.

B) Frente a la creciente exigencia de flexibilidad en la producción y en la prestación de servicios, se utiliza, con una frecuencia superior a la estrictamente necesaria, el recurso de la eventualidad laboral. La eventualidad resuelve algunos problemas operativos y de adaptación al mercado a corto plazo. En cambio, no resuelve el de la rigidez, sino que la enmascara: ahí donde existía, sigue existiendo, compensada con trabajadores eventuales. Además, genera problemas de índole social y psicológica muy importantes a medio y largo plazo: creación de castas entre los trabajadores, problemas de motivación y de formación, inseguridad ante el futuro, problemas familiares y personales, desinterés por el propio entorno y empresa, indecisión para formar una familia, etc. (Uriz Urzainqui, 2001).

C) Por su parte, el "puesto de trabajo" está empezando a ser dejado de lado, abandonado como estructura organizativa básica. En su lugar aparecen actividades y responsabilidades cambiantes, que diferentes personas o equipos pueden asumir, transferir y abandonar con una fluidez inimaginable hace tan sólo unos años.

D) La formación no puede concebirse ya como mero entrenamiento, sino que debe plantearse de manera más profunda a corto, medio y largo plazo, a fin de atender a las exigencias de competitividad, flexibilidad, rotación, actualización en las nuevas tecnologías, etc. En este sentido, el potencial y las competencias de los empleados han pasado a convertirse en elementos clave a la hora de incorporar y promocionar a las personas dentro de la organización.

E) Asimismo, muchos son los autores que han constatado la aparición y consolidación de nuevos significados del trabajo, nuevas formas de percibir la autoridad, cambios en los valores relativos a la familia y a la participación en la vida social y pública. Todo parece indicar que estamos entrando en una sociedad

en la que, contrariamente a lo que ocurría hasta ahora, el trabajo ya no representará el valor central. Se impone una nueva ética caracterizada por una mayor valoración del tiempo libre, la vida en familia o las actividades de ocio.

Sin embargo, ahora bien, el cambio, como siempre, tiene que ver con la adaptabilidad de las personas y, aunque la velocidad de los mismos sea una característica distintiva de nuestra época. No es la primera vez que los trabajadores y las organizaciones han afrontado con éxito transformaciones en el mundo laboral.

3. EL INTERIOR DE UNA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD

Las organizaciones son muy diversas. Difieren en tipo y tamaño, pueden utilizar distintas tecnologías o poner en práctica estrategias divergentes, existen organizaciones públicas y privadas, manufactureras o de servicios... Un sin fin de características configuran la peculiaridad organizacional. No obstante, cualquier organización cuenta en su interior con dos dimensiones principales:

- Una dimensión técnica, constituida por objetivos, división del trabajo, métodos, instrumentos y lenguaje técnico, relaciones institucionales, etc.
- Una dimensión sociocultural, con valores, creencias y redes de comunicación que se extienden por el tejido formal e informal de la organización.

Estas dimensiones son dinámicas, se encuentran entrelazadas y entre ellas existen estrechas relaciones de interdependencia. Cuando se produce algún pequeño cambio en el sistema técnico siempre tiene consecuencias humanas y viceversa.

Pero también, las organizaciones están abiertas a su entorno, de tal manera que si quieren conseguir beneficios han de tener la capacidad de detectar cambios en el mismo generando respuestas adaptativas.

A un nivel práctico, la tarea organizativa consistirá fundamentalmente en encauzar los recursos, eliminando disfunciones potenciales, para conseguir una relación apropiada con su entorno (por ejemplo, clientes, competidores, sindicatos, la Administración, etc.).

A primera vista, este planteamiento parece pensado básicamente para una organización empresarial pero,

¿Existe realmente una distinción entre organizaciones gananciales y aquellas denominadas sin ánimo de lucro? Podemos estar de acuerdo con que muchas organizaciones con un objeto social no intentan optimizar resultados económicos; sin embargo, toda organización debe producir riqueza, ganancias y obtener beneficios, en el sentido de que la actividad de servicio al cliente pretende alcanzar un mejor nivel y calidad de vida en la sociedad en la que actúa.

Así, la ganancia es siempre necesaria en toda organización aunque sus beneficios sean intangibles (cultura, educación, salud, etc.). Precisamente, tal y como señalan Palom y Tort (1991) todas las organizaciones al servicio del progreso

humano están caracterizadas por un gran contacto personal con el cliente y por la intangibilidad del servicio que ofrecen.

Conseguir un usuario satisfecho es el fin último de este tipo de organizaciones y, por desgracia, con demasiada frecuencia se las ve empeñadas en tratar al usuario como un objeto, ignorando sus necesidades o, lo que es peor aún, considerando que se les está haciendo un favor.

Con este planteamiento, la calidad de servicio, si bien necesita recursos económicos y tecnología adecuada, descansa fundamentalmente en la conducta de su personal. En consecuencia, si las organizaciones de servicios a la comunidad pretenden ser innovadoras socialmente, deberán ser capaces de dar a las personas la oportunidad de sentirse parte de un proyecto compartido y habrán de encontrar procedimientos adecuados para dirigir la energía y la competencia humana hacia un servicio que suscite credibilidad y genere confianza.

4. LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS POR COMPETENCIAS

Para dar respuesta al nuevo tipo de desafíos que se les presenta, muchas organizaciones han optado por la aplicación de un sistema de competencias laborales, en una dirección que logre un mejor equilibrio entre las necesidades organizacionales, las de sus miembros y las de sus clientes o usuarios.

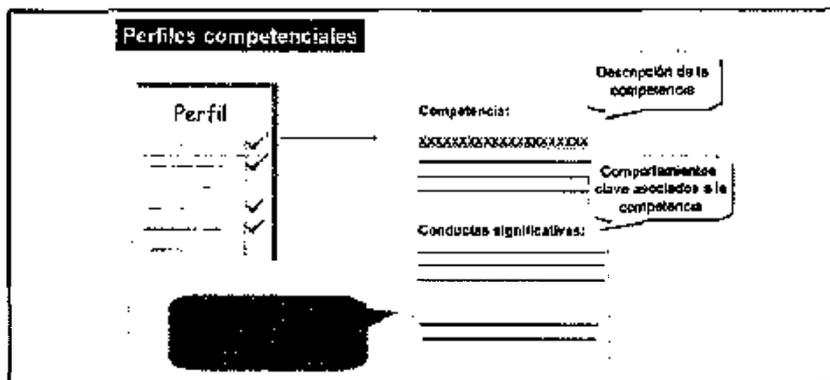
Han pasado más de 30 años desde que el profesor de psicología de la Universidad de Harvard David McClelland publicara el artículo pionero "modificando la competencia más que la inteligencia" (*American psychology*, 1973) e iniciara el movimiento que hoy conocemos como gestión por competencias. McClelland demuestra que los expedientes académicos y los test de inteligencia no siempre son capaces de predecir con fiabilidad la adecuada adaptación a los problemas de la vida cotidiana y, en consecuencia, el éxito profesional. Desde entonces miles de organizaciones han optado por la aplicación de un sistema de competencias laborales, y, es más, emergiendo además esta gestión se está mostrando como un paradigma útil.

A pesar de todo, quedan muchos interrogantes todavía por dilucidar. Así, el propio concepto de competencia, como una alternativa para lograr mejora en el rendimiento de los individuos, ha generado no poco debate y controversia. Tal vez, como señalan Pereda y Berrocal (2001), una de las causas sea el hecho de que cada organización puede necesitar competencias distintas, que en ocasiones reciben el mismo nombre, o las mismas competencias denominadas de manera diferente.

Decualquier forma los enfoques de competencias que se encuentran en la literatura y en la práctica profesional comparten una serie de puntos comunes, por lo que se hace necesario precisar cómo vamos a utilizarlos y cómo vamos a definir aquí el concepto de competencia. Así, "las competencias son un conjunto de comportamientos observables ni las personas que están causalmente relacionados con una actuación exitosa en un puesto de trabajo concreto y en una organización concreta".

De esta definición se deducen los siguientes puntos:

- El constructo competencia tiene un nombre y una definición verbal precisa que aglutina los comportamientos incluidos en la misma.
- Cada competencia tiene un determinado número de niveles o comportamientos clave que la describen y, que reflejan conductas observables, no juicios de valor.
- Todos los puestos llevan asociados un perfil de competencias junto con los niveles óptimos exigibles de cada una de ellas.
- Todas las competencias se pueden desarrollar. Habitualmente esta mejora requiere experiencia práctica.
- Cuando existan desajustes, entre el grado óptimo de la competencia y la evaluación del comportamiento individual, será necesario analizarlos para tomar decisiones de selección, formación o aplicación de incentivos.

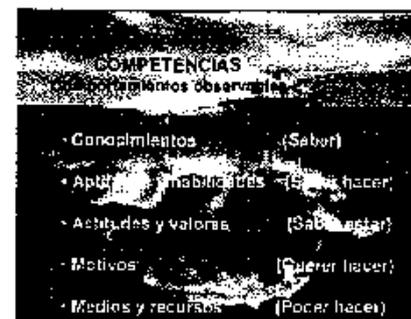


Es el momento de entrar a señalar que no se trata tan sólo de tener un perfil, sino un perfil de competencias predictivo de éxito. Se entiende que el perfil también contiene conocimientos y habilidades. La cualificación de las personas es un requisito mínimo para ser eficiente, pero no pone de manifiesto si es capaz de diferenciar si los trabajadores poseen tan sólo *talento* para el quehacer, es decir, si el trabajador tienen habilidades, destrezas, capacidades genéricas o específicas, o también cuentan con *talante* ante los demás, ante los retos laborales, *desafíos* del día a día respetando los objetivos y valores de la organización.

Cubeiro (1998) recurre a un ejemplo, a mi juicio muy clarificador, para explicar esta distinción: "Cuando pensamos en un buen recepcionista de hotel probablemente estemos de acuerdo en que debe saber idiomas, utilizar un ordenador, conocer los sitios turísticos de la ciudad, etc. Sin embargo, los mejores no tienen Porque ser los que poseen doctorados en filología, informática o estudios turísticos. Los mejores, los que aportan un valor añadido a la organización y proporcio-

nan un servicio de calidad, son los que se acuerdan del nombre de los clientes. los atienden excelentemente, captan lo que necesitan, tienen detalles con ellos". A esto último estas conductas últimas nos referimos cuando hablamos de competencias. Comportamientos, que por otra parte, no siempre se manifiestan aunque se tenga la capacidad. Es decir, no basta con tener memoria para preocuparse de recordar el nombre de los clientes. cuando bien, se necesita también actitud de servicio y motivación.

Para que una persona lleve a cabo los comportamientos incluidos en las competencias que conforman el perfil de éxito, es imprescindible que en ella estén presentes en mayor o menor grado una serie de elementos. Estos componentes constituyen el substrato sobre el cual opera la conducta humana y que gráficamente podemos observar en la metáfora del iceberg conductual.



- Saber.** Conocimientos necesarios para la realización de una tarea.
- Saber hacer.** Capacidad para aplicar los conocimientos a un problema o situación dada.
- Saber estar.** Ajuste de los comportamientos a las normas, valores y reglas de la organización.
- Querer hacer.** Motivación para esforzarse y generar el comportamiento.
- Poder hacer.** Referido a que la persona disponga de los elementos y recursos para llevar a cabo el comportamiento incluido en la competencia.
 - Estos son comportamientos observables. Comportamientos que son puestos de manifiesto, lo que no siempre ocurre (no todos los profesionales con suficiente memoria, pongamos por caso, se preocupan de recordar el nombre de los clientes). Son las competencias las que superado el listón de conocimientos y habilidades requeridas, marcan la diferencia.

La competencia así definida como comportamiento observable es considerada como un enfoque holístico, en la medida que integra y relaciona comportamientos y tareas, toma en cuenta el contexto y la cultura de la organización e incorpora la ética y los valores como elementos de desempeño competente.

Ciertamente la novedad y la ventaja de este enfoque no consiste en un cambio de nomenclatura de aquellos atributos de éxito que siempre han venido utilizándose en las empresas. Las competencias cobran relevancia en tanto que permiten un cambio de perspectiva, el pasar de asociar los conocimientos de los empleados directamente en un puesto de trabajo muy concreto a focalizar los esfuerzos de todas las personas de la organización hacia los resultados y las necesidades de una unidad de trabajo.

Por su parte, los métodos basados en competencias también son más transparentes; permiten un lenguaje común porque hablamos de comportamientos observables y operativos, fáciles de entender por todos los niveles de la organización; clarifican a los trabajadores donde se encuentran, cual es su papel y que conductas son necesarias para poder satisfacer y prever las necesidades del cliente; y en último término, proporcionan una referencia clara para detectar la posibilidad de introducir mejoras e iniciativas oportunas.

Especialmente importante para que un modelo sea aceptado es que se perciba como preciso y Útil por aquellos que van a utilizarlo. En este sentido, es necesaria la participación de los empleados en la confección de los perfiles, verificando que se tratan de conductas reales que concuerdan con la experiencia de los trabajadores eficaces.

Para determinar cuales son las competencias que realmente producen un desempeño de calidad en la jefatura de un equipo y dentro de una organización de servicios comunitarios, se puede poner en práctica la técnica de Panel de Expertos. Procedimiento, éste, que goza de una alta validez entre aquellos utilizados para el establecimiento de perfiles competenciales.

La gestión por competencias se encuentra directamente relacionada con otras novedosas practicas o conceptos de recursos humanos, como la virtualización del trabajo, la organización que aprende, el desarrollo organizativo, los nuevos modelos de relaciones laborales o la flexibilidad.

CAPÍTULO XIV

EL SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO (*BURNOUT*) EN EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

M^a Auxiliadora Durán Durán

El ámbito de las instituciones que vertebran la intervención social y comunitaria destaca en la literatura como un contexto laboral en el que los diversos colectivos profesionales implicados (p.e., trabajadores sociales, profesionales de la psicología, enfermería, medicina, educadores, etc.) pueden verse afectados por el síndrome de estar quemado por el trabajo (*burnout*). No obstante, el foco de interés de los investigadores se ha diversificado desde que Freudenberger (1974) perfilara el horizonte conceptual del constructo en el marco de las profesiones asistenciales, ampliándose progresivamente ese marco de análisis hasta incluir a otros colectivos ajenos a este ámbito (Schaufeli y Enzmann, 1998; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Lejos de ser considerado un problema menor, y a pesar del desarrollo de legislación orientada hacia la prevención de riesgos laborales, los datos obtenidos en la tercera encuesta sobre condiciones de trabajo en Europa (Fundación Dublin, 2000; N= 21.500) han constatado que el estrés ocupa el segundo lugar entre los problemas de salud más comunes relacionados con el trabajo (28%), seguido por el síndrome de *burnout* que, junto a los dolores musculares, afectaría a un 23% de los trabajadores europeos incluidos en el estudio.

Igualmente, la importancia de esta temática en el ámbito de la intervención social y comunitaria se ve reflejada, desde una aproximación formativa, en recientes aportaciones en tomo al desarrollo del currículo académico del profesional del trabajo social (Sewpaul y Jones, 2005). Así, entre los estándares globales sobre

aspectos centrales del currículo (apartado 4.2.2), se ha especificado como objetivo la evitación del síndrome de estar quemado al señalar que el profesional ha de compartir con sus empleadores la responsabilidad en cuanto a su bienestar y desarrollo profesional.

1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME Y PREVALENCIA EN DIVERSOS CONTEXTOS PROFESIONALES

Al acercamos a la definición del síndrome de estar quemado, Schaufeli y Enzmann (1998) proponen definirlo como un estado mental persistente, negativo, relacionado con el trabajo, que aparece en individuos normales, y se caracteriza por agotamiento emocional, acompañado de estrés, sentimientos de reducida competencia, poca motivación y actitudes disfuncionales en el trabajo. Sin contradecir esta aproximación, la definición más clásica y aceptada, fruto del trabajo empírico y apoyada en la extensión del uso del Maslach *Burnout Inventory* (MBI), presenta al síndrome como una estructura *tridimensional* (Maslach y Jackson, 1986; Maslach et al., 2001), identificando tres síntomas que aparecerían en respuesta al estrés laboral crónico. De este modo, un profesional "quemado por su trabajo" se siente emocionalmente exhausto, agotado en su esfuerzo por afrontar las demandas que le plantea la actividad laboral (Cansancio emocional); mantiene una actitud impersonal, fría y cínica hacia los usuarios de los servicios que presta o hacia la actividad misma (Despersonalización-Cinismo); y experimenta fuertes sentimientos de incompetencia y fracaso en el desarrollo de su trabajo (baja Realización personal-Eficacia profesional). La doble denominación de las dos últimas dimensiones responde a la extensión del concepto y medida del síndrome a profesiones no-asistenciales, para cuya evaluación se ha desarrollado una versión específica del cuestionario MBI (*MBI-GS*). En el contexto de este tipo de actividades las dimensiones hacen referencia no tanto a las reacciones emocionales provocadas por el contacto con otras personas sino a la propia actividad laboral (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Asimismo puede ser reflejada en este apartado una caracterización del síndrome construida desde un discurso *existencial* (Maslach y Leiter, 1997: 17):

"Es el índice de *separación* entre lo que la gente es y lo que ha de hacer. Representa una *erosión* en valores, *dignidad, espíritu y voluntad* —una *erosión del alma humana*—. Es una *enfermedad* que se *extiende gradual y continuamente* o *través del tiempo, envolviendo al individuo en una espiral descendente* de la que es *difícil recobrase*. [...] *implica trabajar en una situación de desequilibrio crónico en la cual el trabajo demanda más de lo que puedes dar y ofrece menos de lo que necesitas*".

La polémica con respecto al grado de intensidad y extensión del *burnout* en diferentes sectores profesionales queda reflejada de modo paradigmático en el campo del trabajo social. Así, a pesar de la idea general de que ésta es una de las profesiones con mayor riesgo debido a la confluencia de factores que afectarían la práctica profesional (p.e., fuerte relación de intercambio con el usuario, situaciones sociales complejas, criterios de evaluación del trabajo poco claros, abundantes conflictos de rol, incertidumbre y recursos limitados para alcanzar altas demandas), Soderfelt, Soderfelt y Warg (1995) han señalado que teniendo en cuenta los estudios realizados y sus limitaciones no es posible afirmar de modo rotundo que los trabajadores sociales presenten más *burnout* que otros colectivos. Esta opinión, manifestada a mitad de la década de los noventa, se ve ratificada en estudios más actuales (p.e., Trudeau, Russell, de la Mora y Schmitz, 2001) que han comparado la situación de diversos colectivos profesionales (psicólogos, psiquiatras, terapeutas de pareja y familia y trabajadores sociales) con relación a diversas variables sin detectar diferencias estadísticamente significativas entre trabajadores sociales y los demás profesionales en cuanto a nivel de *burnout* o satisfacción laboral. En cambio, otros trabajos (Takeda, Yokoyama, Miyake y Ohida, 2002) han indicado que el 50.9% de la muestra estudiada padecía *burnout* alto, relacionándose el síndrome con el tiempo dedicado a visitas domiciliarias por día de trabajo y la baja satisfacción laboral.

Como han apuntado Schaufeli y Enzmann (1998), determinar la prevalencia del síndrome es una cuestión de difícil respuesta no exenta de problemas debido a los diversos tipos de muestras analizadas, las particularidades de las mismas, los criterios diagnósticos utilizados, etc.

A continuación (Tabla 1) se muestra la distribución normativa recogida en el manual del cuestionario MBI (Schaufeli y Enzmann, 1998) de las dimensiones del síndrome en diversos ámbitos y colectivos profesionales vinculados a la intervención comunitaria. Estos datos se refieren a muestras estadounidenses, siendo la puntuación media global para Cansancio emocional de 23.54 (Sx 11.91), 8.03 (Sx 6.33) para Despersonalización y 11.73 (Sx 7.75) para baja Realización personal.

2. LA EVOLUCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL Y ORGANIZACIONAL

Los cambios en la concepción de las instituciones que podríamos denominar de bienestar social perfilan un paradigma de gestión orientado hacia la eficacia y eficiencia de los sistemas bajo criterios economicistas. Junto a esta evolución general vinculada a la quiebra del Estado del Bienestar, y la consiguiente merma en los recursos económicos disponibles, los profesionales han de afrontar un desempeño diario de su labor caracterizado por las intensas, complejas y continuas interacciones con los usuarios de estos servicios, la constante demanda de calidad, consecución de objetivos, atención individualizada, rapidez en la respuesta y satis-

Ámbito/profesión	Cansancio emocional		Despersonalización		Baja realización personal	
	Media	Sx	Media	Sx	Media	Sx
Educación (no universitaria)	28.15	11.99	8.68	6.46	11.65	7.41
Servicios sociales	24.29	12.79	9.17	7.16	13.45	8.55
Salud mental	20.42	10.10	6.29	4.72	8.95	6.99
Trabajadores sociales	20.82	10.17	6.95	5.60	12.85	7.80
Otros profesionales servicios sociales	26.47	13.75	11.08	7.56	13.84	8.98
Profesionales psicología	19.75	9.77	6.14	4.45	7.06	6.07

Tabla 1. Datos normativos (MBI) de diversas poblaciones (Schaufeli y Enzmann, 1998).

facción de usuarios que conciben los servicios como derechos, escasa supervisión, falta de recursos, etc. Este conjunto de factores pone de manifiesto que el espacio organizacional en que se desarrolla la intervención social y comunitaria puede favorecer la aparición del síndrome de estar quemado, fruto de la respuesta a los estresores crónicos que han de afrontar los profesionales. En este marco, los profesionales devienen co-protagonistas e instrumentos de una realidad en transformación, motor de cambio en un nuevo espacio social donde han de adaptar su práctica profesional a nuevas demandas y expectativas crecientes en un contexto de reformas políticas y sociales, y, con frecuencia, de escaso reconocimiento social.

El mantenimiento en la organización de los empleados de instituciones de servicios sociales, y otras instituciones en el ámbito asistencial, constituye una seria preocupación reflejada tanto desde la investigación académica (Barak, Nissly y Levin, 2001) como desde los medios de comunicación (SocietyGuardian.co.uk, 25/11/2002). La alta rotación supone un enorme desafío en países con tasas de abandono entre el 30 y 60%, de modo especial si se tienen en cuenta las implicaciones para la calidad, coherencia y estabilidad de los servicios ofrecidos. De hecho, estas elevadas tasas podrían reforzar la desconfianza del usuario en el sistema y desanimar a otros profesionales (Barak et al., 2001). Sin embargo, es importante tener en cuenta que *burnout* y estrés laboral resultan problemáticos aún cuando el profesional no abandone la organización, ya que incidirían en el logro de objetivos, absentismo, etc.

Algunos trabajos de investigación llevados a cabo en servicios de protección de menores (Drake y Yadama, 1996) han desvelado que los profesionales con mayor cansancio emocional y despersonalización presentan mayor probabilidad de dejar su trabajo, mientras la realización personal actuaría como elemento amortiguador disminuyendo el abandono. En esta línea, los resultados de un estudio realizado por Barak et al. (2001) con metodología de meta-análisis corroboran este potencial predictivo del *burnout* con relación al abandono de los profesionales en contextos organizacionales de protección de menores, bienestar social y servicios asistenciales, siendo la dimensión de agotamiento emocional la que muestra un mayor potencial predictivo (Tabla 2).

	Intención abandono	Abandono actual
<i>Burnout</i>	.42	.19
Satisfacción laboral	-.40	-.19
Compromiso organizacional	-.34	-.16
Compromiso profesional	-.44	-.13 (n.s.)
Estrés	.30	-.15
Apoyo social	-.27	-.10

Tabla 2. Predictores de la intención de abandono y del abandono del puesto (Barak et al., 2001).

3. EL DESAJUSTE PERSONA-TRABAJO: LOS ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DESDE UN MARCO EXPLICATIVO GENERAL

Puesto que habitualmente la prestación de servicios a la comunidad se ofrece desde un contexto institucional, el diseño organizacional que constituye la estructura del rol, la estructura de poder o la estructura normativa tiene un gran efecto sobre la percepción de estrés laboral y *burnout*. En particular, las expectativas conflictivas, incompatibles o ambiguas dentro de una organización han sido identificadas como responsables de la tensión laboral en áreas de servicios asistenciales (Um y Harrison, 1998).

Alejados del papel casi exclusivo que inicialmente se había otorgado a las relaciones con los usuarios como antecedente del síndrome, a finales de los noventa Maslach y Leiter (1997) plantean el *burnout* como un producto del desajuste persona-trabajo, de la discrepancia entre las necesidades de la persona y las demandas laborales en un contexto laboral donde priman la globalización y la competitividad, la tecnología y la eficiencia. Este triunfo de valores economicistas conllevaría un efecto en cadena que acaba alcanzando al profesional y se refleja en seis áreas vinculadas a su labor diaria afectando negativamente al desempeño de su trabajo: excesiva carga de trabajo, ausencia de control sobre su actividad, recompensas insuficientes a su labor, ruptura del sentimiento de comunidad y solidaridad, percepción de ausencia de equidad o justicia en el contexto organizacional y la presencia de valores en conflicto.

De este modo, ha de enfrentarse a una situación que exige cada vez más de su rol profesional y sus expectativas iniciales no siempre se ven apoyadas por el marco organizacional. Como consecuencia, muchos profesionales se distancian de los usuarios y pierden su implicación. Ese proceso se perfila como un deterioro del compromiso con el trabajo y de las emociones, un problema que suele percibirse como una crisis personal, pero esconde un entorno laboral problemático, en el que la influencia de factores económicos, políticos y culturales genera un clima propicio al *burnout*. En este sentido, las aportaciones de Geurts, Schaufeli y Rutte (1999) han vinculado el abandono a la inequidad percibida en la relación laboral,

la cual generaría resentimiento, que a su vez puede resultar en pobre compromiso organizacional, más altas tasas de absentismo y un incremento en las tasas de abandono.

La emoción deviene así elemento clave para comprender cómo surge del desajuste entre empleado y ambiente laboral, el síndrome. En esta situación están presentes emociones negativas como frustración, enfado, miedo o ansiedad, y brillan por su ausencia las emociones positivas que retroalimentan el compromiso y la motivación inicial (Gil-Monte, 2005).

4. EL SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO COMO UNA CRISIS DE COMPETENCIA

Si bien resulta evidente la multiplicidad de factores individuales, grupales, organizacionales y sociales que favorecen la aparición del síndrome, diversos modelos explicativos han destacado el choque que se produce en las profesiones asistenciales entre las expectativas iniciales de ayuda o eliminación del sufrimiento, y las estructuras organizacionales, no siempre capaces de darles respuesta. Situación favorecida por las carencias de la formación recibida, habitualmente deficitaria en control de las dificultades emocionales ligadas al trabajo, lo cual puede llevar a sentimientos de fracaso o incapacidad, y desembocar en actitudes negativas hacia el trabajo y la vida en general.

Para ilustrar ese proceso, Cherniss (1995) ha enfatizado la relevancia de la crisis de competencia que sufren los profesionales al afrontar su actividad laboral y su conexión con el *burnout*. En este seguimiento de la trayectoria de carrera de casi treinta profesionales, el autor observó que las expectativas heroicas transmitidas por los medios de comunicación y las crecientes demandas sociales estimulaban la asunción de objetivos muy elevados y una imagen profesional basada en la competencia y la independencia. Sin embargo, los nuevos profesionales tuvieron que afrontar una realidad de restricciones y demandas para las que no estaban preparados: el trabajo con los usuarios y sus dificultades les decepciona, y a esta decepción se suma la escasa confianza en sí mismos, falta de orientación inicial y autonomía, rutina y burocracia, escaso aprecio de su trabajo, y el hecho de que los compañeros no siempre van a ofrecer el apoyo o *feedback* que les ayude a sentirse más competentes.

Durante este proceso, los profesionales cambiaron mostrándose menos humanitarios y comprometidos. La vocación se convirtió en simple trabajo y los usuarios, en especial los más difíciles, en *adversarios*. Disminuir los propios niveles de exigencia o desempeño, culpar a otros o al sistema de las dificultades, y limitar la implicación en el trabajo para aumentar la probabilidad de sentirse competentes **constituyen cambios auto-protectores** que pueden culminar en un declive en la atención y el compromiso, o en el abandono de su actividad profesional. En este sentido,

Cherniss (1995) considera tan relevantes los cambios de perspectiva, en idealismo, atención, humanitarismo, compromiso y filosofía social que puede sufrir el profesional como el hecho de mantenerse o no trabajando en el sector público.

No obstante, esa visión del proceso se equilibra con cambios que ayudaban al profesional a sentirse competente. Para muchas personas las condiciones laborales mejoran, las expectativas ganan en realismo y se produce un *insight* de carrera más preciso. Todo ello hizo posible un mejor ajuste *profesional-puesto*, y favoreció que se sintieran más eficaces en su trabajo. El desarrollo de una nueva actitud positiva hacia los usuarios, verlos con algo más que *problemas* y actuar de modo atento y humanitario requería de un medio organizacional que ofreciese al profesional recursos para llevar a cabo su labor.

Un reciente estudio que trataba de identificar los factores asociados al *burnout* en trabajadores de servicios sociales (Magennis, 2005) ha apoyado en buena medida muchos de los factores identificados por Cherniss. Así los profesionales con alto nivel de incertidumbre sobre el futuro, bajo nivel de auto-estima profesional y escasa habilidad profesional era más probable que sufrieran el síndrome, siendo menor la probabilidad de padecerlo entre quienes disfrutaban de experiencias positivas con sus compañeros, flexibilidad en su trabajo, adecuadas oportunidades de promoción y bajos niveles de burocracia innecesaria.

5. LA INFLUENCIA DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA EN EL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*: LA INVESTIGACIÓN SOBRE *ENGAGEMENT*

Frente a una aproximación marcada por la psicología positiva (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), el concepto de *engagement* enfatiza desde una aproximación europea su carácter de constructo motivacional positivo, un estado cognitivo-afectivo persistente en el tiempo, con cierto carácter no específico, e integrado por tres dimensiones (p.e., Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002): Vigor, que hace referencia a altos niveles de energía, junto con un fuerte deseo de esfuerzo y persistencia en las tareas que se realizan; Dedicación, la cual implica elevados niveles de significado, entusiasmo, inspiración, orgullo y reto en el trabajo; y Absorción, que supone altos niveles de concentración y disfrute durante el desempeño de la actividad laboral. Aunque se trata de una línea de estudio reciente, la investigación apunta una relación negativa con el síndrome de estar quemado y señala antecedentes y consecuencias diferenciales para ambos constructos. Así, el origen del *burnout* se vincula a elevadas demandas laborales y puede provocar deterioro en la salud del trabajador (Schaufeli y Bakker, 2004), mientras el *engagement* se relaciona con la disponibilidad de recursos laborales y favorece un mayor compromiso organizacional (Salanova *et al.*, 2000) y menor intención de abandono (Schaufeli y Bakker, 2004).

6. ALGUNOS APUNTES SOBRE INTERVENCIÓN

Resulta imprescindible al abordar este apartado destacar la responsabilidad institucional con relación al estrés laboral y al desarrollo del *burnout*, y la necesidad de poner en marcha programas que canalicen la prevención/intervención desde los niveles individual, **grupal** y organizacional (Gil-Monte, 2005; Schaufeli y Enzmann, 1998). Transformar las organizaciones en *lugares* de apoyo (formación interna, apoyo de supervisores y del grupo de compañeros) puede convertirse en un cambio altamente rentable para las instituciones y también para la sociedad en su conjunto (Acker, 1999). Centrándonos en el ámbito de los servicios asistenciales, pueden apuntarse variados ejemplos de actuaciones que abarcarían desde el desarrollo de intervenciones mediante **grupos** Balint, en los que se abordan tanto cuestiones de salud laboral como organizacionales (Rabin, Saffer, Weisberg, Kormitzer-Enav, Peled y Ribak, 2000), hasta programas de socialización que permiten compatibilizar formación, integración en un **grupo** de iguales, supervisión directa y práctica profesional con incremento gradual de casos asignados (Burke y Richardsen, 1993).

En esta línea, ofrecer una imagen realista de la actividad laboral supone una herramienta muy útil como prevención del síndrome (Acker, 1999), pues en los contextos asistenciales es probable que los recién llegados sean poco realistas con respecto a su labor y a los resultados que pueden esperar de ella. Autores como Um y Harrison (1998), quienes destacan la influencia del conflicto de rol sobre el desarrollo del síndrome, defienden la necesidad de ofrecer una formación que oriente a los nuevos profesionales sobre posibles estresores de rol. Recomendación basada en la frecuencia de mensajes distintos y contradictorios que pueden recibir los profesionales provenientes de sus propias instituciones, entidades financiadoras de la actividad y la sociedad. Igualmente establecer reuniones conjuntas profesionales-supervisor o generar un **grupo** de apoyo compuesto por compañeros podría ayudar a identificar y controlar los estresores de rol en el lugar de trabajo. Finalmente, otras líneas de actuación (Acker, 1999) apuntan hacia cierta flexibilidad en el tipo de población con la que se trabaja y la severidad de su problemática, tiempo de implicación en determinadas tareas, etc.

CAPÍTULO XV

LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO INSTRUMENTO DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Trinidad López Espigares

El concepto de Interdisciplinariedad aunque de plena actualidad tiene unos largos antecedentes. Así, por ejemplo, para Torres-Santomé (1987) "desde el punto de vista histórico, la tendencia a la diferenciación del conocimiento en una multiplicidad de disciplinas autónomas es algo que se viene **concretizando** desde comienzos del siglo XIX, vinculado al proceso de transformación social que se estaba dando en países europeos... y que necesitaba de una especialización en concordancia con la división especializada del proceso productivo que la industrialización favorecía... Las técnicas y los **saberes** se fueron diferenciando progresivamente... surgiendo de este modo el concepto de disciplina, con un objeto, método y procedimientos **específicos**" (pág. 108).

Según Bertalanffy (1976), en la ciencia moderna ha ido concurriendo una especialización creciente de los conocimientos, una inmensa cantidad de datos, complejidad de técnicas, y estructuras teóricas en cada campo.

En nuestra realidad social cotidiana coexisten diferentes campos profesionales y diferentes campos disciplinarios muy ligados entre sí, bien porque comparten sus orígenes históricos o bien porque concurren en el análisis o intervención y que ocasiona que puedan tender a concretarse simultáneamente en el objeto de estudio.

Desde una perspectiva clásica cada profesional estudiaba, diagnosticaba e intervenía en una parte de la realidad social, de acuerdo a su rol profesional. Cada profesional trabajaba su área de intervención, siendo el responsable y el ejecutor

en la toma de decisión y además era el solo el que estaba al frente de su actuación. Pero desde fines de los años 70 ha existido por parte de especialistas en el campo de las ciencias humanas y sociales, la necesidad de ver una visión holística e integral de la realidad. Los antecedentes de esta estrategia de trabajo se remontan a la segunda guerra mundial en el ámbito de salud.

1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

Un problema en tomo al concepto que nos ocupa es el de encontramos, como los advierte Follari (1982), con un vocablo lleno de polisemias. De hecho dos términos que tienden a confundirse en el uso común es el de **multidisciplinariedad** e **interdisciplinariedad**.

Siguiendo a Porcel (1985) entendemos por **Multidisciplinariedad** "yuxtaposición de diversas disciplinas, a veces sin relación aparente entre ellas, prescindiendo de la relación conceptual y metodológica" e **Interdisciplinariedad** "integración interna y conceptual que rompe la estructura de cada disciplina para construir una axiomática nueva y común a todas ellas con el fin de dar una visión unitaria de un sector del saber" (pág. 12).

Jantschen (1980) entiende la interdisciplinariedad como "la interacción entre dos o más disciplinas que da como resultado una intercomunicación y un enriquecimiento recíproco" (pág. 142). Habría que destacar que este enriquecimiento no se refiere a una suma, sino a una transformación de los enfoques con que aborda un objeto específico, ya sea abstracto o concreto. Además habría que destacar que la interdisciplinariedad no **buscaría** la desaparición de las disciplinas, ya que la existencia de éstas es una condición previa para aquella, sino el engrandecimiento de las mismas desde un planteamiento participativo.

Aplicado el anterior concepto al trabajo en equipo, podemos decir junto con Katzenbach y Smith (1995), que es un pequeño número de personas con conocimientos complementarios, comprometidas en un propósito común, en metas de rendimiento y en una metodología común, de lo cual se consideran mutuamente responsables.

De la misma manera, Rueda (1985) asume que esta estrategia es la adecuada para la intervención de los problemas sociales y lo **define** como "un conjunto de profesionales diferentes, encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden hacer, y capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del problema" (pág. 41).

De tal manera que para Bueno (1988) las tareas de diagnóstico y análisis unitario de la situación y posterior intervención, se complementan desde las aportaciones, revisiones y confrontaciones que deben desarrollar desde cada una de las disciplinas que concurren en el equipo interdisciplinar.

En definitiva se intentan conciliar y hacer converger las distintas ciencias y disciplinas con competencia en la situación social a estudiar y transformar, coordinar todos los puntos de vistas que pueden tener parte y buscar la intersección de todas ellas.

De la definición de Rueda anteriormente reseñada se derivan una serie de presupuestos teóricos:

- Objetivo común: los miembros individualmente deben de estar de acuerdo con los objetivos debiéndose ser definidos mediante el consenso. Estos objetivos no tienen por que ser rígidos pero si servir de **guía** para los juicios y decisiones del equipo.
- Asunción de **3** principios:
 - Primero: **igualación**, cada **uno** de los profesionales tienen el mismo valor ante el problema cuando están en el uso de la palabra, bien en el análisis bien en la intervención. Cada uno aporta su perspectiva teórica y profesional. Desde esta visión la estructura del equipo deberá ser **igualitaria** en vez de jerárquica cuando cada profesional esta en el uso de la palabra.
 - Segundo: **diferenciación**, es el mantenimiento de lo que es específico de cada aportación profesional. Cada integrante del equipo debe de identificar con claridad cual es su rol dentro del equipo y comprender los roles de los otros integrantes del mismo. Clarificando los límites profesionales en aquellas actividades que puedan ocasionar solapamiento.
 - Tercero: **jerarquización**, es la capacidad de flexibilizar la jerarquía en función del problema, de haber analizado las dimensiones y prioridades del problema y de la coordinación de las intervenciones para hacer más eficaz la respuesta.

En este tipo de intervención, cada profesional aporta su función siendo flexible en las actividades a realizar. Lo que prevalece es la capacidad de comprender conjuntamente desde perspectivas profesionales diferentes, ampliándose así el campo visual **anteriormente** parcializado. Cada profesional asume la perspectiva del otro, mientras queda transformada su mirada, la comprensión y la estrategia de intervención.

En este sentido, no se trata de que cada profesional trabaje por si solo su área de intervención, sino que el diagnóstico, plan de trabajo, intervención y evaluación se elabora conjuntamente con actuaciones sinérgicas.

Estos principios están totalmente en relación directa a las aportaciones de Lewin, K (1970) al que se le atribuye el término dinámica de grupo. Sus trabajos en psicología social experimental, en relación con tres posibles climas sociales (**autoritario**, **democrático** y **laissez-faire**) concluyen que es el tipo democrático el más eficaz y el que da más satisfacciones a cada uno de los miembros. El equipo debe de tender, por tanto, a un estilo **democrático**; esto supone que cada uno pueda expresarse sin consideraciones de privilegios ni jerarquías.

2. PREMISAS PARA EL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Trabajar en grupo es un proceso satisfactorio, pero lleno de retos que exigen unas series de habilidades y motivación por parte de los integrantes de equipo. Los integrantes del equipo requieren tiempo, capacitación, ayuda y ejercicios para consolidarse, solo así se podrá garantizar su éxito. Entre las premisas necesarias y siguiendo a Porcel (1992), para que un equipo trabaje interdisciplinariamente se debe de dotar de un esquema conceptual referencial operativo (ECRO), que estaria integrado por los siguientes elementos:

- Desde un punto de vista grupal:
 - Lenguaje común: todos los miembros del equipo deben entender los conceptos que se utilizan en la intervención a pesar de que las disciplinas sean distintas.
 - Escala común de prioridades: debe de quedar claro la concepción que cada cual tiene de la intervención social, de la sociedad general, de la orientación científica, etc... para consensuar una escala común de prioridades.
 - Estructura y organización operativa: se trata de la microestructura, que supone el equipo dentro de la institución, que se define por una forma organizativa que permita con fluidez la realización de tareas.
 - Concistencia de la finalidad del modelo de organización y de intervención: el equipo es una unidad resultante de la interacción de sus miembros de distintas profesiones, y esto es así porque el abordaje de la **intervención social** que se acomete lo requiere.
 - Participación en la responsabilidad común: todos los miembros asumen la parte de responsabilidad que les corresponden a nivel individual y asumen la parte de responsabilidad que les corresponde al equipo como unidad. Es decir debe haber una corresponsabilidad de tal manera que los éxitos y los fracasos se comparten así como sus vulnerabilidades y sus fortalezas.
 - Es necesario partir de unos valores comunes y un modelo teórico compartido en que la comprensión de la problemática requiera tener en cuenta la multiplicidad de variables que pueden intervenir en un caso.
- Desde el punto de vista individual. Se deben desarrollar una serie de habilidades y capacidades como son:
- Capacidad de escucha, de respeto entre los profesionales y valorar positivamente las aportaciones y experiencias de los otros profesionales.
 - En relación con el rol de cada profesional reconocer los límites de cada uno pero teniendo en cuenta la necesidad de los demás, es decir la **complementariedad** y la integración.

- Una actuación profesional, una formación adecuada, un grado óptimo de conocimiento en su materia. Teniendo siempre presente la necesidad de una formación continua.
- Una modificación de actitudes individualistas.
- Una estabilidad emocional con una autoestima adecuada y capacidad de hacer frente a las dificultades de forma **grupal**.
- Dominar técnicas de comunicación y habilidades **interpersonales** entre los miembros del equipo. Capacitación en dinámica de grupos, análisis del problema y resolución de conflictos, así como toma de decisiones.
- Estabilidad del personal. Los cambios en los puestos profesionales, las incorporaciones o traslados ocasionan que el equipo no se establezca ni se cohesione.
- Asumir como estrategia de trabajo una evaluación continua favoreciendo la autocritica constructiva de tal manera que mejoren futuros rendimientos.

2. LUCES Y SOMBRAS EN TORNO A LA INTERDISCIPLINARIEDAD

La interdiscipliniedad como forma de trabajo docente, de investigación, o de campos profesionales **específicos**, tiene grandes posibilidades pero también dificultades a superar.

Ventajas

Trabajar desde este enfoque conduce a evitar el reduccionismo. Para Rueda (1985) "reduccionismo es intentar entender los problemas sociales desde una sola de sus vertientes" (pág. 39). Es cuando se analizan los problemas desde la óptica específica de una profesión, creyendo que ya es suficiente o cuando la **intervención** se hace sometiendo completamente el problema a las técnicas que nos son propias, en lugar de someter las técnicas al problema y si éstas son insuficientes, **incorporar** nuevas y distintas intervenciones.

- Hacia el usuario:
 - Una visión holística e integral del análisis del problema así como una actuación **sinérgica** en la intervención que repercutirá en una mayor efectividad en la misma que con un modelo no interdisciplinar. Ya que la suma de los conocimientos de los profesionales es superior a lo que individualmente cada uno hiciera por separado (Melvin y Munger, 2003).
- Hacia los profesionales:
 - El compartir unos con otros proporciona la oportunidad de descubrir conocimientos y experiencias, lo que ocasiona el crecer **profesional-**

mente facilitando una mayor motivación en el trabajo individual. De hecho, Alonso-Fernández (1974) ha llegado a la conclusión de que el aprendizaje se realiza de una manera más rápida en el seno del grupo que individualmente.

- Al proceder de diferentes disciplinas potencia la reflexión sobre el trabajo y favorece el enriquecimiento mutuo.
- La actividad en grupo es más creativa que de forma individual. Faucheux y Moscovici (1971) investigando acerca de la creatividad en grupo concluyen que la producción grupal es más original.
- Se consigue el apoyo mutuo y la corresponsabilidad facilitando la prevención del burnout.

Inconvenientes

- Una posible toma de decisiones más lenta que cuando se trabaja individualmente.
- La complejidad de acercar las expectativas de cada miembro a la realidad.
- La dificultad de superar las tensiones de los intereses individuales en beneficio de la cohesión grupal.
- Fallos en algunos de los principios en relación a los equipos interdisciplinarios:
 - Rechazo al principio de la igualdad que nace alrededor del status. Los status superiores, los que tienen un mayor poder social o que tienen un mayor poder estamental reconocido son los que tienden a negar este principio en detrimento de los inferiores.
 - Rechazo al principio de diferenciación: funciones muy parecidas en profesiones diferentes pueden ocasionar conflictos. Competencias profesionales y roles profesionales pueden no estar lo suficientemente bien delimitados y ocasionar distorsiones a la hora de trabajar.
 - Rechazo del principio de la jerarquía flexible, en este caso los problemas suelen ser ocasionados por la historia de la profesión y la experiencia profesional.

Ramirez de Mingo (1992) distingue los tres siguientes inconvenientes:

- Nuestra herencia cultural y honda tradición educativa han sido favorecedora de la iniciativa individual.
- La agresividad de las distintas profesiones ha producido un tipo de individualismo en el que hay muy pocos antecedentes para un esfuerzo cooperativo.
- Necesidad de superar el profesionalismo y la especialización, que a menudo son fuentes de insatisfacción y enfrentamiento entre los distintos profesionales.

No obstante hay que asumir que las diferencias siempre pueden estar presentes y vivenciar unos posibles conflictos como una oportunidad de crecimiento que conlleve a un nuevo aprendizaje. Cuando surgen estas dificultades todos los componentes sentirán malestar y tenderán a canalizar esa ansiedad por medio de la agresividad (Ojeda y Gómez, 1994).

- Agresividad interna: dirigida contra algún miembro del grupo o todo el grupo. Ocasiona la debilitación de la vida grupal, disminuirá la eficacia y la satisfacción de las necesidades e intereses personales.
- Agresividad contra si mismo: la persona vivirá en continua tensión, queriendo resolver el solo los problemas de todo el grupo, hasta el punto de perjudicar su estado de salud.
- Agresividad dirigida contra otros grupos o personas ajenas al mismo equipo de trabajo. Estos son considerados culpables, y por lo tanto, deberemos organizarnos y unimos para combatirlos. Este método da como resultado el fortalecimiento del grupo, pero tiene la desventaja de crear la necesidad de tener enemigos y el inconveniente, todavía mayor, de orientar las fuerzas del grupo hacia tareas destructivas, en lugar de ocuparse de los objetivos propios. Además, si los enemigos desaparecen la cohesión ficticia del equipo decae, y toda la dinámica del equipo entra en crisis, por haber cambiado la situación exterior.

Para finalizar, podríamos contemplar un cuarto tipo de ansiedad que es la de canalizar la agresividad hacia el usuario.

TERCERA PARTE:

CONTEXTOS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA

CAPÍTULO XVI

INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN INMIGRACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DIVERSIDAD

Manuel Fco. Martínez García

1. EL FENÓMENO MIGRATORIO

La inmigración internacional puede definirse como el reasentamiento a largo plazo de personas a través de las fronteras nacionales del que se derivan importantes consecuencias a corto, medio y largo plazo, tanto para las personas desplazadas como para los miembros de los países de acogida. De acuerdo con el *International Migration Report* (ONU, 2002), el número de inmigrantes se ha duplicado desde la década de los 70, y aproximadamente 175 millones de personas residen fuera del país en que nacieron; esto equivale a que una de cada diez personas en las regiones desarrolladas es inmigrante, y cada vez un mayor número de ellos proceden de países cada vez más lejanos.

Como fenómeno social existen diversas perspectivas en el estudio de las migraciones. Unas hacen hincapié en la importancia de las expectativas y motivaciones de los individuos para explicar su conducta migratoria; se entiende que los individuos elaboran libremente un proyecto migratorio de carácter económico y condicionado por la estructura de la oferta y demanda de mano de obra en los países de destino. Existen modelos complejos para explicar la conducta de emigrar basados en la acción conjunta de factores individuales y ambientales. Boneva y Frieze (2001) distinguen entre el *deseo de emigrar*, sobre el que inciden sobre todo los factores de personalidad (orientación al trabajo, motivación de logro y poder,

motivación filiativa, centralidad familiar, etc.) y *la conducta migratorio*. que depende más de los factores ambientales y de oportunidad como la situación desfavorable en el país de origen, las políticas de emigración/inmigración, las redes sociales en el país receptor, etc.

Las perspectivas estructurales adscriben un carácter sistémico a las migraciones, al implicar un conjunto dinámico de elementos integrados por dos o más polos relacionados por flujos humanos. La unidad de análisis no es la conducta de los individuos sino el sistema y sus elementos, y no pueden establecerse leyes universales ya que cada periodo tiene unas condiciones estructurales concretas que determinarán las características de las migraciones.

En Europa la inmigración ha cambiado significativamente durante el siglo XX. Si antes de la II Guerra Mundial seguía siendo el polo de emisión de emigrantes en el sistema americano, a partir de los años siguientes se va a producir un importante cambio que va desde la configuración del norte de Europa como polo de inmigración, hasta la transformación de los países mediterráneos del sur de Europa como países receptores. En una primera etapa los inmigrantes fueron bienvenidos porque venían buscando sólo trabajo en una gran industria que requería más trabajadores de los que la población nativa podría proveer y que se necesitaban para mantener la prosperidad europea. La crisis económica de mediados de los setenta hizo variar esta situación. Se frenó su entrada e incluso se incentivó el regreso de los inmigrantes a sus países de origen con programas económicos específicos.

En plena crisis económica y con elevadas tasas de paro, los países del sur de Europa se han ido transformando en países receptores de inmigrantes a lo largo de la segunda década de los 80. Grecia, Italia, Portugal y España, de ser *lugares de paso o salas de espera* para los inmigrantes norteafricanos que querían dirigirse a otros países centroeuropeos, se han transformado en el final del trayecto de numerosos inmigrantes.

En España se pueden distinguir tres etapas en su proceso de consolidación como país de inmigración (Cachón, 2003). La *primera* de ellas transcurrió hasta 1985 y las personas provenían fundamentalmente de Europa. En 1981, de los cerca de 200.000 extranjeros que residían en España, el 65% eran europeos, el 18% latinoamericanos, y en torno a un 10% provenían de África o Asia. La *segunda etapa* (1986-1999) es un periodo muy significativo ya que España pasa a tener un saldo positivo en su flujo migratorio. Este periodo se caracteriza por: 1) un crecimiento muy rápido y progresivamente acelerado de los flujos; 2) un cambio significativo del origen de los inmigrantes; 3) la existencia de una serie de procesos formales de regularización; y 4) el establecimiento de "contingentes" anuales de inmigrantes. Este periodo coincide con un notable crecimiento económico y con la entrada en la Unión Europea.

Una *tercera etapa* puede comenzar en el año 2000 con la *institucionalización* de la inmigración como un *hecho social* (Cachón, 2003). Desde una perspec-

tiva constniccionista se puede decir que: 1) se han producido transformaciones sociales que afectan a la vida cotidiana de los individuos; 2) la inmigración ha entrado en el discurso social a través de distintos foros como los debates en los medios de comunicación; y 3) la inmigración se ha *legitimado* (ha sido reconocida como tal hecho social por las instancias oficiales) e *institucionalizado* a través de las respuestas que, en forma de políticas y planes, ha generado la administración.

En la actualidad los flujos migratorios siguen evolucionando con una gran rapidez en España. A 31 de Diciembre de 2005 el número de extranjeros con tarjeta de autorización de residencia alcanzaba la cifra de 2.738.932, de los cuales el 36% procedían de Latinoamérica y el 23,70% de África, siendo Marruecos el país de origen más importante con un 18,01% de personas (Anuario Estadístico de Extranjería, 2005). Andalucía, por su situación geográfica estratégica, viene siendo puerta privilegiada de entrada de inmigrantes económicos a España y Europa, con un 11,93% del total. Este privilegio no está exento de dramatismo por el fatal desenlace que tiene gran parte de los crecientes intentos por atravesar el estrecho a bordo de las *pateras*. A la tradicional procedencia africana (92.729) se han incorporado inmigrantes latinoamericanos (71.220) similitud cultural e idiomática— y recientemente asiáticos (14.293) y de países del Este de Europa.

2. LA INMIGRACIÓN COMO TRANSICIÓN ECOLÓGICA

Desde una perspectiva comunitaria, comprender el fenómeno migratorio requiere analizar los mecanismos de acomodación de los sujetos al nuevo entorno (cambios personales), así como la capacidad que tiene dicho entorno para facilitar ese proceso adaptativo (cambios sociales). Desde el nivel individual de análisis, la inmigración es un proceso de transición ecológica que se ha incluido dentro de los acontecimientos vitales no normativos que necesitan un mayor reajuste en todos los ámbitos de la vida (Jerusalem & Kleine, 1991).

El desconocimiento del idioma, sistema de valores, creencias, *reforzadores* sociales, etc., la ausencia de trabajo y la imperiosa necesidad de encontrarlo, las penosas condiciones de vida a las que se ven sometidos, o la *reconstrucción* de la red personal de apoyo, son algunas una de las dificultades más importantes a las que se tienen que enfrentar los inmigrantes. Estas circunstancias *incrementa* la *vulnerabilidad psicosocial* de los individuos de tal forma que si se prolongan en el tiempo puede conducir a trastornos específicos como la depresión (Martínez, García & Maya, 2001) o de carácter más sistémico como el *síndrome* de Ulises (Gamboa, 2005).

El estrés en el proceso migratorio se relaciona básicamente con dos tipos de fenómenos: a) las demandas ambientales que ponen al individuo en situaciones problemáticas, o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras; y b) la carencia o escasez de recursos psicológicos y sociales para responder a di-

chas demandas. Una adecuada intervención social debe contemplar no sólo los recursos formales tradicionales para atender poblaciones en riesgo, sino también debe posibilitar la reconstrucción de la red social de apoyo. Y es que el apoyo social es especialmente crítico en el proceso migratorio ya que incrementa en las personas la sensación de predictibilidad, estabilidad y control del nuevo medio, ayuda a la satisfacción de necesidades, y participa en el desarrollo de la identidad social y los sentimientos de pertenencia. Además el apoyo social juega un importante papel como amortiguador de los efectos negativos del estrés por aculturación (Martínez, et al., 2001).

3. LA INMIGRACIÓN COMO CHOQUE CULTURAL

Otra de las características esenciales de la inmigración se deriva de los cambios que necesariamente se producen en los miembros de los grupos culturalmente distintos cuando entran en contacto. Este fenómeno se ha denominado aculturación y los cambios se refieren a valores, creencias, estilos de vida, identidad grupal, etc. Hay que tener en cuenta que la sociedad de acogida, como grupo dominante, es la que de forma manifiesta o sutil obliga a los inmigrantes a realizar el mayor esfuerzo de cambio (cuantitativo y cualitativo), lo que genera en no pocas ocasiones conflictos intergrupales.

En el modelo de aculturación de Berry (2001) se establece, en su primera formulación, que los inmigrantes asentados deben enfrentarse a dos decisiones cruciales en sus vidas: 1) decidir si su propia cultura es un valor a inantener en el nuevo contexto; y 2) si van a establecer relaciones con los miembros de la sociedad de acogida. La combinación de estos dos elementos en una estructura dicotómica da lugar a cuatro posibles estrategias de aculturación a adoptar por los individuos: integración, asimilación, separación y marginación. Recientemente Berry (2001) ha incorporado al modelo la perspectiva de los miembros de la sociedad de acogida como elemento relevante para comprender el proceso de aculturación. (Cuadro 1)

		Mantener de la identidad y la cultura de origen			
		Si	No	Si	No
Mantener relaciones con la sociedad receptora	Si	Integración	Asimilación	Multiculturalismo	Melting Pot
	No	Separación	Marginación	Segregación	Exclusión
		<i>Estrategias de los grupos etnoculturales</i>		<i>Estrategias preferidas por la sociedad receptora</i>	

Cuadro 1. Modelo bidimensional de la orientación de la aculturación (Berry, 2001)

Desde la perspectiva de los inmigrantes, en la *asimilación* los individuos rechazan su cultura de origen y tratan de llegar a ser un miembro más de la nueva cultura; la *separación* implica que los individuos desean mantener la cultura original y al mismo tiempo evitan la interacción con el otro grupo cultural; en la *marginación*, al poco interés de los inmigrantes por mantener su propia cultura o establecer relaciones con el exogrupo, se añade un contexto adverso que favorece procesos de discriminación y/o exclusión social; por último la *integración* es una opción en la que los individuos desean tanto inantener su cultura original como establecer contactos y aprender acerca de la nueva cultura

Navas et al. (2002). en su Modelo Ampliado de Aculturación Relativa, mejoran las propuestas de Berry ya que: 1) distingue entre las estrategias de aculturación preferidas (plano ideal) y las realmente empleadas por los inmigrantes (plano real); y 2) analiza dichas estrategias en distintos ámbitos de la vida de los inmigrantes, desde los más centrales (religioso, educativo, etc.), a los más periféricos (ocio, laboral, etc.). Los problemas de convivencia entre población de acogida e inmigrante surgen precisamente cuando no hay concordancia entre la estrategias de aculturación practicadas por los inmigrantes y las deseadas por la población de acogida, sobre todo en áreas vitales significativas como las prácticas religiosas, la educación de los hijos, etc.

Desde la perspectiva de la diversidad, la sociedad de acogida como grupo dominante (o mayoritario) ejerce su poder de manera opresiva sobre los inmigrantes (prejuicios y discriminación, por ejemplo) dificultando el acceso a ciertos recursos y a la participación plena como ciudadano en la agenda política y social. Los inmigrantes se convierten de esta forma en grupo no dominante (o minoritario), es decir, colectivo que ocupa una posición de inferioridad, ya sea por una relación social de poder o como resultado de una comparación social con otros grupos, en general con la mayoría.

4. INMIGRACIÓN Y RELACIONES INTERGRUPALES

El estudio de la inmigración desde la teoría de las relaciones intergrupales permite comprender los conflictos entre los miembros de la sociedad receptora y los inmigrantes al abordar los mecanismos a través de los cuales se conforman sus actitudes, estereotipos y comportamientos discriminatorios.

Un primer conjunto de teorías psicossociales sustenta las relaciones intergrupales en la escasez de recursos y en la competición (real o percibida) por los mismos por parte de los grupos (contrarios) que componen la sociedad. Como ya se ha indicado, el grupo dominante controla los recursos e intenta mantener su ventajosa posición a través de la elaboración de imágenes negativas sobre los inmigrantes y de conductas discriminatorias. Algunas de estas teorías son la del conflicto realista

de gmpos (Sheriff, 1966), de la amenaza integrada (Stephan y Stephan, 2000) o de la dominancia social (Esses et al., 2001).

Un segundo gmpo de teorías como la de la identidad social (Tajfel y Turner, 1979), entienden que no es necesario competitividad *intergrupala* para explicar los conflictos. La mera percepción de la existencia de dos grupos (inmigrantes vs sociedad receptora) genera conciencia de pertenencia a uno de ellos (identidad social) y, a través de procesos de comparación social: 1) se tiende a favorecer a los miembros del *endogrupo* en evaluaciones y conducta (sesgo *endogrupal*); 2) se acentúan las diferencias *intergrupales*; y 3) se tiende a homogeneizar a los miembros del *exogrupo*. Así pueden conformarse los estereotipos negativos (componente cognitivo del prejuicio), las actitudes negativas hacia los miembros de los *exogrupos* y, en consecuencia las conductas discriminatorias.

Los estudios que han analizado la evolución de estos fenómenos han puesto de manifiesto que las actitudes de la mayoría de la población han evolucionado hacia una menor negatividad en la evaluación de los grupos minoritarios (como los inmigrantes), defendiéndose principios igualitarios y condenando los estereotipos negativos. Sin embargo, la ausencia de actitudes negativas no se corresponde con respuestas de apoyo a políticas dirigidas a conseguir igualdad entre los *grupos*, sobre todo cuando se refieren a medidas concretas; por ello estos cambios de actitudes son más aparentes que reales y ponen de manifiesto la existencia de un enmascaramiento de las actitudes racistas y/o xenofobas. En la actualidad se habla de nuevas formas del racismo y así, por ejemplo, el prejuicio o racismo sutil (Pettigrew y Martin, 1995) caracteriza a los sujetos por: 1) defensa de los valores tradicionales (los que determinan las conductas socialmente aceptadas) y percepción de que los gmpos minoritarios no los respetan y trasgreden las normas establecidas; 2) percepción exagerada de diferencias culturales con los *grupos* minoritarios; y 3) no manifestar sentimientos negativos hacia los miembros de los *exogrupos*, pero les niegan respuestas emocionales positivas.

Un tercer conjunto de teorías ponen el énfasis en los aspectos positivos del contacto *intergmpal* (Allport, 1954) como moduladores de las actitudes y comportamientos hacia los miembros de los otros gmpos. Las actitudes cambian con la experiencia y en consecuencia también los comportamientos. Aquellos que tienen más contacto con los inmigrantes pueden conocerlos mejor, darse cuenta que no son ciertas las características negativas del estereotipo, sentirse menos amenazado por ellos y ser más receptivos para considerarlos como *parte* de la comunidad. Las características de la situación de contacto son muy importantes porque si no son las adecuadas *podrían* producir incremento de la hostilidad *intergmpal*: igualdad de status entre los miembros de los dos gmpos, *en* tareas cooperativas, representatividad de los sujetos, clima social positivo, apoyo institucional, etc.

5. ESTRATEGIAS INTERVENTIVAS EN INMIGRACIÓN

En la Introducción al I Plan Integral para la Inmigración en Andalucía se hace referencia a la inmigración como un fenómeno *de una gran* complejidad que abarca *facetas* muy diversas referidas tanto a los propios inmigrantes –y sus condiciones administrativas, laborales, culturales y sociales–, como a la sociedad de acogida con sus valores, actitudes, comportamientos, etc. Se recomienda, por tanto, el diseño de políticas integrales que incidan en las distintas dimensiones de la inmigración –educativa, social, jurídica, sanitaria, cultural, etc.–, y se ajusten a la realidad concreta donde se van aplicar, poniendo especial énfasis en el ámbito local y comunitario.

En Europa el aumento del desempleo, la exclusión social y las tensiones *intergrupales* afectan de forma desproporcionada a los emigrantes y a *otros* grupos minoritarios. La Unión Europea ha *desarrollado* amplias medidas para erradicar el racismo y la xenofobia, y garantizar la integración y normal convivencia de los *ciudadanos* con independencia de su origen, cultura, color, religión, etc. Especialmente relevante es la Estrategia Europea para el Empleo que a través del fomento de buenas prácticas en el lugar del trabajo, la creación de nuevas estructuras locales para la inclusión, o el aprovechamiento del potencial creador de las empresas étnicas, *pretende* dar a los inmigrantes más oportunidades para *integrarse* en el mercado de trabajo. Otras medidas especiales de acción positiva dirigidas a los inmigrantes son: 1) Servicios de información y asesoría al emigrante; 2) *Enseñanza* de idiomas; 3) Formación profesional y pre-profesional para grupos de inmigrantes; 4) Ayuda para el autoempleo; 5) Ayuda a la búsqueda de trabajo y formación del personal de las agencias de empleo; 6) Concienciación de los empresarios, etc.

A nivel autonómico se ha implementado el Plan Integral 2001-2004 para Andalucía cuyos objetivos generales fueron: 1) Plena integración social, laboral y personal; 2) Asegurar el acceso a los servicios básicos comunes al conjunto de la población; 3) Cualificar la oferta de bienes y servicios; 4) Mejora continua del conocimiento de la realidad; y 5) Sensibilización social sobre los aspectos positivos del hecho migratorio; y 6) Contribuir a mejorar las condiciones de vida e infraestructura de los países de origen. Estos objetivos daban lugar a otros objetivos operativos y actividades vinculadas dentro de las 10 áreas de intervención seleccionadas: educativa, laboral, jurídica, vivienda, formación e investigación, sensibilización social, sanitaria, servicios sociales y cooperación al desarrollo.

En el ámbito local los municipios tienen que generar las dinámicas precisas para afrontar el cambio en la composición de sus poblaciones como consecuencia de la inmigración. Tienen, además, la dificultad de gestionar en el ámbito local un fenómeno global, con nacionalidades muy diversas (más de 136 en Andalucía), en situaciones complejas (*asentamientos*, temporalidad, etc.) y ante situaciones de convivencia difíciles: racismo y discriminación, explotación laboral, etc. Para ello

deberán: 1) Adquirir, desarrollar y consolidar las capacidades para gestionar la cohesión social en la heterogeneidad creciente y la igualdad en la diversidad; 2) Gestionar el aumento de la presión sobre algunos de los recursos que ya en la actualidad presentan déficits; 3) Capacitarse y desarrollar mecanismos de gestión de conflicto y negociación entre los diferentes gmpos; 4) Profundizar en el compromiso ciudadano con el desarrollo local, ya que la gestión de la diversidad requiere la participación comunitaria, etc. Algunas de estas acciones se han ensayado dentro de la Iniciativa Comunitaria Equal en municipios de Huelva, Cádiz y Almería (Martínez, García y Martínez, 2005).

Desde la perspectiva de la diversidad, las estrategias de intervención se centran en la sociedad de acogida y tienen como referente teórico de primer orden la competencia *cultural*: conjunto de conocimientos, conductas, actitudes, y en su caso políticas, que confluyen en una persona, sistema, organismo o entre profesionales que capacitan para el trabajo en contextos y/o situaciones interculturales (Cross, Bazron, Dennis e Isaacs, 1989). Tres son los componentes que deben componer un programa para la mejora de la competencia cultural: 1) *Conciencia cultural*: sensibilidad hacia la diversidad y autoconciencia de que nuestros sesgos y prejuicios hacia los miembros de los exogrupos pueden comprometer la convivencia o la práctica profesional; 2) *Conocimiento cultural*: disponer de una visión cultural del mundo y conocer los elementos esenciales de la cultura de los exogrupos con los que interactuamos; y 3) Habilidades para la interacción y herramientas de evaluación culturalmente apropiadas. Todo ello debe completarse con encuentros culturales donde se materialice el contacto con los miembros de los otros grupos.

Una práctica verdaderamente inclusiva por parte de los profesionales de la intervención social debe regirse por una serie de principios relacionados con el uso del lenguaje —que refleja constructos culturales e ideológicamente determinados—, con resaltar las fortalezas de los grupos minoritarios más que sus rasgos diferenciales o déficits, con la simplificación de la realidad a través del uso de tests, cuestionarios, etc. porque aísla a la persona de su contexto social, etc. (Trimble, Stevenson & Worell, 2003). La guía sobre tratamientos psicológicos para minorías étnicas promovida por el Consejo Nacional de Asociaciones Psicológicas para el Avance de los Intereses de las Minorías Étnicas (APA, 2003), es una buena muestra de adaptación cultural de la intervención psicológica dirigida a población latina, negra, india y asiática.

En el ámbito comunitario, valorar la diversidad significa que las instituciones proveen igual tratamiento y acceso a los recursos y decisiones para todos sus miembros sin tener en cuenta la raza, la etnia, la orientación sexual, las creencias religiosas, etc. Además, los programas de intervención dirigidos a la mejora de las relaciones entre los diversos grupos (inmigrantes y sociedad de acogida, por ejemplo) han de tener en cuenta una serie de principios relacionados en gran medida en

las investigaciones sobre las teorías del *contacto* ya referenciada anteriormente. Estos principios son:

1. Los grupos deben identificar un tema (problema) importante para trabajar conjuntamente, definiendo objetivos y estrategias operativas sobre el mismo.
2. En las situaciones de interacción deben estar presentes los individuos y las organizaciones más representativas de los distintos gmpos en condiciones idénticas de poder, respeto e importancia.
3. Deben planificarse oportunidades para que las personas de los distintos gmpos se conozcan como individuos.
4. Deben planificarse situaciones de interacción que posibilite identificar similitudes entre los miembros de los distintos grupos.
5. Los grupos deben reconocer los elementos positivos de los otros grupos (cultura, lenguaje, etc.), y usarlos e intercambiarlos como parte de los procesos intergrupales.
6. Los conflictos deben ser identificados, respetados y gestionados de tal forma que mejoren las relaciones intergrupales.
7. Las actividades realizadas conjuntamente que terminan con éxito no sólo mejoran las coexistencias en las que viven los grupos, sino también fortalecen sus relaciones.
8. Las situaciones de interacción que se mantienen en el tiempo fortalecen las relaciones intergrupales.
9. Las interacciones grupales deben contar con el apoyo institucional.
10. Para ser efectivas, las relaciones intergrupales necesitan operar en múltiples niveles: individual, relacional e institucional.

Por último resaltamos la importancia de las intervenciones en el ámbito escolar que posibilita planificar una educación intercultural para la paz y la convivencia, basada en la igualdad, la no-discriminación y el respeto a la diversidad. Algunos de los objetivos se relacionan con: 1) favorecer la adquisición de una red de esquemas conceptuales sobre la intolerancia que incluya al racismo como problema del que todos podemos ser víctimas, que es de naturaleza compleja y contra el que se puede y se debe luchar; 2) Estimular el desarrollo de habilidades que posibiliten identificar prejuicios y estereotipos, mejorar la comunicación, respetar las diferentes perspectivas, etc.; y 3) Estimular la empatía hacia las personas y los grupos que sufren con más frecuencia el racismo y la intolerancia.

Las estrategias descritas son sólo un ejemplo de las múltiples iniciativas que en la actualidad se están llevando a la práctica en los distintos contextos contemplados. En todas ellas hay un elemento en común, la asunción de que valorar la diversidad significa que las instituciones y los miembros de la comunidad conocen los beneficios de sus diferencias y similitudes, y que trabajan intencionadamente por construir relaciones sostenibles entre personas e instituciones de diversa pertenencia.

CAPÍTULO XVII

FAMILIA, ESTRÉS Y COMUNIDAD

Gonzalo Musitu Ochoa

1. INTRODUCCIÓN

Antes de analizar los procesos fundamentales que supuestamente configuran lo que va a ser este capítulo, introduciré un esquema general en el que a mi juicio se integran esos procesos. Para ello, aludiré a la ecuación del bienestar de Elias (1987) que se describe en los siguientes términos:

Probabilidad de desorden comportamental y emocional en los contextos =

Estresores + Factores de Riesgo en el Contexto

**Prácticas de Socialización Positivas + Recursos de Apoyo Social +
Oportunidades de tener Relaciones y Contactos Positivos**

El valor de esta ecuación es fundamentalmente heurístico puesto que se centra en las fuentes de estrés y en los recursos ambientales más modificables.

En cuanto a su confirmación, se constata que las prácticas de socialización pueden mejorarse y potenciarse con cursos de formación a padres y con proyectos de apoyo y educación para padres primiparos. Respecto a las Fuentes de apoyo, éstas se pueden potenciar por cambios **estructurales** en la sociedad que den cuenta del aislamiento y soledad y, también, con el desarrollo de organizaciones de ayuda mutua (Lierine, 1988). Igualmente, las oportunidades para la conexión social se pueden incrementar a través de la participación en la comunidad y vecindario, de manera que provean a los ciudadanos de un sentimiento de control de sus propios destinos *-competencia y empowerment-*.

Si observamos cuidadosamente la ecuación, la familia está plenamente integrada. Por ejemplo, las prácticas de socialización que son el antecedente del desarrollo de la autoestima y las fuentes de apoyo social, son variables indispensables en el análisis y elaboración de programas de intervención en familias y comunidades, mejor dicho, son los grandes recursos de que disponemos los seres humanos para adaptarnos al ambiente.

Con esta breve **síntesis**, espero haber justificado los contenidos que a continuación les voy a describir y **que** se van a centrar fundamentalmente en los **estresores** y recursos de la familia a partir de los modelos de estrés.

2. ESTRESORES Y RECURSOS EN LA FAMILIA

La familia debe adaptarse de forma casi permanente a pequeños y grandes cambios. Por una parte, debe introducir modificaciones en su funcionamiento como consecuencia del desarrollo evolutivo de sus miembros. Este sería el caso de la entrada del hijo mayor en la etapa de la adolescencia. Pero, además, la familia también debe adaptarse a circunstancias no relacionadas con su funcionamiento y **sus** relaciones familiares y que, sin embargo, obligarán igualmente al sistema familiar a introducir cambios en su organización, sus relaciones o su estructura de poder. Algunos ejemplos de estas situaciones son un cambio de trabajo, el nacimiento de un hijo con una grave discapacidad física, un accidente de tráfico o los problemas derivados de una situación prolongada de desempleo. Las tensiones que afronta la familia son, por tanto, numerosas, complejas y variadas, y van desde las tensiones derivadas del exceso de trabajo que acompaña a la paternidad, hasta la ruptura del matrimonio o el incremento de los problemas de salud en los matrimonios de edad avanzada.

Sin embargo, los numerosos estudios sobre estrés familiar suelen distinguir entre las situaciones estresantes y la percepción de estrés. En otras palabras, se distingue entre la situación misma (por ejemplo, la enfermedad grave de algún miembro de la familia o la existencia de graves conflictos entre los padres y **sus** hijos adolescentes) y el hecho de que la familia perciba esta situación como un momento difícil, pero del que se saldrá adelante, o bien, como una situación que desborda sus capacidades y que probablemente no superarán. Además, ante las situaciones difíciles las posibilidades de actuación son múltiples: negar las dificultades y pensar que se resolverán por sí mismas, solicitar ayuda a profesionales, dialogar, introducir cambios en el sistema familiar, pedir ayuda a familiares o procurar buscar entre todos los miembros de la familia la mejor solución posible. Ahora bien, ¿qué determina las diferencias en la percepción de la situación y en las soluciones que se proponen?, ¿por qué algunas familias superan las dificultades y otras se muestran impotentes para resolverlas, llegando a bloquear su desarrollo natural y el de sus miembros?

Sin duda, la respuesta a estas preguntas no es única. Pero, en todo caso, lo que sí parece evidente es que algunas familias disponen de más recursos y de más habilidades de afrontamiento (por ejemplo, tienen una buena comunicación, permiten la expresión de los sentimientos y cuentan con el apoyo de familiares y amigos). Otras familias, por el contrario, se encuentran aisladas socialmente, tienen graves problemas de comunicación, confían poco en las capacidades personales de sus miembros y se muestran muy reticentes a la introducción de cambios en su funcionamiento. En estas familias, con menos adaptabilidad, capacidad de afrontamiento y apoyo entre sus miembros, es mucho más probable que las dificultades se conviertan en **graves** estresores para la familia y que sus miembros muestren problemas emocionales o de adaptación social.

En este capítulo analizaré, por tanto, no sólo *las dificultades* más habituales en cada etapa de la familia, sino también **los recursos** de los que dispone el sistema familiar para hacer frente a estas situaciones. Finalmente, aportaré *un modelo general* en el que se integran recursos y estresores, analizaré las diferencias existentes entre unas familias y otras en su capacidad de afrontamiento y especificaré el modo concreto en que estas diferencias **pueden** contribuir al mayor o menor bienestar psicosocial de sus miembros. Este modelo, además, puede ser de utilidad para los diversos profesionales que trabajan con familias puesto que, sin **duda**, la mejor forma de propiciar el adecuado funcionamiento familiar y de prevenir posibles dificultades es la potenciación de los recursos familiares: la calidad de la comunicación, el apoyo, la expresión del afecto y la evitación del aislamiento social.

3. SITUACIONES GENERADORAS DE ESTRÉS EN LA FAMILIA

En primer lugar, es conveniente señalar que, habitualmente, se distinguen dos tipos de estresores: los normativos y los no normativos. Los estresores de tipo **normativo** son aquellas situaciones que ocurren a la mayor **parte** de las familias en un momento concreto de su ciclo de vida familiar. Por ejemplo, las familias con hijos pequeños tienen estresores relacionados con el mayor número de tareas domésticas que atender, y las familias con hijos adolescentes suelen tener numerosos conflictos con sus hijos como consecuencia de sus deseos de **autonomía** e independencia. Se trata, por tanto, de estresores que están **tipificados** y, en consecuencia, son parte de la cultura. Son estresores esperados, porque aunque se trata de situaciones nuevas suelen ser "advertidas" previamente por familiares o amigos, o, simplemente, las hemos observado en otras **familias** de nuestro entorno.

Por el contrario, las situaciones estresantes no normativas son aquellas que no tienen por qué ocurrir a todas las familias, y tampoco a una determinada edad. Así, por ejemplo, la jubilación es un suceso normativo si se produce entre los 60 y los 70 años, pero una jubilación anticipada a los 40 años sería un suceso no normativo. Los eventos no normativos son, por tanto, situaciones inesperadas, de apari-

ción generalmente abrupta y con la suficiente importancia como para provocar cambios en el funcionamiento familiar. Algunos otros ejemplos de estresores no normativos son la presencia en la familia de un miembro con problemas de drogodependencia, el abandono de la familia de alguno de los esposos o la muerte prematura e inesperada de algún miembro de la familia.

Los estresores, sean normativos o no normativos, pueden tener una duración breve en el tiempo o convertirse en estresores crónicos. La presencia en la familia de un anciano dependiente que requiere cuidados continuos y atención permanente es, sin duda, un estresor crónico para la familia puesto que el sistema familiar tendrá que buscar soluciones y adaptarse a esta situación durante un largo periodo de tiempo. Los estresores crónicos pueden tener importantes repercusiones en el sistema familiar, ya que los recursos utilizados por la Familia en un primer momento pueden agotarse como consecuencia de la duración del estresor. Como veremos más adelante, el cuidado de un enfermo crónico puede "quemar" a su cuidador habitual, y cuando estos cuidados se producen dentro de la familia, todo el sistema debe introducir algún tipo de cambio que permita no sólo la atención del enfermo sino también el "desahogo" de su cuidador o, más frecuentemente, cuidadora. Es evidente que las situaciones difíciles y estresantes repercuten en el funcionamiento familiar como una unidad, pero también, en muchos casos, en la salud de sus miembros (Rodríguez-Marín, 1995).

Los estresores, como estamos señalando, pueden ser normativos o no normativos, crónicos o de una duración más breve, y también, positivos o negativos. Es decir, no todos los estresores tienen que ser situaciones negativas (por ejemplo, una enfermedad grave); también pueden ser sucesos positivos (por ejemplo, recibir una gran cantidad de dinero no esperada o cambiar a un trabajo mejor). Lo decisivo, y lo que define a una situación como estresante, es el hecho de que se trata de un suceso que obliga a introducir algún tipo de cambio o reestructuración en el funcionamiento familiar. El elemento clave es el modo en que la familia maneja este acontecimiento, su percepción de la situación y la forma en que es capaz de adaptarse y de incorporar a su funcionamiento los cambios que cada nueva situación requiere. En este sentido, los acercamientos a la familia desde una perspectiva sistémica establecen una serie de etapas evolutivas o fases que atraviesan la mayoría de las familias. En cada una de estas etapas se modifican y transforman las características familiares, los retos que debe afrontar y el tipo de tensiones que surgen en su interior. En este sentido, McCubbin y colaboradores (1983) han descrito las tensiones familiares más habituales (ver cuadro 1), y también, han analizado la frecuencia con la que se producen en cada momento del ciclo vital de la familia (ver cuadro 2).

Con respecto al tipo de tensiones que se producen en la familia, y aunque lógicamente éstas pueden ser numerosas y diversas, McCubbin y colaboradores consideran que se pueden clasificar en cinco bloques (cuadro 1). De esta forma, en

Fuente de estrés	Categorías que incluye
1. Tensiones intrafamiliares	a) Incremento de las tareas domésticas sin hacer. b) Problemas emocionales de alguna de los miembros de la familia. c) Aumento de las dificultades sexuales entre esposos. d) Conflictos entre la pareja. e) Conflictos entre padres e hijos.
2. Tensiones económicas	a) Cambios en las condiciones económicas, políticas o sociales que afectan a la Familia. b) Compra de algún artículo de alta valor económica (por ejemplo, una casa, un coche). c) Gastos médicos y odontológicos. d) Gastos de comida, ropa, servicios o reparaciones de la casa.
3. Transiciones y tensiones laborales	a) Cambio de trabajo. b) Despido, abandono del trabajo.
4. Enfermedad y necesidad de cuidados	a) Enfermedad o lesión grave de alguno de los esposos. b) Enfermedad de un pariente o amigo cercano.
5. Pérdida de seres queridos	a) Muerte de uno de los padres. b) Muerte de un pariente cercana al esposo/a. c) Muerte de un amigo cercano a la familia.

Cuadro 1. Fuentes de estrés y tensiones Familiares más frecuentes (McCubbin, Patterson y Lavee, 1983).

un primer apartado podrían situarse todas aquellas dificultades y problemas familiares que tienen que ver con conflictos en las relaciones de pareja, en las relaciones con los hijos, en la distribución del poder o en la toma de decisiones. Se trata, por tanto, de tensiones *intrafamiliares*, es decir, internas al funcionamiento familiar y propias de los cambios y evoluciones que tienen lugar en un sistema vivo como es la familia. Por otra parte, un segundo tipo de tensiones tienen que ver con las *dificultades* económicas y la distribución del gasto en la familia. Este tipo de tensiones, evidentemente, se incrementan cuando las condiciones económicas y sociales del país son de clara recesión económica y de elevada inflación, o en determinados momentos del ciclo familiar en los que los gastos pueden incrementarse como consecuencia de la adquisición de una casa o cuando hay que costear los estudios superiores de los hijos.

Muy relacionadas con las tensiones económicas pueden estar las *tensiones laborales*, caso de que las dificultades económicas se deriven de una situación de paro laboral. No obstante, las tensiones laborales incluyen más aspectos, como por ejemplo, la insatisfacción con el trabajo, un ambiente laboral de fuerte competitividad o un trabajo que implica riesgo físico o "soportar" presiones continuas. Todas estas dificultades laborales repercuten en el sistema familiar, puesto que es evidente que los problemas del trabajo no suelen olvidarse, al menos por comple-

to, al llegar a casa. De esta forma, y aunque no se hable de ello, la ansiedad, la irritabilidad, la tensión o el cansancio de un determinado trabajo son difíciles de dejar en la puerta de la casa. Además, en determinados momentos de nuestra vida el desarrollo de una carrera profesional puede exigir dedicar muchas horas al trabajo, horas que suelen "robarse" a las relaciones de pareja y de otros miembros como hijos, padres, etc.

Por último, McCubbin y colaboradores señalan dos importantes fuentes de estrés para la familia: las enfermedades y la pérdida de seres queridos. En cuanto a las *enfermedades*, si son graves o si son prolongadas en el tiempo, o ambas a la vez, pueden tener importantes repercusiones en el funcionamiento familiar. De todas formas, toda enfermedad exige unos cuidados al enfermo, aunque se trate sólo de una simple gripe. En el caso de los niños, sus pequeñas, pero frecuentes, enfermedades (gripe, otitis, cólicos, algunas décimas de fiebre) obligan a alguno de los padres, o abuelos, a llevar al niño al pediatra, a quedarse con él/ella en casa y a ocuparse de su medicación. En el caso de que ambos padres trabajen, estos cambios en la organización habitual de la familia pueden implicar algún grado de estrés, si no se dispone de la ayuda de algún familiar. En el caso de matrimonios de edad avanzada, las enfermedades propias, o las del cónyuge, pueden obligar a cambiar dietas o dejar tareas domésticas sin realizar. No obstante, la muerte del cónyuge, constituye uno de los estresores más fuertes que pueden experimentar las personas mayores. Aunque, por supuesto, en cualquier fase del ciclo familiar la *muerte de las personas queridas* (la pareja, los padres, los amigos o los hijos) puede ser una situación muy dolorosa y muy difícil. De hecho, hay familias que nunca terminan de superar la muerte de un hijo, sobre todo cuando ésta se produce a temprana edad y de manera inesperada.

Esta breve enumeración de los principales tipos de tensiones familiares, aunque sin duda no es una clasificación exhaustiva, si nos aporta una imagen bastante nítida de la gran cantidad de cambios, presiones y tensiones que afronta la familia que es, sobre todo, un pequeño grupo de personas caracterizados por la intensidad emocional de sus relaciones, su relativa duración temporal y su heterogeneidad. No podemos olvidar que la familia es uno de los pocos grupos sociales en los que coexisten personas de diferente edad, diferente género y, casi siempre, con diferentes motivaciones e intereses. Además, y no se sabe muy bien por qué, la familia es el único grupo social donde todos los miembros se creen que tienen el derecho a influir en los otros. De esta manera, no es de extrañar que los conflictos sean frecuentes e inevitables. No podría ser de otra forma. Sin embargo, el grado de ajuste de cada familia a todos estos cambios, conflictos y tensiones difiere en gran medida, como también difieren el tipo de tensiones más frecuentes en cada etapa evolutiva de la familia. Con respecto a esta última cuestión, McCubbin y colaboradores también han analizado el tipo de tensiones más habituales en cada fase del ciclo familiar (cuadro 2).

Etapa del ciclo familiar	Porcentaje de tensiones asociados a la etapa	Descripción de las tensiones más características de cada etapa
1. <i>Parejas jóvenes sin hijos</i>	Tensiones: 40% laborales 30% económicas 20% intrafamiliares 10% por enfermedad y cuidado de algún miembro de la familia	Las tensiones entre la pareja tienen que ver con el tiempo que alguno de ellos para fuera del hogar, con los quehaceres domésticos incompletos, el incremento de los gastos, los cambios de empleo o la disminución de la satisfacción en el trabajo
2. <i>Familias con 1 . en edad preescolar (hijo mayor de 0 a 5 años)</i>	Tensiones: 50% económicas 20% intrafamiliares 10% del embarazo y la crianza 10% laborales 10% por enfermedad	En esta etapa las tensiones se relacionan con la mayor participación de la familia en actividades externas (colegio, guardería), con el aumento de las tareas domésticas a realizar y con el incremento de los gastos que afectan al presupuesto familiar
3. <i>Familia con hijos en edad escolar (hijo mayor de 6 o 12 años)</i>	Tensiones: 50% intrafamiliares 30% laborales 20% económicas	Estas familias afrontan internamente un incremento en los conflictos con los hijos (dificultades para controlarlos) y una mayor participación de los niños en actividades fuera de la familia. En el hogar se incrementan las tareas incompletas o que no se realizan. Las tensiones laborales se relacionan con la disminución en la satisfacción, con mayores responsabilidades y con cambios de trabajo
4. <i>Familias con adolescentes (hijo mayor de 13 a 18 años)</i>	Tensiones: 60% intrafamiliares 30% económicas 10% laborales	En esta etapa, las familias no sólo afrontan dificultades en su relación con el hijo/a adolescente sino que también hay importantes incrementos en los gastos familiares y de educación, así como cambios que afectan a sus ingresos y a su presupuesto
5. <i>Familias con un hijo mayor de más de 19 años</i>	Tensiones: 40% económicas 40% intrafamiliares 10% laborales 10% por enfermedad severa de familiares o amigos cercanos	En esta fase persisten las tensiones económicas relativas a la refinanciación de préstamos, adquisición de artículos costosos e incremento en los gastos familiares generales. La familia afronta la salida de los hijos adultos del hogar, apareciendo además tensiones intrafamiliares relativas al incremento de actividades ajenas a la familia y de tareas domésticas que no se realizan, así como presiones por cambio de trabajo u enfermedad severa de familiares o amigos cercanos
6. <i>Familias "nido vacío" (todos los hijos han salido del hogar)</i>	Tensiones: 40% económicas 20% enfermedad 20% fallecimientos/pérdidas 10% intrafamiliares 10% maritales	En esta etapa, se afrontan tensiones por tareas domésticas sin realizar, dificultades en la vida sexual de la pareja, problemas económicos y de presupuesto familiar, incremento en los gastos, disminución en la satisfacción laboral, enfermedad severa de familiares o amigos cercanos y muerte del cónyuge u otros familiares y amigos
7. <i>Familias de jubilados (esposo mayor de 65 años)</i>	Tensiones: 40% económicas 20% enfermedad 20% fallecimientos/pérdidas 10% laborales 10% intrafamiliares	En esta fase, las tensiones económicas continúan siendo los estresores más frecuentes; aparecen también las tensiones intrafamiliares, la enfermedad severa o la muerte de familiares y amigos cercanos, y las transiciones laborales (jubilación)

Cuadro 2. Tensiones más frecuentes en cada etapa familiar (McCubbin y colaboradores, 1983)

Así, en las parejas jóvenes sin hijos las tensiones laborales son su principal fuente de estrés (precariedad laboral, inestabilidad profesional, etc.). En estos casos, los conflictos en la relación (tensiones intrafamiliares) tienen una baja frecuencia, y suelen atribuirse al necesario ajuste mutuo de expectativas y funciones que se produce cuando una pareja inicia su convivencia. Igualmente, las dificultades debidas a enfermedades o al cuidado de familiares enfermos son mínimas. Sin embargo, con el nacimiento de los hijos las dificultades y tensiones intrafamiliares comienzan a incrementarse, hasta alcanzar su punto máximo en la etapa de las familias con hijos adolescentes. Con el nacimiento de los hijos, el número de tareas domésticas a realizar se incrementa considerablemente, así como también los gastos. De esta forma, en las familias con hijos en edad preescolar, un 50% de las tensiones familiares tienen que ver con cuestiones económicas. Aunque, por otra parte, es interesante señalar cómo las tensiones de tipo económico acaparan una buena parte de las preocupaciones y conflictos de las familias en las distintas etapas de su ciclo vital. De hecho, su frecuencia sólo es superada por las tensiones laborales en las parejas jóvenes sin hijos y por las dificultades de relación en la familia con hijos adolescentes. Probablemente, esta relevancia de las tensiones de tipo económico tenga también mucho que ver con la toma de decisiones en la familia y con la distribución del poder, aspectos ambos analizados en Musitu et al. (2004).

Por último, observamos que en las familias constituidas por personas de mayor edad (familias de jubilados y en aquellas cuyos hijos ya han salido del hogar) las dificultades y las preocupaciones relacionadas con la enfermedad y la pérdida de seres queridos se incrementan considerablemente. Este tipo de estresores es poco frecuente en familias con hijos pequeños, pero va adquiriendo cada vez mayor relevancia conforme la familia, y sus integrantes, avanzan a lo largo del ciclo de la vida. De todas formas, conviene señalar que este estudio describe las tensiones más frecuentes en cada etapa, lo cual no significa que no existan importantes diferencias y particularidades en cada familia. Así, es también posible que algunas familias integradas por personas de edad avanzada no tengan como uno de sus principales estresores los problemas de salud, sino las dificultades en su relación, o que este tipo de conflictos sea el más habitual en una pareja joven sin hijos. Las tensiones descritas en cada etapa son las más frecuentes, pero no tienen porque reflejar la realidad de todas las familias que se encuentran en esa fase de su ciclo familiar.

4. LOS RECURSOS DE LA FAMILIA PARA SUPERAR ESTAS SITUACIONES

Ya he aludido así sea de soslayo a algunas características del funcionamiento familiar que pueden, por ejemplo, disminuir las dificultades en la relación con los hijos adolescentes, mejorar el bienestar psicosocial de las personas mayores o prevenir problemas y nuevas rupturas en familias reconstituidas. En todos estos casos, el apoyo, el afecto, la calidad de la comunicación, el diálogo, la expresión

de los sentimientos, el respeto mutuo y la capacidad de la familia y de sus integrantes para introducir cambios en su funcionamiento parecen ser elementos decisivos. Así, con respecto a los adolescentes, hemos señalado que la familia necesita ir respondiendo a las demandas del hijo de una mayor autonomía y de una mayor implicación en la toma de decisiones familiares; deben modificarse los estilos de socialización familiar y, en concreto, el grado y tipo de control porque el adolescente ya no responde a los viejos intentos de control paterno y comienza a cuestionar la autoridad de los padres.

En términos generales, los recursos que contribuyen a que la familia sea capaz de afrontar sin grandes dificultades sus tensiones y conflictos son similares en cada etapa evolutiva. No obstante, existen algunos estudios que han analizado los recursos específicos que pueden ser especialmente útiles en cada etapa del ciclo familiar (cuadro 3).

Etapa del ciclo familiar	Principales recursos que pueden reducir el estrés familiar
<i>Parejas jóvenes sin hijos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La existencia de un acuerdo familiar en relación con las competencias que corresponden a cada miembro de la pareja - La calidad en la comunicación de la pareja - La satisfacción con las actividades de ocio - Las habilidades para el manejo de la economía doméstica - La compatibilidad entre los miembros de la pareja - Las prácticas de salud personal
<i>Familias con hijos en edad escolar (hijo mayor de 0 u 5 años)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La existencia de acuerdo familiar en relación con las competencias - La calidad en la comunicación de la pareja - Una orientación compartida en la educación de los hijos - La satisfacción con respecto a la vida familiar - Las habilidades para el manejo de la economía doméstica - Una orientación compartida de la pareja hacia parientes y amigos
<i>Familias con hijos adolescentes</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Las habilidades para el manejo de la economía doméstica - Una orientación compartida de la pareja hacia parientes y amigos - La satisfacción marital - La compatibilidad entre los miembros de la pareja - La calidad en la comunicación de la familia - La satisfacción de la pareja con respecto a sus relaciones sexuales y la satisfacción con la calidad de vida propia
<i>Familias en el estadio de "nido vacío" y jubilación</i>	<ul style="list-style-type: none"> - La calidad en la comunicación de la pareja - Las prácticas de salud personal - La compatibilidad de caracteres entre los miembros de la pareja

Cuadro 3. Recursos que ayudan a reducir el estrés en cada etapa familiar (Olson y colaboradores, 1983).

Por otra parte, la importancia de estos recursos familiares es recogida también en los primeros modelos de estrés familiar. Así, el modelo de estrés familiar desarrollado por Hill en 1958 consideraba que la crisis en el sistema familiar era consecuencia no sólo de los eventos estresantes, sino de la interacción de estos eventos con los recursos de la familia y con la definición que hacían de esta situación. En esta misma línea, modelos posteriores han especificado tipos concretos de familias, más o menos favorecedoras del adecuado desarrollo de sus miembros y, por tanto, más o menos capaces de afrontar situaciones difíciles. En este sentido, el modelo circunplejo de Olson (1979, 1991), aunque específicamente no es un modelo de estrés familiar, si identifica dos grandes dimensiones del funcionamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad. La cohesión hace referencia al grado de vinculación emocional que existe entre los miembros de la familia, y la adaptabilidad se refiere a la capacidad del sistema familiar para introducir cambios, modificando su estructura de poder, sus roles y las reglas de interacción de sus miembros—

Con respecto a la primera variable, *la cohesión familiar*, Olson considera que las familias pueden ser de cuatro tipos: desligadas, separadas, conectadas o aglutinadas. En el caso de las familias desligadas la vinculación emocional entre sus miembros es prácticamente inexistente, mientras que en las familias aglutinadas esta vinculación llega a ser excesiva puesto que no permite autonomía e independencia a sus miembros. Según Olson, tanto las familias desligadas como las aglutinadas resultan disfuncionales. En cuanto a la segunda variable, *la adaptabilidad familiar*, se establecen también cuatro tipos de familias: rígidas, estructuradas, flexibles y caóticas. Las familias rígidas son disfuncionales puesto que su grado de adaptabilidad es mínimo, es decir, resulta extremadamente difícil introducir cambios en su estructura de poder o en los roles desempeñados por cada uno de sus integrantes. No obstante, en opinión de Olson, las familias caóticas, esto es, aquellas que continuamente están modificando su organización, sus roles y sus patrones de interacción también son disfuncionales.

En el modelo circunplejo de Olson ambas variables (cohesión y adaptabilidad) se combinan para dar lugar a 16 tipos diferentes de familias. Lógicamente, en este modelo los tipos de familias caótica-desligada, caótica-aglutinada, rígida-desligada y rígida-aglutinada son las más disfuncionales, es decir, son los tipos de familias que menos favorecen el adecuado desarrollo psicosocial de sus miembros. En todo caso, según Olson y colaboradores, estos tipos de familias son poco frecuentes siendo las más habituales las que tienen niveles medios de cohesión y adaptabilidad. Por último, en el modelo de Olson la *comunicación* se considera como una variable facilitadora que permite conectar la cohesión y la adaptabilidad, y que hace posible el cambio en el funcionamiento familiar.

Por otra parte, conviene señalar que no todos los investigadores comparten la opinión de Olson de que los niveles máximos de cohesión y adaptabilidad

familiar sean necesariamente negativos. En realidad, esta disparidad se debe a diferentes formas de entender la cohesión y la adaptabilidad. Así, si consideramos estas variables como lo hace Olson, es decir, si pensamos que una excesiva cohesión es igual a una ausencia de independencia y autonomía de sus miembros, una familia caracterizada por este tipo de funcionamiento puede efectivamente dificultar el adecuado desarrollo de sus integrantes. Ahora bien, si consideramos la cohesión como el grado de vinculación emocional, es decir, la expresión de apoyo y afecto en la familia, es de esperar que elevados niveles de apoyo favorezcan el bienestar de sus miembros y sean altamente positivos. E, igualmente, si consideramos la adaptabilidad como la continua introducción de cambios, es evidente que la ausencia de unas normas estables puede ser negativa para el adecuado proceso de socialización de los hijos. No obstante, si lo que entendemos por adaptabilidad es la capacidad del sistema familiar para adaptarse a situaciones nuevas, un nivel elevado de adaptabilidad no es negativo, sino todo lo contrario.

En esta misma línea, en el modelo que presento a continuación se han considerado como variables tanto la flexibilidad familiar como la vinculación emocional entre sus miembros, pero no se ha planteado que un nivel elevado de estas variables sea negativo, sino positivo. Evidentemente, entendemos la vinculación emocional como el grado de apoyo y afecto que se expresan y perciben los miembros de la familia, y la flexibilidad familiar como su capacidad de adaptación y no como la introducción permanente de cambios ante la más mínima nimiedad.

5. UN MODELO GENERAL DE ADAPTACIÓN FAMILIAR

El modelo que pasamos seguidamente a describir tiene toda una serie de precedentes que someramente comentaremos. Así, en primer lugar, el modelo de Olson que acabamos de describir es un claro antecedente, al igual que también lo es el modelo de estrés familiar de McCubbin y Thompson (1987). Este segundo modelo se centra, de forma específica, en el análisis de la adaptación y el ajuste de la familia ante situaciones estresantes. El modelo incluye la posibilidad de que exista una acumulación de estrés en la familia como consecuencia de que varios problemas surjan al mismo tiempo, o bien porque la familia venga arrastrando problemas anteriores no resueltos. Además de considerar los estresores y su posible acumulación, el modelo de McCubbin y Thompson también establece tipologías de familias más o menos vulnerables, y analiza los recursos personales y sociales de la familia, sus habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, su percepción del estresor y, finalmente, el grado de ajuste o desajuste familiar.

Por otra parte, son también referentes del modelo que presentamos el acercamiento ecológico de Bronfenbrenner (1979), que considera la necesidad de incluir en el análisis del desarrollo de la persona su entorno social (familia, escuela, comunidad y sistema económico, cultural y social), y el modelo de bienestar psicosocial de Lin y Ensel (1989), que señala la relevancia de la potenciación de los recursos personales (autoestima) y sociales (apoyo social) del individuo como una forma eficaz de mejorar su bienestar.

A partir de estos referentes teóricos, así como de amplias investigaciones previas realizadas con familias de adolescentes (Musitu y cols., 2001), se desarrolla el Modelo de Adaptación Familiar al Estrés (Ver figura 1).

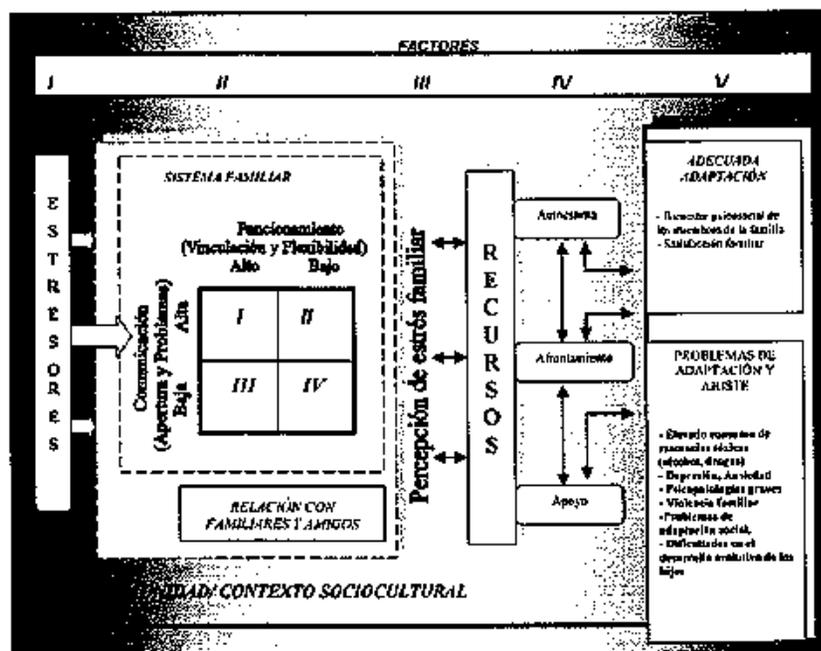


Figura 1. Modelo de Adaptación Familiar al Estrés.

Este modelo tiene el objetivo de facilitar el análisis de aquellos factores que pueden propiciar la adaptación del sistema familiar a las situaciones estresantes y, por tanto, evitar la aparición de problemas de adaptación psicosocial en sus miembros. El modelo propuesto explica las diferentes consecuencias que estresores similares pueden tener en distintas familias y, además, resalta la viabi-

lidad de potenciar aquellos factores que contribuyen de forma positiva al bienestar psicosocial de los miembros de la familia. En concreto, este modelo incluye el análisis de los siguientes factores: 1) el tipo de estresores y su posible acumulación; 2) el sistema familiar y su capacidad para potenciar u obstruir el desarrollo de sus miembros; 3) la percepción de estrés que tienen los integrantes de la familia; 4) los recursos personales y sociales de los distintos miembros de la familia, y 5) el grado de adaptación y ajuste de la familia y de sus miembros. Este modelo, considero que es una excelente herramienta para evaluar la complejidad de la vida familiar así como para planificar intervenciones (Ver Musitu, Buelga, Buelga, Cava y lila, 2001).

CAPÍTULO XVIII

APLICACIÓN DEL MODELO SISTÉMICO EN UN CONTEXTO DE INTERVENCIÓN FAMILIAR Y SOCIAL: PRESUPUESTOS GENERALES

*Alberto Rodríguez Morejón
Marta Bermejo Acosta*

1. INTRODUCCIÓN

Imaginen un barrio marginal ficticio, que llamaremos El Arrabal, situado en una gran ciudad cualquiera. Piensen en algunas de las condiciones que en él podemos encontrar: pobreza, delincuencia, alta tasa de desempleo, malas condiciones de vivienda, problemas de convivencia entre culturas, dificultades escolares y toda la serie de problemas que ustedes quieran añadir. Supongamos que uno de los muchos programas de los Servicios Sociales es la intervención educativa y más concretamente el trabajo con los problemas de absentismo escolar. En este capítulo trataremos de ejemplificar de que manera puede ayudar una lectura sistémica a realizar una intervención en ese contexto. Nuestro objetivo concreto es presentar los dos presupuestos teóricos básicos del modelo, el construccionismo y la visión interaccional, y poner ejemplos del tipo de análisis para el cambio que podemos hacer desde ellos.

2. EL ENFOQUE SISTÉMICO

En los años 50 la psicología y psiquiatría enfrentan un reto hasta entonces desconocido: el trabajo con familias. La "tecnología" de intervención psicológica

desarrollada hasta entonces estaba diseñada para trabajar con individuos aislados. Se hacían hipótesis sobre los problemas utilizando **constructos** intrapersonales: variables de personalidad, aprendizajes inadecuados, o déficit en **neurotransmisores**. El trabajar con familias impuso el desarrollo de nuevas herramientas de análisis e intervención; nuevas metodologías para intervenir con un nuevo objeto, ya no seres individuales sino **grupos**, personas en interacción. El grupo de trabajo en el que se dieron los primeros pasos en esta dirección estaba comandado por Gregory Bateson en la escuela de Palo Alto (Fisch, Weakland y Segal, 1984). Su equipo, compuesto por antropólogos, expertos en comunicación, psiquiatras y psicólogos, crea una sección especial —el **Mental Research Institute**— para desarrollar tecnologías de intervención psicológica, aplicables no sólo a la familia sino a cualquier sistema social. Ellos tomaron prestados de otras disciplinas dos teorías que se **convertirían** en el núcleo central de la epistemología sistémica: la Teoría General de los Sistemas (Bertalanffy, 1976) que da nombre al enfoque y la Teoría de la Comunicación humana desarrollada por el propio grupo de Palo Alto (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1983). Más adelante se incorporan los postulados del **constructivismo** (Watzlawick, 1989) y el **Const~ccionismo social** (McNamee y Gergen, 1996) de manera que estas tres grandes propuestas teóricas se **convertirían** en el corpus central del modelo sistémico.

Con el tiempo la metodología desarrollada en Palo Alto demuestra utilidad para ser empleada en diferentes formatos: podemos trabajar con una persona, o con una pareja, un familia o un **grupo** (entendiendo este en el sentido más amplio que queramos: una institución, una empresa, un barrio o una sociedad entera). Además puede ser eficaz para trabajar con problemas tan diferentes como los que pueden surgir en el campo de la psicología del trabajo, la orientación profesional (Piqueras y Rodríguez Morejón, 1997), el trabajo social (Coleni y Linares, 1997), la medicina familiar o, por supuesto, la psicología **clínica** (Nichols y Schwartz, 2001).

A continuación ejemplificaremos la forma de aplicar en el contexto social lecturas de los dos postulados sistémicos más importantes el **Const~ccionismo social**, y la Teoría General de los Sistemas y más concretamente la visión **interaccional** que ésta propone. No abordamos la Teoría de la Comunicación Humana porque estos postulados se refieren más al trabajo comunicacional de la intervención que al propio análisis de problemas que nos ocupa.

3. LA PERSPECTIVA CONSTRUCCIONISTA

Una abuela de El Arrabal acude a la trabajadora social del Centro de Servicios Sociales del barrio, ella tiene bajo custodia a tres de sus nietos cuyos padres están desaparecidos por diversas razones. Se queja de que es incapaz de controlar a los chicos para que vayan al colegio, entiende que nadie se preocupa de ellos y que le hace falta más ayuda para atenderles. La trabajadora social, que conoce el

caso, se queda con la sospecha de que lo que la señora persigue en realidad es un aumento de la dotación económica que los Servicios Sociales le han asignado. Aún así, decide reunir al equipo de dirección del colegio, a orientadores escolares y educadores para exponer el caso. El director se muestra muy preocupado por los aspectos legales del asunto y por los posibles riesgos que sus alumnos pueden estar corriendo con una abuela tan desvalida. El equipo coincide en que los responsables **deberían** plantearse seriamente el tema de la custodia de los niños: ¿no será demasiado pesada la carga de tres niños para una mujer tan mayor y con pocos recursos? La conclusión es que consideran oportuno trasladar el asunto al equipo de menores del ayuntamiento.

Unos mismos datos objetivos, un niño que no acude al colegio y la solicitud de ayuda que hace su pariente, parecen tener tres posibles interpretaciones: la abuela piensa que los maestros deben aplicar una mayor disciplina, la trabajadora social se teme que se trata únicamente de una excusa para conseguir más dinero, mientras que la dirección del centro se plantea que el núcleo del problema está en la custodia de los menores. La cuestión sobre la que nosotros queremos llamar la atención ahora es: ¿por qué los diferentes personajes de esta historia tienen interpretaciones tan diferentes?

La respuesta a esa pregunta es bien sencilla, porque la realidad es así: opinable, sujeta a relatividad, susceptible de ser interpretada, de generar puntos de vista diferentes. Un mismo dato objetivo puede dar lugar a diferentes opiniones y cada una de ellas parece tener más que ver con lo que tiene en la cabeza **quién** emite la opinión que con el dato en sí mismo. A esto es a lo que llamamos **constructivismo**; pero que nadie se deje impresionar por la palabra, todos los días, todos nosotros, asistimos a lecciones de **constructivismo** impartidas por los medios de comunicación o por nuestros políticos. Un simple dato, la estadística de desempleo de un mes cualquiera, será para los representantes del partido **político** en el gobierno una prueba irrefutable de que el país progresa, mientras que la oposición lo interpretará como un indicador más de que el sistema económico se hunde en la más irremediable de las catástrofes. Lo impactante es que todos parecen creerse que su visión es la adecuada y que los otros están equivocados porque, desde la lógica de cada uno de ellos, no cabe otra lectura. Para tener más ejemplos no hay más que comparar los titulares de los diferentes periódicos o los **informativos** de las diferentes cadenas de radio y televisión, ellos cada día construyen la realidad informativa decidiendo qué noticias publican, en qué posición las colocan, con qué titulares las resumen o qué lecturas les dan mezclando deliberadamente lo que debería ser información con lo que son opiniones. Los periódicos se apresurarán a publicar, por ejemplo, con gran lujo de detalles el último caso de violencia familiar que se ha producido en El Arrabal; pero difícilmente será noticia que una asociación vecinal esté haciendo una magnífica labor para concienciar a las mujeres agredidas de que denuncien a sus agresores.

La aplicación de los postulados a nuestro trabajo nos llevará a entender que las personas atrapadas por sus problemas han hecho construcciones de su realidad que no les dan salidas. La señora de los tres nietos, por ejemplo, piensa que son los maestros quienes tienen la responsabilidad final de educarlos y ello la convierte en incompetente porque no asume su parte en la tarea y simplemente espera que otros le resuelvan su problema. Podríamos decir que su punto de vista, a pesar de ser perfectamente lógico, mantiene sin embargo el problema. Los profesionales también **construimos** la realidad desde nuestros conocimientos que son producto de nuestra formación y de nuestra experiencia. Por eso la curtidora trabajadora social, que ha aprendido a desconfiar de las solicitudes aparentes de sus usuarios, sospecha que la anciana lo que pretende "en realidad" es sacar dinero. Por su parte, la dirección del colegio prefiere ver las cosas en **términos** de riesgos, con la abuela los niños pueden ver perjudicado su derecho a una educación (y tal vez a un buen cuidado y una buena alimentación), por eso recomiendan que se estudie la custodia.

Algunos pueden pensar que una **visión constructivista** nos puede sumergir en el caos del relativismo: ¿sí no existe una realidad objetiva independiente del observador, ¿cómo hacemos para trabajar?, ¿cómo evaluamos?, ¿cómo decidimos lo que es correcto? De nuevo la respuesta es simple aunque suene bastante enigmática: incorporando el constructivismo como una perspectiva desde la cual trabajar. Efectivamente, un buen punto de partida para alguien que se dedica a solucionar problemas es que la realidad (en el contexto del problema) no existe sino que la **construimos** (Watzlawick, 1989). Las personas (sean individuos o grupos) traen construcciones de la realidad que no les dan salidas (la abuela piensa: "que otros me ayuden"). La intervención es entendida como un proceso de construcción social, por el que un grupo de personas se reúnen dirigidas por un facilitador que, con la ayuda de un modelo (una **teoría** y unas prácticas), genera conversaciones que favorezcan la aparición de alternativas de cambio.

Los presupuestos que los modelos de intervención nos proponen determinan el tipo de realidades alternativas que un profesional puede ayudar a **construir**. Supongamos que hay dos posibles profesionales encargados de trabajar con las familias que tienen niños con problemas escolares. Uno tiene una gran experiencia en la materia, aunque no tiene **formación** para trabajar con familias. Cree, sin embargo, conocer bien a "ese tipo de familias" y ha elaborado sus propias teorías personales para tratar con ellos. Opina que son difíciles y que hay que "manejarlas" con mucho cuidado, desconfiar de lo que dicen y guiarse más por lo que hacen. Piensa que lo que mejor funciona es usar posturas de autoridad: amenazar con la retirada de la custodia u otras sanciones son las medidas más eficaces para conseguir que colaboren con los Servicios Sociales. Supongamos que el otro es más novato, y hasta más ingenuo si se quiere. Trabaja con un modelo que considera que todas las personas tienen recursos y desde éstos se pueden conseguir soluciones, siempre que se establezca una buena relación de trabajo basada en el respeto de

sus creencias y el apoyo de sus iniciativas. No vamos a discutir si un profesional es mejor o peor que el otro, o quién de los dos tiene más o menos posibilidades de producir cambios. Suponemos que entre los lectores habrá opiniones diversas al respecto (opiniones que no dejan de ser construcciones personales basadas también en los conocimientos y/o experiencias que los lectores puedan tener). Lo que si habremos todos de reconocer es que uno y otro profesional **mantendrán** conversaciones muy diferentes con sus usuarios, hablarán de temas distintos, con actitudes diferentes llegando, probablemente a soluciones bastante dispares. En el nuevo lenguaje que hemos introducido en este apartado podremos decir que: **construirán** realidades muy distintas.

4. EL ANÁLISIS INTERACCIONAL

Según Bertalanffy (1976) un sistema es un "conjunto de elementos en interacción" (p. 32). En el sistema familiar los elementos en interacción son obviamente cada una de sus miembros, pero la concepción de sistema no tiene por qué aplicarse únicamente a una familia. Un sistema puede ser un individuo y podemos entender como los elementos que conforman este sistema **intrapersonal**: sus **cogniciones**, sus emociones, su conducta y su fisiología. Un sistema puede ser la escuela y entender que sus elementos son padres, estudiantes y profesores, por ejemplo. Un barrio también puede ser entendido como un sistema cuyos integrantes son los ciudadanos y cada una de las instituciones que en él trabajan: las ONG, los servicios del Ayuntamiento, la Policía, los jueces y fiscales, etc.

Pensar en términos de sistema nos permite flexibilidad. Elegimos nuestro objeto de estudio en función del objetivo que queramos trabajar y, como si de una gran lupa que manejáramos a nuestro antojo se tratara, decidimos analizar el **sistema** individuo, escuela, **barrio**, ciudad, o Servicios Sociales de un país.

La noción de sistema está bastante próxima a cualquiera de nosotros. Los biólogos nos han acostumbrado a pensar en nuestro planeta como un gran **ecosistema** en el que unas especies dependen de otra para sobrevivir. El cambio que **supone** pensar en términos de sistemas consiste en que el objeto final de análisis no son sólo los elementos que los componen sino las **relaciones** que entre ellos se establecen. Supongamos un ecosistema muy simple en el que conviven conejos y zorros, siendo el tercer elemento esencial la capa vegetal de la que se alimentan los conejos. Si un año es lluvioso y el pasto es abundante aumentará la población de conejos, si esto se sostiene durante unas cuantas temporadas es muy probable que aumente también la población de zorros que viven de comer conejos. Si se **produce** un cambio significativo en la capa vegetal provocado por unos años de sequía o por un consumo excesivo de la población de conejos, con el tiempo disminuiría el número de roedores y a la larga también el de sus depredadores. Paradójicamente la disminución de la población de conejos favorecería que la capa vegetal se

recuperará y el ciclo de equilibrios, de subidas y bajadas de población de depredadores y depredados continuará en marcha.

Pensar en términos de sistemas implica cambiar el punto de vista sobre qué datos son importantes para entender lo que ocurre. En el ejemplo que hemos contado, para entender el aumento o disminución de cada uno de los elementos descritos, el dato esencial no son las características de las poblaciones que hemos estudiado (pasto, conejos y zorros), sino el hecho de que los tres elementos estén en interacción y dependan los unos de los otros, si uno cambia necesariamente lo hacen los demás. Podríamos sustituir el pasto por el hielo, los conejos por las focas y los zorros por los osos polares, y pensar como afecta a la población de osos la disminución de la capa de hielo por el recalentamiento de la atmósfera o la bajada de la población de focas por la persecución desmedida que sufren por parte de los humanos. Las interacciones son muy similares sólo los protagonistas cambian.

Analizar las relaciones de los elementos de un sistema implica cambiar una concepción muy arraigada en la mente humana, la de explicar los fenómenos en términos de causa-efecto. Nuestro estilo de pensamiento es muy lineal: si alguien tiene fiebre será porque algún tipo de infección la está causando, hay una causa, la infección, y un efecto la fiebre. La cuestión es si nos vale la misma lógica para aproximarnos a una interacción en la que los elementos son personas o grupos de personas. Pensemos en una típica discusión de una familia cualquiera del barrio que hemos elegido como contexto en este capítulo: unos padres recriminan a su hijo de 13 años por su bajo rendimiento escolar, le acusan de vago y de no responsabilizarse de su futuro; por su parte, el hijo, opina que sus padres son excesivamente protectores, que no saben lo que a él le conviene y decide no hacerles caso. ¿Cuál es la causa y cuál el efecto? Podríamos pensar por ejemplo que el problema escolar es causado por factores internos del estudiante: la falta de motivación o la falta de inteligencia provocan el bajo rendimiento escolar, o podíamos buscar relaciones de causa-efecto en el orden interpersonal, la mala educación que los padres le han dado es la causa de la falta de responsabilidad del adolescente. Sin embargo, este tipo de lecturas unidireccionales $-A$ provoca $B-$ no son las únicas que se pueden hacer en contextos sociales. También podríamos entender, desde una visión relacional, que la presión (lógica) que los padres ejercen contribuye a que el adolescente se rebele y rechace los estudios, y que a más rebelión y más irresponsabilidad del hijo más intentos de control y más presión ejercerán los padres. Estableciéndose así un círculo vicioso en que el comportamiento de unos perpetua el del otro. A este tipo de causalidad se le denomina *circular*, en contraposición a la causa-efecto tradicional que llamamos *causalidad* lineal.

La *causalidad circular* es una de las propiedades de los sistemas abiertos (y los sociales lo son). Decimos que A provoca la conducta B , tanto como B mantiene el comportamiento A . Para que A y B sean al mismo tiempo causa y efecto, hace falta que cada elemento reciba información de vuelta sobre el efecto que ha tenido

en el otro su actuación, esto es lo que técnicamente llamamos *retroalimentación*. Los padres al percibir que a pesar de sus esfuerzos el hijo sigue sin responder se deciden a aumentar la presión que sobre él ejercen. Por su parte el hijo que se da cuenta de que sus padres no se van a rendir opta por afianzarse en su postura.

Pensar lineal o circularmente no son alternativas excluyentes. En el caso que analizamos, puede ser que la variable que mejor explique la falta de interés por los estudios sea simplemente la falta de capacidad, mientras que una lectura circular nos ayudará a comprender mejor la progresiva desmotivación del estudiante. Los fenómenos sociales admiten fácilmente construcciones interaccionales, mientras que el mundo de lo físico parece más susceptible de ser explicado a través de la causalidad lineal. Es más difícil pensar que la fiebre contribuya a mantener la infección. Aun así, no olvidemos, como en el ejemplo que anteriormente poníamos, que muchos fenómenos de la naturaleza, como el clima o los ecosistemas, se abordan mejor si los entendemos como sistemas complejos y por lo tanto rígidos por las leyes de la causalidad circular.

El análisis sistémico no es más que una herramienta diseñada para resolver problemas. Ofrece puntos de vista diferentes sobre los hechos y, por lo tanto, soluciones alternativas. Veamos algunos ejemplos de análisis de causalidad circular aplicados al ejemplo del barrio con el cual empezábamos este capítulo. Lo que a continuación se presentan son únicamente lecturas posibles considerando diferentes elementos y sistemas. Son todas en negativo porque tratamos de ejemplificar análisis de circularidades que mantienen problemas, pero igualmente podríamos construir círculos en positivo y, de hecho, más adelante pondremos un ejemplo de este tipo.

Empecemos con un ejemplo de lectura circular considerando al individuo aislado como un sistema. Los niños absentistas tienden a dar poco valor a la educación, los modelos de personas exitosas económicamente más cercanos se dedican a profesiones que no han requerido ir a la escuela, gana más un "camello" que un maestro, o un albañil que un trabajador social. Desde esta perspectiva les resulta más divertido quedarse en casa o moverse por el barrio que acudir a la escuela. Pronto la falta de asistencia a clase hace que pierdan el ritmo y les resulte difícil atender las explicaciones y trabajar como el resto de sus compañeros. Una clase que uno no puede seguir no es motivante, es mejor alternativa faltar o simplemente dedicarse a molestar en el aula. La lectura circular es clara: cuantas más ausencias más difícil resulta seguir la clase y esa es en sí misma una razón para faltar a ella.

Describamos también algunos ejemplos que implican interacciones entre los cuatro posibles protagonistas de esta historia: padres, maestros, escolares e instituciones. Muchos padres de barrios como el que describimos no dan un especial valor a la educación, simplemente porque piensan que las futuras salidas laborales de sus hijos tendrán más que ver con profesiones técnicas que requieren menos formación. A veces eso puede coincidir con que además perciban a sus hijos

como poco capaces de un buen desempeño escolar. Por eso, muchos de ellos no se molestan demasiado en motivar a los muchachos para que acudan al colegio. La falta de disciplina de los progenitores favorece el absentismo de los hijos y, en consecuencia la aparición de las dificultades escolares. Si el niño va mal en clase se ve confirmada la expectativa parental de que el hijo es un mal estudiante, por lo que no merece la pena insistirle, vale más esperar a que crezca y se dedique a algo que reporte pronto dinero a la familia. De manera similar, para los maestros los niños que aparecen y desaparecen son un incordio, pierden el ritmo de la clase, tienden a molestar a sus compañeros y requieren una dedicación adicional para motivarlos. En muchos casos les resulta más fácil prescindir de ellos, y ahí empieza la otra vuelta del círculo, un profesor poco motivante es una razón más para no atender en clase o simplemente no acudir, cualquiera de los dos comportamientos confirmará la expectativa del maestro, ratificando su línea de actuación.

Entre los padres y los maestros se montan con facilidad círculos viciosos de traspaso de culpa. Los maestros tienden a hacer responsables del absentismo a los padres de sus alumnos problemáticos por haberles dado una "mala educación" en casa. Por su parte los progenitores prefieren pensar que son los maestros los que están fracasando en la tarea de formar, bien porque los consideran incompetentes, o bien porque no quieren entender las cualidades específicas de su hijo. En esta rueda de intercambios de culpa ninguna de las dos partes se responsabiliza del todo de tomar medidas eficaces contra el absentismo, lo que facilita que el estudiante siga faltando a clase.

También las instituciones pueden colaborar a mantener el problema. Cuando el estudiante falta sistemáticamente a clase, el colegio puede dar parte a los Servicios Sociales, estos pueden investigar y poner en marcha, si el caso lo requiriera, medidas punitivas contra los padres. Este tipo de intervención indudablemente añade tensión a la ya difícil relación padres y maestros, pero además coloca a los padres en la posición de ocultar información a los Servicios Sociales para no ser sancionados. Los trabajadores sociales deben "averiguar" si los padres realmente mandan a sus hijos al colegio, si lo confirman pueden "castigar" a los padres en casos extremos con medidas como la retirada de custodia. Ante esta perspectiva la posición que más les puede convenir a los padres es la de "ocultar" información o "falsearla" firmando partes de enfermedad falsos. Cuanto más indagaran los Servicios sociales más en posición de ocultar están los padres y, viceversa, los empleados de los servicios que tienen la sensación de ser engañados tienden a ponerse más suspicaces lo que mantienen el círculo vicioso suspicacia-engaño. La cuestión es que, al final, la situación perpetúa la posibilidad de que nuestro estudiante siga faltando al colegio.

Hemos puesto únicamente ejemplos de interacciones diádicas, pero se podría tratar de construir una historia global en la que se ejemplifique la interacción conjunta de estudiantes, maestros, padres, profesores e instituciones, siempre en el

contexto del barrio que estudiamos. Lo que a nosotros nos interesa resaltar es que las lecturas interaccionales sirven a un fin: producir cambios. Pensar circularmente amplía nuestras opciones de cambio, podemos tratar de conseguir que cambie A o que cambie B (o C, D, E si consideramos el sistema global), o que se modifique la interacción entre los diferentes elementos. Cualquier pequeño cambio de alguna de las partes podría convertirse en el primer paso para conseguir una transformación en todo el sistema. Un pequeño cambio puede consistir, por ejemplo, en que un estudiante se decida a acudir más a clase, o que un profesor empiece a dedicar más tiempo a motivar a un alumno absentista, que unos padres se decidan a controlar más la asistencia al colegio de su hijo, o que una institución se decida a organizar una campaña de apoyo a los niños que faltan al colegio. Un cambio en la interacción total garantizaría aún más el éxito. Pasaría por hacer un trabajo en equipo que posibilitara que un alumno concreto se dé una nueva oportunidad en la escuela, y que profesores y padres estén dispuestos a reaccionar a la iniciativa del muchacho prestándole más atención cada uno desde su entorno y colaborando más entre ellos. El cambio se podría amplificar si consiguiéramos que otra institución garantizara clases de apoyo especiales para favorecer el rendimiento del muchacho. Con todo ello tal vez contribuiríamos a crear una interacción en positivo: a más esfuerzo del estudiante más apoyo de padres, profesores y demás instituciones, apoyo que esperaríamos ver recompensado con un mantenimiento del esfuerzo de nuestro alumno.

CAPÍTULO XIX

EL ACOGIMIENTO FAMILIAR COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

M' Jesús Fuentes

La familia constituye el contexto más idóneo para el desarrollo de los niños por ser el **grupo** humano que mejor puede satisfacer sus necesidades básicas de tipo afectivo, cognitivo, comunicativo, físico y social (López, 1995).

Sin embargo, en ocasiones la familia no cumple sus funciones de cuidado y protección de **forma** adecuada, poniendo en **riesgo** el desarrollo integral de los hijos. Cuando esto **ocurre**, la sociedad interviene, a través del Sistema de Protección a la Infancia, con el fin de garantizar el bienestar físico y psicológico de los niños. Esta intervención, a veces, acarrea la declaración de desamparo del niño y la separación provisional o definitiva de su familia. En estos casos la Administración asume la guarda y tutela del niño, así como la responsabilidad de velar por sus derechos y bienestar. La ley 111998 de 20 de Abril, sobre los derechos y atención al menor, recoge claramente que cuando las circunstancias del menor aconsejen su salida del grupo familiar propio se buscará, de forma prioritaria, una medida de alternativa familiar.

Una vez establecido el desamparo del niño, la Ley 2111987 de 11 de Noviembre, plantea las siguientes medidas de protección: el acogimiento (residencial o familiar) y la adopción (nacional o **internacional**).

En este capítulo se analizan los tipos y características del acogimiento familiar, como medida de protección de la infancia.

1. TIPOS DE ACOGIMIENTO FAMILIAR

En el acogimiento familiar se pueden diferenciar los siguientes tipos: de urgencia, simple, permanente y preadoptivo.

- El acogimiento de urgencia tiene como finalidad ofrecer un contexto familiar de atención a los niños en situaciones de separación urgente de sus familias. Es de carácter transitorio y de breve duración (máximo 3 meses), ya que su objetivo es realizar el diagnóstico de la situación, tanto de la familia como del niño en situación de riesgo, y adoptar la medida protectora que se considere más adecuada a esa situación. Para mayor información sobre este tipo de acogimiento ver Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas (2003).
- El acogimiento simple tiene carácter transitorio y se realiza cuando una situación de crisis familiar aconseja la separación del niño de su familia hasta que los padres superen la crisis y el hijo pueda reintegrarse en su familia sin riesgo para su desarrollo. Por tanto, cuando se realiza un acogimiento simple se prevé la reinserción a corto plazo del niño en su familia, y por ello, se establece un régimen de visitas que permita mantener y fomentar los vínculos entre el niño y sus padres. También se puede establecer esta medida, con carácter transitorio, mientras se decide una medida de protección para el niño de carácter más estable. La legislación recoge (Ley 1/1998, de 20 de abril) que siempre que sea posible, se promoverán las medidas tendentes a la reinserción del niño en su familia de origen.
- El acogimiento permanente se realiza cuando no existe previsión de reinserción del niño en su familia biológica y las características, deseos personales del propio niño, o las circunstancias específicas de su situación aconsejan su integración estable y duradera en otra familia. Este tipo de acogimiento supone la permanencia estable del niño en la familia acogedora, aunque no implica la creación del vínculo de filiación entre ellos, a diferencia de la adopción. El juez puede dictar un régimen de visitas entre el niño y sus familiares si ello contribuye al bienestar del niño y puede atribuir a los acogedores aquellas facultades de la tutela que faciliten el adecuado ejercicio de sus responsabilidades.
- El acogimiento preadoptivo se realiza cuando la entidad pública eleva al juez la propuesta de adopción y tiene como objetivo que el niño comience desde ese momento la convivencia con la futura familia adoptiva. Su duración abarca el tiempo de tramitación legal de la adopción. También se realiza este tipo de acogimiento cuando se considera necesario tener un periodo de adaptación entre el niño y la familia antes de formalizar la adopción. Su duración no puede ser superior al año, y en todos los casos,

el objetivo de este acogimiento es la adopción del niño por parte de esa familia, por lo que no se establece régimen de visitas con los padres biológicos.

Otra clasificación de los acogimientos familiares aplica el criterio de la existencia o ausencia de relación de parentesco entre el niño y la familia acogedora. Cuando no existe relación de parentesco entre ellos se habla de acogimiento con familia ajena, y cuando existe una relación en la que los acogedores son los tíos o abuelos, se dice que el acogimiento se realiza con la familia extensa. En ambos casos, los acogimientos pueden ser de corta duración y con previsión de retorno del niño con sus padres (simple) o de larga duración y sin expectativa de retorno (permanente).

2. FUNCIONES DE LOS ACOGEDORES

El Código Civil (Artículo 173) recoge que el acogimiento familiar produce la plena participación del niño acogido en la vida de la familia acogedora e impone a los acogedores las obligaciones de velar por él, tenerle en su compañía, alimentarle, educarle y procurarle una formación integral. A partir de estas prescripciones y de las necesidades que presentan los niños y niñas que han sido separados de sus familias (López, 1995), se han desarrollado las principales funciones que deben asumir los acogedores, entre las que se encuentran las siguientes (Amorós y Palacios, 2004):

- Cuidar y educar al niño acogido durante una etapa de su vida hasta que pueda retomar con su familia (en los acogimientos simples), o hasta la mayoría de edad (en los acogimientos permanentes).
- Ayudar al niño a resolver los problemas, de conducta o del desarrollo, que pueda presentar como consecuencia de las circunstancias adversas vividas con anterioridad al acogimiento.
- Comprender y saber afrontar las reacciones de los niños provocadas por su separación de los padres y familiares.
- Respetar la historia, los antecedentes y valores de la familia del niño.
- Facilitar al niño la integración en el entorno familiar y social de los acogedores.
- Compartir información con los técnicos responsables del caso y colaborar con ellos en la toma de decisiones sobre la evolución de las visitas y del acogimiento.
- En los acogimientos simples, asumir la temporalidad del acogimiento y preparar al niño para la despedida de la familia acogedora y el retorno con su familia biológica.
- Abordar las visitas entre el niño y sus familiares con realismo y sensibilidad para no herir los sentimientos del niño.

Las visitas y contactos entre los niños y sus familiares constituyen un elemento esencial para mantener los vínculos de los niños con sus seres queridos y con su pasado, al tiempo que proporcionan a los profesionales responsables un excelente contexto para observar la evolución de las relaciones familiares y el cumplimiento de los objetivos del acogimiento. Sin embargo, con frecuencia son motivo de incertidumbre y desazón para los acogedores, especialmente en los casos en que estos consideran que alteran al niño. Le influyen negativamente en su conducta, o dificultan su adaptación a la familia de acogida. Estos hechos ponen de manifiesto la importancia de la formación de las familias de acogida para que cumplan adecuadamente sus funciones y favorezcan las visitas cuando los profesionales valoran que son necesarias para la evolución adecuada del niño y del acogimiento.

3. CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES DE LAS VISITAS

² Las visitas entre el niño acogido y sus padres o familiares consisten en contactos periódicos y supervisados. El régimen de visitas entre los familiares y los niños es autorizado y establecido por el juez en base a los informes técnicos de los profesionales responsables del caso. En el documento de formalización del acogimiento se especifica la frecuencia de los contactos y la identidad de los familiares autorizados a mantener dichos contactos con el niño.

Las visitas constituyen un derecho del niño y de los padres a mantener los vínculos afectivos y la relación existente entre ellos. Por ello, son un aspecto fundamental de los acogimientos y un elemento importante para evaluar la marcha del acogimiento y el posible retorno del niño con su familia biológica (Pecora, Whittaker, Maluccio y Barth, 2000). Suelen realizarse con la mediación de los técnicos y bajo el control y supervisión de los responsables del caso.

Entre las principales funciones de las visitas, Amorós y Palacios (2004) señalan las siguientes: a) mantener los vínculos afectivos del niño con su familia y conservar las relaciones valiosas y significativas para el niño; b) dar continuidad a la historia del niño y al desarrollo de su identidad; y c) crear una relación de confianza mutua y colaboración entre acogedores y padres para lograr el bienestar del niño. Además, en los acogimientos simples cumplen las funciones de fundamentar las decisiones y propuestas de los técnicos respecto a la evolución del acogimiento y el regreso con la familia biológica; y mantener las expectativas de retorno del niño con su familia.

4. VARIABLES DE RIESGO EN LOS ACOGIMIENTOS

Los estudios que han analizado el fracaso de los acogimientos durante el proceso de adaptación entre el niño y la familia acogedora han identificado varia-

bles de riesgo relacionadas, tanto con la historia y conducta del niño, como con la conducta, actitudes, expectativas y temores de los acogedores.

- a) Entre las variables de riesgo relacionadas con la historia y conducta del niño se encuentran las siguientes (González y otros, 2001):
 - El tiempo prolongado de permanencia del niño en acogimiento residencial. Es una variable de riesgo para el mantenimiento de los vínculos afectivos del niño con su familia y para el fomento de nuevos vínculos con los cuidadores debido a las características del contexto residencial. Como se ha señalado, el contexto familiar es el más favorable para que el niño construya y mantenga vínculos de apego estables y seguros (López y Ortiz, 1999).
 - Los cambios de centros, medidas de protección, colegios, cuidadores, compañeros, amigos, etc. son variables de riesgo porque generan inestabilidad e inseguridad en el niño.
 - Haber padecido malos tratos o abuso sexual, especialmente si los autores fueron los padres, es una variable de riesgo debido, entre otras cosas, a que estas experiencias provocan en los niños la pérdida de confianza en los adultos como agentes protectores.
 - Haber vivido el fracaso acumulado de anteriores acogimientos constituye una variable de riesgo, ya que las sucesivas separaciones o abandonos hacen que los niños pierdan la confianza en la incondicionalidad del afecto de los adultos y desarrollen sentimientos de infravaloración, inadecuación y rechazo.
 - La edad avanzada del niño se asocia con mayor riesgo del acogimiento. Los niños y niñas mayores, por lo general, tienen más dificultad para adaptarse a la familia de acogida porque han podido acumular más experiencias de rechazo, desvinculación, abandono emocional, etc. y además, son más conscientes de su situación. Por ello, aunque la edad en sí misma no es un factor de riesgo, sí lo es la acumulación de acontecimientos y experiencias negativas asociados a ella.
 - Presentar graves problemas emocionales, de conducta o hiperactividad dificulta la adaptación del niño a la familia de acogida.
- b) Entre las variables relacionadas con la familia acogedora que dificultan la mutua adaptación entre el niño y la familia de acogida están las siguientes (Fuentes y otros, 2001):
 - La ausencia de expresiones de afecto y comunicación en los acogedores hacia los niños.
 - Los temores irracionales de los acogedores respecto a la historia o conducta del niño. Por ejemplo, el temor a que el niño no se vincule a los acogedores, a que no cambie conductas inadecuadas aprendidas antes

del acogimiento, a que reproduzca las conductas inadecuadas de sus padres por la influencia de la herencia genética, etc.

- La percepción de los acogedores de que los conflictos que tenían inicialmente con el niño acogido no evolucionan favorablemente, sino que se estancan o empeoran con el tiempo (Fernández y Fuentes, 2001).
- Las expectativas desajustadas de los acogedores respecto a las posibilidades, evolución y características reales del niño (manifestación de afecto, éxito escolar, superación de problemas de conducta, etc.).
- Los estilos educativos y estrategias inadecuadas de los acogedores para afrontar y resolver los conflictos con el niño acogido.
- La ausencia de redes de apoyo familiar y social (amigos, familia extensa, profesionales de apoyo, asociaciones, etc.).

En los acogimientos simples, además de las variables mencionadas, también se consideran variables de riesgo las siguientes:

- Fomentar en el niño acogido el sentimiento de deslealtad o conflicto de lealtades entre la familia biológica y la de acogida.
- Disminuir los contactos o visitas con la familia biológica.
- Generar confusión o falsas expectativas en el niño respecto a su historia, la temporalidad de la situación, el previsible retorno con sus familiares, etc.
- Favorecer o consentir el desarrollo de sentimientos negativos en el niño hacia su familia biológica.
- Convertir al niño en objeto de polémica entre las dos familias.

Naturalmente, el proceso de adaptación entre el niño y la familia acogedora es resultado de la interacción entre múltiples variables y, por tanto, la mera presencia de alguna variable de riesgo no predice el resultado de la adaptación, sino que será la manera de asumir, interpretar y resolver los conflictos y situaciones a los que se enfrente cada familia, lo que muestre el resultado del mencionado proceso.

5. VARIABLES DE ÉXITO EN LOS ACOGIMIENTOS

Las principales variables que se asocian con el éxito de los acogimientos son las siguientes (González y otros, 2001; Fuentes y otros, 2001; Amorós y Palacios, 2004):

- La preparación técnica de los profesionales que realizan la formación, valoración de idoneidad y el acoplamiento de las familias y niños.
- La formación y preparación adecuada de los acogedores y de los niños antes del acogimiento, de modo que se proporcione la suficiente información para que ambos construyan expectativas realistas sobre su futura convivencia

- Escuchar y tener en cuenta el deseo del niño sobre su futuro, especialmente en el caso de los niños mayores de 12 años, como prescribe la ley.
- Realizar seguimiento y apoyo psicoeducativo continuado a las familias, de forma suficientemente extensa e intensa como requiera cada familia.
- Tener redes de apoyo familiar, formales e informales, como por ejemplo, asociaciones de familias de acogida, servicios de apoyo, etc.
- La duración razonable en el caso del acogimiento simple, y la tramitación de la adopción en el periodo que establece la ley en el caso del acogimiento preadoptivo, ya que dilatar excesivamente este periodo puede crear incertidumbre e inseguridad, tanto en los padres respecto a su rol de padres adoptivos, como en el niño en cuanto a su pertenencia e integración definitiva en la familia adoptiva.
- La colaboración de los padres en la transición del niño de un hogar a otro, por ejemplo, ayudándole a preparar el equipaje y los juguetes u objetos significativos que se llevará, acompañándole al nuevo hogar, etc.
- La colaboración entre las dos familias (biológica y acogedora) respecto a las visitas y la preparación de la despedida del niño de la familia acogedora cuando regrese con sus padres, en el caso del acogimiento simple.
- La aceptación del acogimiento por parte de los hijos de los acogedores (si los hay), evitando situaciones de rivalidad o enfrentamiento entre los hijos y el niño acogido.

6. EL ACOGIMIENTO CON FAMILIA EXTENSA

El acogimiento con familia extensa merece una consideración especial porque es el tipo de acogimiento más frecuentemente utilizado en nuestro país. El principal motivo del intenso uso de esta medida de protección probablemente responde al cumplimiento de la legislación vigente, ya que la Ley 2111987 de 11 de Noviembre señala que se procurará la permanencia del menor en su propio entorno familiar. Sin embargo, es posible que otras variables relacionadas con la práctica profesional (Amorós y Palacios, 2004) también hayan influido en ello, como por ejemplo, la regularización de acogimientos de hecho; la predisposición favorable de los familiares próximos a cuidar de los niños, cuando los padres no pueden hacerlo; el menor esfuerzo profesional dedicado al seguimiento de estos acogimientos; el menor gasto económico de las administraciones; la inenor exigencia en la formación y el cumplimiento de los criterios de idoneidad de los acogedores, etc.

Aunque la legislación destaca la importancia de la familia extensa como acogedora y establece que debe ser la primera opción a tener en cuenta por parte de los profesionales en caso de separación de un niño de sus padres, se han realizado muy pocos estudios en nuestro país sobre este tema (Villalba y Sánchez, 2000;

Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo, 2002; Bernedo, 2004; Lumbreas, Fuentes y Bernedo, en prensa).

A nivel internacional, las investigaciones que han abordado el acogimiento con familiares (Marchand y Meulenbergs, 1999; Iglehart, 1994) señalan una serie de ventajas e inconvenientes en este tipo de acogimiento.

Entre las principales ventajas se indican las siguientes: a) permite al niño permanecer en su medio habitual con personas que conoce, evitando el desarraigo y el internamiento en un centro, y facilitando el contacto con sus padres y hermanos (Beeman, Kim y Bullerdick, 2000; Kolomer, 2000); b) favorece la formación de la identidad del niño, fortaleciendo el sentimiento de continuidad de su historia familiar y cultural (Keefer y Shooler, 2000); c) contribuye a la estabilidad afectiva del niño, al disminuir el sentimiento de pérdida de su familia (Berrick, 1998); y d) la mayoría de los niños en acogimiento con sus familiares no han estado anteriormente en acogimiento residencial, o en otros tipos de acogimiento, pues pasan directamente de vivir con sus padres a vivir con sus familiares (Beeman, Kim y Bullerdick, 2000; Iglehart, 1994).

Entre los principales inconvenientes se refieren los siguientes (Gibbs y Müller, 2000; Marchand y Meulenbergs, 1999): a) la familia extensa puede ser también una familia con probleinas, al igual que la del niño; b) con frecuencia existe una relación hostil entre los acogedores y los padres de los niños; c) los contactos entre el niño y sus padres pueden ser perjudiciales para el niño, especialmente si existe un historial de abusos, ya que se corre el riesgo de que estos sigan produciéndose; d) cuando los acogedores son los abuelos, los conflictos intergeneracionales son mayores que en otras familias, dificultándose la comunicación con los nietos; e) los familiares se pueden sentir presionados para acoger a los niños con tal de lograr que permanezcan en la familia; f) algunos abuelos acogedores temen cometer los mismos errores que cometieron en la educación de sus propios hijos; g) los acogedores familiares tienen menor nivel educativo y disponen de menos recursos económicos que otros acogedores, situación que puede empeorar al acoger al nieto, pues muchas abuelas abandonan o reducen su jornada laboral para cuidar al niño (Caputo, 2001); y h) los acogedores no pasan por los procesos de formación, valoración de idoneidad, seguimiento y asesoramiento de otros acogimiento~reciben menos ayudas económicas y tienen menos contacto con los servicios sociales (Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo, 2002).

CAPÍTULO XX

EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA

Jorge Fernández del Valle

El acogimiento residencial, a diferencia del acogimiento familiar, es una medida que ha estado presente en la asistencia a los niños abandonados y desprotegidos durante muchos siglos (y con diversas denominaciones como Casa de Expósitos, de Misericordia, Casas Cuna, Hospicios, etc.). Todo ello ha conformado la historia de la atención a la infancia desprotegida mediante una respuesta única y universal como ha sido la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar del que carecía o que era deficitario.

Todavía a mediados de los años ochenta, hace apenas veinte años, la medida de la institucionalización en España era la respuesta predominante. Los organismos implicados en la protección a la infancia en esta época, justainte anterior a la asunción de competencias por las comunidades autónomas y la creación de un sistema público de servicios sociales, se caracterizaban por sus grandes inversiones en instituciones.

Como se puede observar en el cuadro 1, los organismos con competencias en la protección de menores se superponían con facilidad, siendo muy difícil establecer límites entre sus funciones respectivas. Todos los organismos manejaban como respuesta fundamental la institucionalización de los menores, a lo que únicamente cabía añadir algún tipo de ayuda económica a las familias. Baste pensar que en el año 1985 la Obra de Menores contaba con 122 centros propios y 688 entidades colaboradoras para alojar a los menores (Ministerio de Justicia, 1984).

Organismo	Características	Funciones
Obra de Protección de Menores	Desarrollado a partir de las leyes de Protección de Menores de principios de siglo XX Funcionaba con juntas provinciales y locales	Gestión de instituciones de menores para los desprotegidos Gestión de centro de internamiento de reforma para menores infractores hasta 16 años
Auxilio Social (a partir de 1974 se integran sus servicios en el Instituto Nacional de Asistencia Social. INAS)	Desarrollado a partir de la guerra civil española Asistencia a niños y madres con carencias	Gestión de instituciones de menores con carencias familiares Gestión de instituciones y ayudar para madres con lactantes
Diputaciones Provinciales	Ejercen las acciones propias de la Ley de Beneficencia española 1849 Atención a menores carenciales, abandonados y huérfanos	Gestión de instituciones para niños abandonados Casas maternas para bebés Institutos de puericultura Gestión de adopciones

Cuadro 1. Principales organismos protectores de la infancia hasta 1987.

Una vez puesto en marcha el sistema público de servicios sociales, y con él la competencia exclusiva para las comunidades autónomas, la situación cambió radicalmente. La ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 1996 estableció dos medidas de acogimiento para los menores que requieren un cuidado sustitutivo de su propia familia: el de tipo familiar y el residencial. Además, se establecieron medidas de intervención y apoyo familiar, así como el **refuerzo** de la adopción como medida de protección para los menores que puedan de ese modo gozar de una nueva familia. En este nuevo escenario de la protección el acogimiento residencial es solamente una posibilidad más y pierde su carácter de respuesta Única e institucionalizadora (entendiendo como tal que el niño se pase largos años criado en entornos de grandes instituciones).

Para situar este proceso en sus coordenadas históricas y técnicas podríamos describir la transición del acogimiento residencial en tres fases, que se describirán a continuación.

1. MODELO INSTITUCIONALIZADOR

Correspondiente a las grandes instituciones antes mencionadas y que estuvo vigente hasta bien entrada la **década** de los ochenta en España. Sus características (Femández del Valle y Fuertes, 2000) se podrían sintetizar en el hecho de ser cen-

tros cerrados, autosuficientes (escuelas, médico, cines, canchas, deportivas, etc.), basados en necesidades muy básicas, con un cuidado no profesional, y con razones de ingreso enormemente variadas (desde casos de verdadero maltrato hasta carencia económica familiar). Los niños podían permanecer toda su infancia en estas instituciones y la mayoría albergaban cientos de niños y niñas.

2. MODELO FAMILIAR

A partir de los años setenta comienzan a darse iniciativas de crítica y construcción de alternativas a las grandes instituciones basadas en la idea de que los niños que no tienen hogar no deben estar en macroinstituciones sino en hogares de tipo familiar y con personas cercanas de referencia educativa. El modelo se basaba en la creación de hogares de tipo familiar, a poder ser en pisos de vecindad, y con los niños asistiendo a las escuelas de la comunidad, así como utilizando los espacios propios de cualquier otro niño en el banio.

A finales de los ochenta este modelo impregna **también** el cambio de las grandes instituciones que se reducen en número y en capacidad muy considerablemente. Se reestructuran muchas de estas instituciones creando en su interior espacios diferenciados, como hogares que suelen tener ocho o diez niños con sus propios educadores de referencia. Este modelo, en ocasiones, se ha denominado de unidades residenciales y es una alternativa **todavía** vigente. En la actualidad, el acogimiento residencial tiene básicamente estas dos posibles estructuras: el hogar familiar, sea en pisos o en viviendas unifamiliares, o bien las residencias de mayor tamaño pero que en su interior se hallan divididas en unidades u hogares de tipo **más** familiar (habitaciones sala de estar, cuartos de baño...) **conformando** apartamentos dentro de la residencia. Por otra parte, las residencias de mayor tamaño no deberán tener mas de 30 a 35 niños (habitualmente tres o cuatro unidades con capacidad de 8 a 10).

Este modelo familiar sentó las bases de un cambio muy necesario: los niños para recibir una adecuada educación requieren espacios familiares, confortables y cálidos, donde adultos de referencia y estables puedan establecer relaciones **afectivas** significativas. No obstante, el modelo familiar **partía** de un objetivo de la protección consistente en dar una crianza alternativa a niños sin familia, o con familias inadecuadas. Se trataba de crear entornos sustitutivos de las familias para educar en ellos a estos niños durante el tiempo que hiciera falta, en muchos casos desde la más temprana infancia hasta la mayoría de edad.

Este objetivo fue rápidamente revisado y desechado por el nuevo sistema de protección. Tanto la Ley de Acogimiento y Adopción de 1987, como la posterior Ley Orgánica de 1996 van a establecer que las medidas de intervención deben priorizar la crianza del niño en un entorno familiar. Por tanto, los niños y especialmente sus familias deben recibir apoyo para que en caso de separación puedan

retornar al hogar lo antes posible (con la ayuda de programas de intervención familiar). Si no fuera posible el retorno, los niños deberán pasar a vivir con una nueva familia (utilizando los acogimientos familiares y las adopciones). En síntesis: el acogimiento residencial dejó de ser una medida para criar niños sin hogar y pasó a ser una medida temporal de atención al servicio de la solución definitiva de integración familiar. Esta idea de la solución definitiva de tipo familiar como meta de la protección marcó el diseño de las medidas de protección en Estados Unidos mediante la introducción del concepto de "*permanency planning*" (Maluccio y cols., 1986) y posteriormente se asumió en Europa.

Es importante tener en cuenta que este cambio de rumbo rompe los esquemas de muchas entidades que han tratado de desarrollar programas para que los niños puedan vivir allí como en un hogar propio todo el tiempo que precisen, y que siguen enfatizando los objetivos de crianza a largo plazo por encima de otros.

3. MODELO ESPECIALIZADO

Desde los años noventa el acogimiento residencial se ha sumido en una crisis muy importante. Después de tratar de crear espacios familiares y de tratar de tener adultos cercanos de referencia, las cosas han empeorado considerablemente. Los conflictos en los hogares han ido creciendo, con muchos casos de niños y especialmente adolescentes que presentan graves problemas de conducta, especialmente de agresividad. A ello se añaden casos de nuevos perfiles como los menores de edad no acompañados del norte de África que llegan a nuestros hogares sin conocer idioma ni costumbres, a los que no es nada fácil dar respuestas adecuadas.

Durante los últimos diez años el perfil de los menores atendidos en acogimiento residencial ha variado considerablemente, siendo ahora los casos más frecuentes los de adolescentes (con aproximadamente un 70% mayores de 13 años). El acogimiento residencial, como ha sucedido ya en otros países (Colton y Hellinks, 1995) pasa a ser una medida de atención a niños mayores y adolescentes con todo lo que ello conlleva (conflictividad, importancia de los pares como modelos e influencias, etc.).

Pero hay más razones: el propio proceso de intervención de la protección de menores ha llevado a establecer cierta especialidad. Se trata de los centros de primera acogida y emergencia, que son unidades para todos los casos que requieren intervenciones inmediatas y que atienden a los niños en espera de la evaluación de caso y posteriores decisiones (a poder ser por poco tiempo para dar pronto una respuesta estable). En el punto de proceso opuesto encontramos los hogares que piensan en la salida de los adolescentes mayores en la cercanía de la mayoría de edad: los pisos tutelados o de emancipación. Se trata de hogares de jóvenes que se autogestionan o tienen la máxima independencia en las cuestiones del hogar y la casa para aprender a vivir independientemente.

Así pues, sea por necesidades de proceso de la intervención, sea porque van apareciendo perfiles de niños (léase necesidades específicas de niños) que deben tener una respuesta ajustada y optimizada, hoy día no hay nada parecido a instituciones de menores, así en general, ni tan siquiera hogares de protección, sino una red de servicios de acogimiento residencial muy diferenciados, basados en la especialización para atender necesidades específicas. A continuación podemos ver los más relevantes.

- Hogares de acogida de los pequeños hasta tres años. Es muy frecuente encontrar hogares que prestan atención a bebés y niños muy pequeños de forma específica. Las necesidades de este tipo de atención son claramente diferentes y es uno de los recursos especializados más característicos de las diferentes comunidades, aunque en la actualidad tienden a disminuir, al priorizar que los niños más pequeños estén siempre en familia de acogida.
- Hogares de primera acogida y emergencia. Se trata de hogares de recepción de casos de urgencia, cuando se requiere la separación de la familia y/o la ubicación en lugar protegido de convivencia. Son hogares con una finalidad de primera cobertura de necesidades urgentes y con una finalidad evaluadora muy importante para que en el corto plazo se tome una medida definitiva.
- Hogares de convivencia familiar. Podríamos denominar así a los diferentes tipos de hogares que prestan una atención basada en la convivencia de niños y niñas de edades distintas, tratando fundamentalmente de crear un entorno familiar y protector de convivencia durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial.
- Hogares de preparación para la independencia de adolescentes. Se trata de hogares donde un grupo pequeño de adolescentes, habitualmente viviendo en un piso en la comunidad, se preparan para hacer la transición hacia su vida independiente. Son casos en los que no se puede o no se considera conveniente su retorno a la familia y debido a la cercanía de la mayoría de edad, se opta por darles apoyo para que desarrollen las habilidades necesarias para pasar a vivir por su cuenta. Los adolescentes viven en el hogar asumiendo las responsabilidades de organización doméstica y de la convivencia con un mínimo apoyo educativo.
- Hogares para adolescentes con problemas emocionales o conductuales. Como respuesta al aumento de casos de adolescentes que además de estar en situación de desprotección presentan importantes problemas de convivencia, especialmente cuando representan un grave riesgo para sí mismos o los demás, se han introducido hogares especializados para ellos. Se trata habitualmente de hogares situados en entornos más abiertos, viviendas unifamiliares, algunas con granjas u otro tipo de recursos para actividades diversas, donde convive un reducido número de adolescentes con una dotación de educadores y de apoyo psicoterapéutico muy superior al resto.

– Hogares para menores extranjeros no acompañados: definición legal para aquellos menores que proceden de otros países y se encuentran en territorio español sin familia, la mayoría del norte de África. Su presencia creciente lleva a crear respuestas específicas, con personal que conozca el idioma y las pautas culturales de estos jóvenes.

Es interesante observar la cuestión, no sólo desde lo que ocurre en esta transición histórica con respecto al acogimiento residencial, sino también con referencia a los cambios en el sistema de protección infantil. En el modelo de beneficencia, representado por los organismos ya descritos, la atención se basa en acoger gran número de niños en macroinstituciones para colaborar con las familias con escasos recursos en la crianza de los hijos.

Este modelo macroinstitucional de la atención derivó más tarde, en la transición entre la beneficencia y el nuevo sistema público de servicios sociales, como se comentó, en un modelo de creación de hogares familiares para sustituir la crianza familiar y bajo lo que podríamos llamar el modelo de "rescate": retirar al menor de la compañía de su familia y darle una crianza en entorno familiar, abierto, en relación con los recursos comunitarios (normalizado) que cubriera sus necesidades básicas.

No existía una intervención modificadora de las causas de esta desprotección, ni las familias se constituían en objetivo de las intervenciones sociales. Solamente se actuaba sobre los niños, dando pie a que pudiéramos hablar con propiedad de una intervención con "menores", denominando así a este sector de actuación. Un indicador visible de hasta qué punto ha cambiado el modelo, es que en la actualidad se ha erradicado el término de menores en la nomenclatura de los servicios y los programas de la mayor parte de las comunidades autónomas, se rotulan como "familia e infancia".

El cambio de denominación no es en este caso de maquillaje por razones de lo políticamente correcto, sino que obedece a un cambio radical en el enfoque y en el modelo. Desde la perspectiva de "menores" que actuaba exclusivamente sobre los niños y niñas, en lo que llamamos el modelo de rescate, se ha pasado a enfocar todo caso de desprotección infantil como un problema familiar con todas sus consecuencias. Ello implica que las causas de la desprotección se deben investigar y evaluar en la familia y que por tanto muchas de las soluciones pasaran también por la intervención en el escenario familiar. Pero aún más, podríamos añadir que esta necesidad de no desligar al niño de su contexto familiar (lo cual hace justicia a la necesidad de perspectivas ecológicas y sistémicas), lleva también a otro principio fundamental de la protección infantil actual: el espacio natural del desarrollo del niño es la familia, y cualquier intervención protectora velará porque esta necesidad de ser educado en un espacio familiar sea cubierta. Podemos apreciar de manera sintética esta relación entre cambios y evoluciones de tipos de trabajo en acogimiento residencial en el cuadro 2.

Modelo de protección	Modelo de acogimiento residencial	Perfil menores	Tipo de hogar y atención
Modelo de Beneficencia	Institucional	Todas las edades Carencias familiares y socioeconómicas	Grandes centros y macroinstituciones Adultos cuidadores
Modelo de Familia de Sustitución (rescate)	Familiar	Todas las edades Carencias familiares y socioeconómicas	Hogares familiares Unidades familiares en residencias Adultos con rol parental (dimensión afectiva y convivencia estrecha)
Modelo Familia e Infancia	Especializado	Menores con medida de protección Mayoría de adolescentes Nuevos perfiles: extranjeros, salud mental, problemas conducta...	Hogares especializados Educadores sociales Educadores especializados

Cuadro 2. Relación entre el tipo de atención residencial y la evolución de modelos de protección infantil y acogimiento residencial.

4. PLANIFICACIÓN INDIVIDUAL DEL TRABAJO EDUCATIVO

En la actualidad disponemos de una red diversificada de servicios de acogimiento residencial. Todos ellos bajo el planteamiento de un trabajo con personal cualificado y con un proceso de intervención cuidadosamente planificado. Todo niño o niña con medida de protección debe tener un Plan de Caso individualizado con unos objetivos establecidos, que habitualmente consistirán en las siguientes posibilidades: retorno con su familia tras la mejoría de ésta; transición a otra familia de acogida o adopción; o bien transición a la vida adulta e independiente.

En función de estos objetivos del plan de caso, los educadores del hogar establecen a su vez un Programa Educativo Individual, que contiene los objetivos inmediatos a conseguir en la convivencia en el hogar. El trabajo a realizar, aun compartiendo muchos aspectos comunes a todos los niños y jóvenes, es diferente en función del énfasis que hay que poner en unas u otras necesidades, como se aprecia en el cuadro 3.

Igualmente, como se puede apreciar, en todos los planes de caso se contempla la medida de acogimiento residencial con una finalidad transitoria para la búsqueda de soluciones definitivas.

Plan de Caso	Plan educativo individual
Reunificación familiar	Prioridad de las relaciones familiares Trabajo educativa sobre la familia Coordinación estrecha en la familia Responsabilidades compartidas paulatinamente
Inclusión en otra familia	Preparación del niño para acogimiento o adopción Protocolo de inclusión en familia
Emancipación e independencia	Acompañamiento a la vida adulta independiente Trabajo en habilidades básicas de independencia Trabajo como base de independencia Apoyo en estudios Programas de transición (montar, etc.)

Cuadro 3. Relación entre Plan de Caso y Programa Educativo Individual

5. ACOGIMIENTO RESIDENCIAL DE CALIDAD

Una vez asentado el nuevo paradigma lo que resta es trabajar para profundizar en la calidad de estos servicios. Los criterios de calidad en la atención a menores en residencias los hemos elaborado en estos últimos años del siguiente modo (Fernández del Valle y Fuertes, 2000):

- Individualidad. Referido a la necesidad de que el niño sea tratado como un individuo con sus propias relaciones, experiencias, necesidades y futuro.
- Respeto a los derechos. Los derechos de los niños y sus familias deben ser un permanente eje de actuación, señalando límites y prioridades.
- Cobertura de necesidades básicas. Referida tanto a las condiciones del edificio, seguridad y confort, la alimentación e higiene, vestuarios y equipamiento individual, etc.
- Educación. Programación y atención según necesidades y situaciones individuales. Búsqueda de recursos comunitarios apropiados. Preparación y formación laboral.
- Salud. Incluye exploración médica inicial, controles de seguimiento, y atención adecuada. Igualmente se considera un aspecto importante la educación para la salud y la prevención.
- Normalización e integración social. Los niños y jóvenes en acogimiento residencial deben tener patrones de vida cotidiana similares a los que tienen los de su edad que viven en familias, así como los mismos usos de recursos comunitarios y acceso a oportunidades.
- Desarrollo, autonomía y participación. Todo el trabajo educativo debe estar enfocado a impulsar el desarrollo del niño, de modo que tenga cada vez mejores habilidades y recursos. La autonomía y el saber desenvolverse a

los niveles correspondientes de cada edad es un valor extremadamente importante teniendo en cuenta que pueden retornar a hogares que, aunque mejorados, pueden seguir siendo carenciales, o que pueden tener que valerse por sí mismo muy pronto al cumplir la mayoría de edad. Finalmente, todo el proceso educativo descansa en el principio de participación activa del niño o joven, especialmente en las decisiones que le conciernen, pero también en la vida del hogar, las normas, los planes de futuro inmediato, o en el propio proceso de las evaluaciones de su situación.

- Relación con los padres. Se analiza la existencia de un trabajo con las familias que permita una continuidad en su implicación con respecto a los menores, siempre que los intereses de estos no aconsejen otra cosa.
- Colaboración centrada en los niños. Todo el proceso de intervención debe estar guiado por un principio de coordinación entre todos los profesionales que en él toman parte, sea dentro del hogar como fuera, especialmente los equipos interprofesionales de familia e infancia, pero también los profesores de los centros escolares, los profesionales de la salud, etc. Sentimiento de seguridad. Una de las funciones esenciales de las residencias es constituirse en un entorno seguro y protector para muchos menores que han pasado por experiencias de indefensión y malos tratos.

6. CONCLUSIONES

El acogimiento residencial se ha convertido en los últimos veinte años en una medida muy distinta de las antiguas instituciones de menores. Hoy día constituyen un conjunto de recursos de convivencia educativa, de muy variada tipología y centrados en las necesidades de los niños. Los trabajos sobre la evaluación de su calidad y los nuevos procedimientos y herramientas han proliferado en los últimos años (Fernández del Valle, Álvarez y Bravo, 2003; Bravo y Fernández del Valle, 2001, Fernández del Valle, 1998, etc.).

El papel que cumple el acogimiento residencial está enormemente vinculado al tipo de plan de caso que establecen los técnicos de protección de menores, y siempre enfocado a una solución de tipo familiar o emancipadora, evitando la dependencia del hogar y las estancias innecesariamente largas.

CAPÍTULO XXI

LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON PERSONAS MAYORES

Miguel Ángel García Martín

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

La mejora de las condiciones de vida durante el siglo veinte, especialmente en su segunda mitad, han hecho aumentar de manera espectacular la esperanza de vida en España, que ha pasado de ser en 1900 de 33,9 años en los hombres y 35,7 años en las mujeres, a 77,2 y 83,7 respectivamente en la actualidad (Eurostat, 2006). Estos datos convienen a España en el país de la Unión Europea con la mayor esperanza de vida femenina y el segundo en el caso de los varones, estando sólo superada ésta por Suecia. Este aumento también ha afectado a la esperanza de vida a los sesenta y cinco años, que se sitúa en más de veinte años (20,1) en el caso de la mujer y que sobrepasa los dieciséis años (16,1) en los varones. Este indicador se incrementó un 24,5% entre 1979 y 1998-99, mientras que la esperanza de vida al nacer experimentó una ganancia del 8,7% (Observatorio de Personas Mayores, 2005). Esta mayor esperanza de vida no sólo ha incrementado (como se verá posteriormente) el aumento de la dependencia funcional de este colectivo sino también el número de años de vida saludable. En este sentido, será en octubre de 2004, cuando la Unión Europea incorpore a otros indicadores de envejecimiento, el conocido como *Esperanza de Vida Libre de Incapacidad* (EVLI), también denominado *Esperanza de Vida Saludable*. Este carácter novedoso hace que no se haya incluido este dato en el Informe España 2004 editado por el IMSERSO, pero sí en el indicador HLY (*Healthy Life Year*) del Eurostat (2006) (Ver Tabla 1).

	2000		2001		2002		2003	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Unión Europea (15 miembros)	63,3	64,4*	63,6	65*	64,3	65,8*	64,5	66*
Alemania	63,2*	64,6*	64,1*	64,5*	64,4*	64,5*	65*	64,7*
Austria	64,6	68	64,2	68,5	65,6*	69	66,2*	69,6*
Bélgica	65,7	69,1	66,6	68,8	66,9	69	67,4*	69,2*
Dinamarca	62,9	61,9	62,2	60,4	62,8*	61*	63*	60,9*
España	66,5	69,3	66	69,2*	66,6*	69,9*	66,8*	70,2*
Finlandia	56,3	56,8*	56,7	59,9	57*	56,8*	57,3'	56,5*
Francia	60,1	63,2*	60,5	63,3	60,4*	63,7*	60,6*	63,9*
Grecia	66,3	68,2	66,7	68,8	66,7*	68,5*	66,7'	68,4*
Holanda	61,4	60,2	61,9	59,4	61,7*	59,3*	61,7*	58,8*
Irlanda	63,3	66,9	63,3	66,5	63,5*	65,9*	63,4*	65,4*
Italia	69,7	72,9	69,8	73*	70,4*	73,9*	70,9*	74,4*
Luxemburgo	**	**	**	**		**	**	**
Portugal	60,2	62,2	59,5	62,7	59,7*	61,8*	59,8*	61,8*
Reino Unido	61,3*	61,2*	61,1*	60,8*	61,4*	60,9*	61,5*	60,9'
Suecia	63,1	61,9	61,9	61	62,4*	61,9*	62,5'	62,2'

* Estimación.
** No hay datos.

Tabla 1. Esperanza de vida saludable (Elaboración propia a partir de los datos de Eurostat, 2006)

Es importante tener en cuenta este aspecto relativo a la esperanza de vida saludable, ya que la atención social demandada por el colectivo de personas mayores va a venir condicionada en gran medida por su dependencia o, visto desde otro ángulo, por su capacidad para llevar a cabo una vida autónoma sin necesidad de ser objeto de ayuda. Será esta división la que guíe el resto del capítulo, en el que se hará una descripción de las diferentes intervenciones sociales llevadas a cabo en este colectivo. Atendiendo a la limitación del capítulo, el abordaje de las distintas intervenciones y servicios orientados a las personas mayores será necesariamente breve.

2. INTERVENCIÓN SOCIAL

2.1. Intervención social con personas mayores dependientes

El envejecimiento demográfico que se ha experimentado en los países desarrollados ha rebasado ampliamente los cálculos previstos hace relativamente pocos años, y está empezando a plantear serios problemas al futuro del actual sistema de protección social (Sancho y Rodríguez, 2001). El mayor incremento del colectivo de personas mayores de ochenta años, los conocidos como mayores mayores (*old-old persons*), conlleva una mayor demanda de atención sociosanitaria, ya que la necesidad de ayuda aumenta drásticamente en este sector de la población. Cir-

cunstancia ésta que ha de tenerse en cuenta a la hora de abordar las necesidades de las personas mayores, ya que aparecen grandes diferencias entre ambos grupos motivadas por su situación de dependencia. Se entiende por dependencia la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él, así se puede determinar el grado de dependencia de un mayor a partir del ajuste a las demandas de su medio físico y social. La incidencia de situaciones de dependencia va aumentando progresivamente de forma considerable a partir de los setenta y cinco años aproximadamente. Esto va en contra de la comprensión de morbilidad anunciada por Fries (1980). Este autor auguraba que el riesgo de dependencia se iría reduciendo, gracias a los avances biomédicos, para concentrarse sólo en las edades muy avanzadas. Esta hipótesis se ha visto parcialmente confirmada por los hechos ya que, como se observa en la Tabla 1, situaciones de dependencia van, aunque de forma lenta, retrasando su aparición hasta edades más avanzadas (Morán, 1999).

La situación de dependencia funcional e instrumental les hace necesitar a las personas mayores ayuda para realizar actividades como asearse, realizar las tareas domésticas, desplazarse o realizar gestiones, entre otras. Esta dependencia constituye uno de los mayores retos de la política social en lo referente a las personas mayores. No obstante, hay que señalar que la dependencia no es sinónimo de vejez. Todas las personas mayores no son dependientes, y hay personas dependientes que no son mayores. Esta dependencia puede ser: económica, mental (cuando se ven disminuidas las capacidades cognitivas del mayor), física (debido al padecimiento de enfermedades que disminuyen sus facultades físicas) o social (vinculada a la pérdida de relaciones sociales). Con relación a esta última, la soledad representa una de los principales problemas que aquejan a muchos de nuestros mayores (Bazo, 1989; Molinero, 1997; Rubio y Aleixandre, 1997).

El origen de esta dependencia es multicausal, jugando un papel importante tanto factores biológicos-físicos como psicológicos y contextuales. Entre los principales factores antecedentes (Izal, Montorio y Díaz, 1997) de situaciones de dependencia en personas mayores nos encontramos con:

- Factores físicos:

- Fragilidad física: El deterioro de sistemas biológicos (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) se asocia a una disminución de fuerza física, movilidad, equilibrio y resistencia, que se vincula con una pérdida en la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria y, por supuesto, las denominadas actividades instrumentales (como por ejemplo, utilizar medios de transporte, hacer la compra o ir al banco, entre otras).
- Enfermedades crónicas: Algunas enfermedades crónicas que se dan en la vejez, como la osteoporosis o la osteoartritis, así como las limitaciones sensoriales inciden en un aumento de la dependencia física.

- **Demencias:** Sin duda, esta patología representa uno de los principales factores en la necesidad de cuidado de las personas mayores.
- **Utilización de fármacos:** El consumo de un gran número de fármacos, con efectos secundarios adversos en muchos casos (disminución de la alteración del ánimo, etc.) actúa en detrimento de la autonomía del mayor.
- **Factores psicológicos:** Entre los que se encuentran los cambios en el estado de ánimo y el padecimiento de trastornos de tipo depresivo. Las variables de personalidad y la capacidad de asimilar su nueva situación persoran a incidir notablemente en la adaptación de la persona mayor a las limitaciones que le supone el declive físico y la consiguiente disminución de sus capacidades.
- **Factores contextuales:** Desgraciadamente, no son pocas las ocasiones en las que la dependencia del mayor se ve agravada por las condiciones de su entorno físico. En este sentido, las dificultades en el acceso a su vivienda (por ejemplo, vivir en comunidades de vecinos que no disponen de ascensor) o las propias características de ésta (por ejemplo, restricción de espacio para moverse con un andador, escasa luminosidad, ausencia de ducha de plato, etc.) impiden que el mayor tenga una vida autónoma.

Esta realidad ha requerido de la respuesta por parte de las Administraciones públicas y la aplicación de políticas sociales orientadas a facilitar ayuda a estas personas dependientes. La atención a la dependencia de los mayores mayores (*old-old persons*) supone el gran reto al que han de hacer frente las políticas les. Este aumento de la dependencia como consecuencia del incremento de la esperanza de vida, unido al vertiginoso cambio experimentado por las estructuras y dinámicas familiares en los últimos años –pérdida de su carácter permanente, va de modelos coexistentes, permanencia de los hijos en casa, incorporación de la mujer al mercado laboral, etc.– demanda la actuación de los servicios sociales (Meil, 2000; Valero, 1995). A pesar de estos cambios, la familia sigue siendo el principal soporte social del anciano, lo que permite evitar en muchas ocasiones el acogimiento residencial de muchos mayores. En este sentido, una gran parte de las personas mayores viven en sus propios domicilios; una situación que se mantiene salvo que sus condiciones de salud se lo impidan. Cuando se encuentran o tienen necesidad de ayuda acuden a su familia y, en general, continúan recibiendo el apoyo de esta. En lo referente a los cuidados habituales, la mayor parte de las atenciones que precisan las personas mayores dependientes son asumidas por familiares y allegados (IMSERSO, 2005). Es decir, se realiza por lo que se ha venido en llamar “la protección social invisible” (apoyo informal), mientras que los servicios sociales asumen solamente el 3,8% de estos cuidados. Aunque esta situación se contempla en el Plan de Acción Personas Mayores 2003-2007, sin embargo, la atención del familiar cuidador queda algo deficitaria. La *Ley de Promoción de la*

Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de Dependencia, recientemente aprobada por el gobierno, atiende especialmente al papel desarrollado por los cuidadores informales, dotándoles de la formación necesaria y ofreciéndoles ayudas económicas y profesionales para la atención del familiar dependiente. Sin duda, esta nueva ley supondrá (pues empezará a ser aplicada progresivamente a partir del día uno de enero de 2007) un gran avance en las políticas sociales orientadas a la familia como sostén del cuidado del mayor dependiente.

La filosofía de “*envejecer en casa*” ha orientado los programas y servicios comunitarios de atención dirigidos a estas personas (Pérez y Palau, 1995). Esto ha supuesto el incremento del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y la incorporación de dispositivos de teleasistencia. Este último sistema representa un servicio de seguimiento Permanente que proporciona a sus usuarios asistencia psíquica y sanitaria, contribuyendo decisivamente a reducir su sensación de soledad y abandono. Lamentablemente, pese a estar contemplados dentro del Plan Gerontológico (1993), este servicio aún no está implantado en muchas poblaciones, siendo las más beneficiadas las capitales de provincias y ciudades con más de cien mil habitantes (IMSERSO/FEMP, 1997; IMSERSO, 1998).

Cuando la permanencia en el domicilio resulta inviable, se hacen necesarios dispositivos de carácter residencial. Tradicionalmente se ha distinguido entre de válidos y de asistidos, aunque estas denominaciones van cayendo en desuso, pues se entiende que sus usuarios, en mayor o menor medida, presentan problemas de dependencia. En estas instalaciones se proporcionan, entre otros, servicios de: atención médica y psicológica, fisioterapia y rehabilitación, talleres ocupacionales, animación sociocultural, terapia con familias e intervención cognitiva en pacientes con demencia.

A esta oferta tradicional se están incorporando otras experiencias novedosas dirigidas a mejorar las condiciones de vida de estas personas en ambientes no residenciales. Entre ellas se encuentra el recurso del acogimiento familiar o la convivencia intergeneracional (López, 1998). Otro recurso son las Unidades de Convivencia para Ancianos (UCAs) (Entrena, 2001), que reciben también nombres como “pequeñas unidades de vida”, “domicilios colectivos” o “casas de acogida”. En estas Unidades, se trabaja la autonomía del anciano desde un prisma personal a través de Programas de actividades de vida diaria que prevengan y disminuyan el deterioro y además tengan relación con la convivencia diaria. Se trata de fomentar la responsabilidad del mayor en su propio cuidado. Por este motivo, el cuidador va a tener un rol de “acompañamiento”, “animación” y “supervisión” de las tareas que tiene que ejecutar el sujeto. La colaboración con los familiares resulta igualmente fundamental en estos Centros, se trata de potenciar su implicándolos en el cuidado del mayor (por ejemplo, visitas, acompañamientos en salidas, colaboración en las actividades desarrolladas en el Centro, etc.). Las áreas

de actuación a las que van a dirigir su intervención son: autonomía y competencia, estimulación cognitiva, apoyo social y animación sociocultural.

Como se comentaba anteriormente, la intervención psicosocial con los familiares cuidadores de las personas mayores es un aspecto que cada vez cobra más importancia en los servicios sociales (Izal, Montorio, Márquez, Losada y Alonso, 2001; Villalba, 1997). El hecho de que sobre la familia recaiga el peso del cuidado de estas personas interfiere en las relaciones que se establecen en su seno. Así mismo, la persona mayor puede sentirse un poco desplazada al no comprender el comportamiento de sus nietos, obviar temas que les gustaría aclarar con los hijos, percibirse como poco útiles, o ver reducida considerablemente su privacidad e intimidad. Esta atención al cuidador es especialmente relevante en el caso de la atención a personas con demencia. En estos núcleos de convivencia es probable que se vean afectadas áreas como: situación económica, relaciones conyugales, relaciones con el resto de la familia, contactos sociales, disponibilidad de tiempo libre, actividad laboral, estado de salud, o cambios en los roles familiares y en las responsabilidades de cada miembro. El cuidado de la persona mayor demente implica multitud de tareas que suponen una dedicación de tiempo y esfuerzo que repercuten sobre la familia.

La tendencia a asistir a la persona mayor aun cuando presenta este tipo de necesidades de cuidado se ve favorecida por motivaciones individuales y sociales tales como: sentimiento de deber –presión social–, creencia de que el cuidado ofrecido por la familia es el mejor posible o sentimiento de culpa. Por este motivo, junto con la prestación de servicios sociales dirigidos a familias cuidadoras, tales como las estancias diurnas o programas de respiro (Martínez, Villalba y García, 2001), se hace necesario la intervención psicosocial en el sistema familiar. Esta intervención se ha de orientar tanto a dotar de recursos como habilidades de afrontamiento, cuidado, toma de decisiones, reducción del sentimiento de culpa, legitimación de la figura del mayor en la familia, resolución de problemas o manejo de estrés, como también a mejorar las relaciones intrafamiliares y de la familia con su entorno social (Zarit, Johansson y Jarrott, 1998).

2.2. Intervención social con personas mayores no dependientes

Sería injusto, además de irreal, reducir el panorama de las intervenciones realizadas sobre el colectivo de personas mayores a aquellas que presentan problemas de autonomía funcional. Junto con esta realidad, que no se debe obviar, se puede apreciar un colectivo cada vez más numeroso de personas que, una vez cumplidos sus años de vida laboral, desean seguir participando en la sociedad y mantener un rol activo. Inicialmente, la única oferta social con la que contaban era la asistencia a los Hogares de Jubilados. En un ameno recorrido, Jiménez (1996) describe la evolución de estos Hogares o Centros de pensionistas o jubilados, más

recientemente denominados "Centros de Día para las Personas Mayores". Es un hecho evidente que, prácticamente en todas las sociedades, ya sean avanzadas o no, las personas mayores tienden a agruparse en lugares comunes, a tener sus propios Puntos de encuentro en los que compartir vivencias, juegos, charla o, simplemente, el pasar un tiempo libre que no saben cómo ocuparlo. Basta pasar por las plazas de cualquier pueblo para comprobar la mayor presencia de estos grupos de mayores. Según Jiménez (1996), fueron esos modelos naturales de agrupamiento los que inspiraron a los políticos la creación de estos dispositivos. Estos recursos, aun siendo necesarios, resultan ya insuficientes para abarcar las necesidades de las personas mayores en la actualidad. La I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, fue uno de los principales foros internacionales en el que se hicieron patentes las múltiples demandas de este colectivo tan amplio como heterogéneo. En este foro se hizo hincapié en la filosofía de lo que se ha venido en llamar "Envejecimiento Activo", entendido como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen y permitirles desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital. El concepto de envejecimiento activo hace referencia al mantenimiento de la participación de la persona mayor en las cuestiones culturales, económicas, sociales, espirituales y cívicas que tienen repercusión sobre su vida.

El llamado "poder gris" es cada día más importante en nuestra sociedad, donde reclama su participación activa. Parece ya superada la tradicional controversia entre las principales teorías psicosociales sobre el envejecimiento. Mientras que para la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961) el bienestar del mayor estará en asumir internamente la nueva situación de retiro social que la sociedad le impone, desde la teoría de la actividad se entiende que su satisfacción personal estará directamente relacionada con el grado de actividad que presente (Neugarten, Havighurst y Tobin, 1961). Como afirman Martínez, García y Mendoza (1992), aunque ambas han propiciado el acercamiento psicosocial al envejecimiento, no dejan de ofrecer una visión limitada y sesgada de la realidad. En cualquiera de ellas podemos encontrar elementos suficientes para descalificar a la otra.

Estos autores consideran que el estudio de los factores y variables psicosociales que inciden en la interacción de la persona mayor con su medio, deben tener un doble objetivo:

- a) Facilitar el diseño de intervenciones multidisciplinares cuya finalidad sea proporcionar competencias capaces de desarrollar en la persona mayor control y dominio en la actividad interactiva.
- b) Posibilitar el cambio de estructuras e interacciones sociales, promoviendo la calidad de vida y los modos de vida saludable de estas personas en su comunidad.

El abordaje **psicosocial** del envejecimiento debe incidir en aquellos aspectos que favorecen la adaptación y participación social del mayor para una planificación eficaz de la intervención. Así, por ejemplo, los programas de preparación a la jubilación tienen un impacto positivo en la calidad de vida de la persona que ha de pasar por este proceso y adaptarse a un nuevo rol (Moragas, 2000). El programa aplicado por Skoknic (1998), en el que se abordaban, entre otros, contenidos como relaciones familiares, autoestima, redes sociales de apoyo o uso del tiempo libre, ofrecía unos resultados muy positivos. Un año después de su paso por el programa, el grupo **participante** mostró una mayor satisfacción con su jubilación (43,4%), no **presentaba** síntomas de ansiedad o depresión, e informaban también de una mayor **capacidad** para convivir con la familia (12,3% frente al 4,4% de los no participantes) y de un uso más inteligente de su tiempo libre (44,3%). En nuestro país, podemos encontrar artículos del Servicio de Asistencia a Pensionistas (SAP) de mediados de los años setenta en los que se comentan los beneficios de estas prácticas (Pitzele, 1975, Thomae, 1975). Sin embargo, la **implementación** real de estos programas e los servicios destinados a las personas mayores sigue en la actualidad siendo escasa.

La utilización del tiempo libre y las prácticas de ocio llevadas a cabo por las personas mayores cobran cada día más importancia entre los objetivos de los Programas de intervención psicosocial (Aguirre, 1992; Castellón, Rubio y Aleixandre, 1999; Steinkamp y Kelly, 1987). Junto con las campañas de turismo para la tercera edad subvencionadas por el IMSERSO, se han llevado a cabo esfuerzos para **potenciar** la asistencia diaria del mayor a actividades de ocio que le reporten **satisfacción**. Estas prácticas, por ejemplo, han supuesto la dinamización de los Centros de Día para personas mayores (García, 2001). Se ha comprobado que su **participación** en estas actividades tiene una importante repercusión tanto sobre su bienestar subjetivo como sobre la percepción de control y el apoyo social recibido. Los contactos y las redes sociales generadas a partir de estas dinámicas se manifiestan en la salud física y psíquica del mayor. Se ha comprobado que la práctica de actividades de ocio supone un mantenimiento de roles activos, un medio de **gratificación** personal, y un aspecto positivo para la propia salud física. La satisfacción con las actividades de ocio que realiza un individuo es una variable medidora básica en la relación entre el sujeto y su sensación de bienestar (García, Hombrados y Lara, 2001). El hecho mismo de tomar parte en actividades de ocio hace que la persona tenga una sensación más positiva de sí mismo.

El ocio ha formado parte, generalmente, de otro tipo de programas más amplios **encuadrados** en la denominada animación sociocultural. Hablar de animación sociocultural es referirse a una metodología de trabajo y de intervención psicosocial. Su objetivo principal es influir en las relaciones humanas, generando redes de relación y consolidando un tejido **grupal** de interacción. Esto, por supuesto, incluye la participación comunitaria del mayor. Sería un error reducir la finali-

dad de estas dinámicas únicamente a la promoción de actividades lúdicas y a la ocupación del tiempo libre. La intervención en ocio debe incrementar las oportunidades para que la persona mayor ponga en práctica diversas actividades. Así, el ocio debe servir tanto para prevenir como ser en sí mismo un elemento que ayude a aumentar la autonomía y la competencia de las personas mayores en diferentes áreas: funcional, cognitiva, afectiva y social. Las actividades concretas que pueden integrar un programa de animación sociocultural para mayores son muy variadas: intelectuales –aulas de cultura, grupos de teatro, talleres de cuentos, etc.–; **físico-deportivas**; grupales –encuentros, convivencias, etc.–; manualidades; etc. En orden a **diseñar** un programa de actividades orientado a satisfacer las necesidades de la persona mayor, resulta muy útil la clasificación realizada por Driver, Tinsley y Manfred (1991) de los beneficios psicológicos satisfechos por determinadas prácticas de ocio. Estos autores distinguen ocho necesidades satisfechas en distinta medida según el tipo de actividad (Ver Tabla 2).

Los programas de voluntariado con personas mayores representan otra destacada oportunidad para fomentar su participación e integración social (Aranguen, 1998; Wheeler, **Domínguez** y Vera, 2000; Gorey y Greenblatt, 1998). Aranguen (1998) habla de bienes *relacionales* al describir la contribución de los mayores a crear redes de solidaridad entre personas y grupos. La función social de ayudar a los demás tiene una importante repercusión sobre la propia autoestima y la percepción de utilidad (Hirsch y Linn, 1977). En el II Congreso Estatal de Personas Mayores, celebrado en junio de 2001 en Madrid, la Comisión sobre la contribución de los mayores a la sociedad, destacaba el voluntariado como **compromiso** y vínculo entre la sociedad y el mayor. Entre las actividades que **operativizaban** este **compromiso** se encuentran las siguientes: educación y seguridad vial, **acogimiento** familiar de jóvenes universitarios, asesoramiento teórico y **práctico a empresas** y jóvenes empresarios, etc. Para promover el voluntariado entre las personas mayores, son útiles los siguientes consejos:

- La experiencia muestra que el voluntariado debe presentarse como una forma **alternativa** de ocupar el tiempo, aprender, estar al día y sentirse útil, y no sólo como una forma de darse a los demás.
- Ofrecer el voluntariado como un trabajo sustitutorio de la **previa ocupación laboral** puede resultar atractivo para muchos mayores.
- Un **buen** contexto para introducirlo son los cursos y actividades de preparación a la jubilación.
- **Captación** directa a través de otras personas mayores es la mejor de las opciones (estrategia de *coping*).

Los programas de relaciones **intergeneracionales** han supuesto otra iniciativa de intervención psicosocial. La Unión Europea declaró el año 1993 como **Año Europeo de las Personas Mayores y la Solidaridad entre Generaciones**. Entre otros, los proyectos sociales financiados por la entidad financiera la “La

TIPO DE ACTIVIDAD	BENEFICIOS PSICOLÓGICOS (Necesidades Satisfichas)							
	Expresión del Yo	Compartirismo	Poder	Compensación	Seguridad	Servicio	Intelectual-Estética-Desarrollo	Autonomía (Suficiencia)
Jugar a las cartas	Medio	Medio	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo
Jugar al bingo	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio
Ver espectáculos deportivos (por T.V.)	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
Jugar a los bolos	Medio	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Bajo	Medio
Participar en giras	Bajo	Medio	Medio	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
Cuidar plantas	Medio	Bajo	Bajo	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
Coleccionar fotografías	Medio	Bajo	Bajo	Bajo	Medio	Bajo	Alto	Alto
Coleccionar antigüedades	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
Punto y guanchillo	Alto	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Trabajos de Carpintería	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Cerámica	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Bailar	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo	Bajo
Ver la T.V.	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
Leer	Medio	Bajo	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto
Voluntario en actividades de ayuda	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo
Voluntario en actividades profesionales	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Bajo
Asistir a encuentros de grupos sociales	Medio	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Alto	Bajo
Asistir a reuniones de Organizaciones religiosas	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo

Tabla 2. Beneficios psicológicos obtenidos por personas mayores a través de su participación en diversas actividades. Fuente: Driver, Tinsley y Mantred. (1991).

Caixa" supusieron un impulso a esta iniciativa en España (Fundación *La Caixa*, 1994). Muchos de nuestros mayores coinciden en destacar sus problemas relacionales con los más jóvenes. Señalan la presencia de otros valores y actitudes entre sus nietos, y echan en falta el modelo familiar tradicional en el que desempeñaban un papel más relevante (Aragó, 1986). Como destaca Montraveta (1995), las relaciones intergeneracionales suponen el eje que conecta un sinfín de programas e iniciativas de intercambio sobre los más variados temas: asesoramiento a jóvenes, ayuda a personas con dificultades, transmisión de la historia, protección del patrimonio cultural, actividades de acompañamiento o compartir alojamientos, pueden ser algunas.

El acceso a la cultura representa una demanda cada vez más creciente entre las personas mayores. Las denominadas *Universidades para Mayores* o *Aulas de Formación Abierta* o *Universidades de la Experiencia* (Froufe, 1998). Los objetivos básicos de estas iniciativas de intervención son, entre otros, los siguientes: a) mejorar la participación de las personas mayores en la sociedad en la que viven; b) incrementar su nivel cultural, potenciando los valores de tolerancia, solidaridad y convivencia y c) permitir el intercambio de conocimientos y experiencias.

La Universidad de Málaga viene desarrollando esta experiencia desde hace nueve años con unos resultados muy satisfactorios. A partir de esta iniciativa se han llevado a cabo encuentros, talleres de actividades y creación de asociaciones. Un resultado de ello es el colectivo A.M.A.D.U.M.A. (Amigos Mayores de la Universidad de Málaga), una asociación en la que, entre otras actividades, se han constituido grupos de autoayuda muy eficaces y bien valorados entre sus participantes (Hombrados, Rueda y García, 2001).

Los ejemplos de programas y áreas de actuación anteriormente expuestos representan una parte de las múltiples actuaciones que pueden realizarse en este colectivo. Iniciativas en las que la intervención psicosocial representa una aportación relevante dentro del conjunto de disciplinas implicadas en la atención social de las personas mayores.

CAPÍTULO XXII

PERSPECTIVAS EN VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN EL CONTEXTO FAMILIAR

Fabiola Perles Novas

La investigación sobre la violencia familiar se caracteriza por la carencia de un abordaje integrador. Hampton, Gullotta, Adams, Potter y Weissberg (1993) apuntan que el desarrollo de la investigación sobre la violencia familiar podría ser descrito como el proceso de abrir por capas una cebolla, donde progresivamente y cada vez que se quita una capa se han ido descubriendo diferentes formas específicas de violencia en las relaciones familiares. La violencia dirigida hacia los niños recibió gran cantidad de atención tanto a nivel clínico como de la investigación sobre los inicios de los años sesenta y posteriormente el estudio del abuso infantil se amplió hacia la delimitación de la conceptualización del **síndrome** de niño maltratado (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962), donde se incluían otras formas de maltrato como la negligencia. A finales de los setenta y principios de los ochenta el estudio del maltrato infantil experimenta una expansión importante, abordándose el estudio del alcance, las causas y las consecuencias del abuso sexual. Esta expansión fue impulsada inicialmente por los esfuerzos de los movimientos feministas, los cuales también serán responsables de la identificación de los problemas de abuso hacia la mujer por parte de su pareja en los inicios de los años 70. Por último, también el maltrato de las personas mayores fue identificado como un problema social a finales de los 70. Corsi (1994) realiza una exposición de todas las formas de violencia familiar, donde se incluye el maltrato infantil, la violencia conyugal y el maltrato a ancianos; y aun aquí, no se habla de otras formas de violencia familiar, como puede ser la que se ejerce de hijos hacia

padres, entre hermanos, la violencia que se produce por parte de otros parientes o la violencia en las parejas homosexuales. De acuerdo con los planteamientos de este autor, cualquier miembro de la familia, independientemente de su raza, sexo y edad, puede ser agente o víctima de la relación abusiva. Sin embargo, puntualiza que las cifras estadísticas muestran que los adultos masculinos son los que con más frecuencia utilizan distintas formas de violencia, física, sexual o emocional, y las mujeres y los niños son las víctimas más frecuentes.

El estudio de la violencia familiar se encuentra **parcelado**, habiéndose abordado **principalmente** el maltrato o abuso infantil y la violencia hacia la mujer. De manera que cada campo tiene sus propios expertos, sus fuentes de consolidación e incluso revistas especializadas y el grado de contacto y comunicación de los investigadores en cada uno de estos campos no es frecuente. En el desarrollo de este capítulo, me centraré en la violencia dentro de la pareja, fundamentalmente del hombre hacia la mujer, debido a que, junto con la violencia infantil **constituye** uno de los **problemas** más marcados de violencia dentro de las relaciones familiares, aunque también señalaré algunos elementos comunes con el abuso infantil y **considero** relevante realizar un planteamiento donde se consideren los factores **comunes** entre las distintas formas de violencia familiar.

1. INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA

En cuanto a la metodología de investigación utilizada, tres han sido las **principales** fuentes de obtención de información sobre el problema de la violencia familiar:

- Registros oficiales.
- Evaluaciones en muestras **clínicas** de personas maltratadas.
- Encuestas sociales.

Por lo que respecta a los registros oficiales, el **principal** aspecto a señalar es la limitación en cuanto a los casos identificados por esta vía. No obstante, **estos** datos nos permiten conocer algunas cuestiones generales, de gran influencia en cuanto a las **prioridades** de actuación en la política social. En este sentido, **resultan** muy clarificadores los datos publicados en el **periódico** El País, el pasado seis de febrero, a partir de datos del Ministerio de Interior, el Instituto de la Mujer y de elaboración propia de este medio de comunicación, donde se observa que en **nuestro** país se ha producido un crecimiento progresivo tanto en la tasa de denuncias como en el número de mujeres asesinadas por su **pareja**, desde el año 1997 hasta el 2003, destacando que en el último año, con respecto al anterior han aumentado en un 16% las denuncias y en un **34%** los asesinatos. A raíz de estos resultados **hay** que hacer algunas reflexiones; **así**, si bien el crecimiento en el número de **denuncias** puede reflejar tanto un aumento del número de casos como la mayor **conciencia**

de la necesidad de denunciar, el dato del número de muertes no **deja lugar a dudas** del desarrollo del problema y de que las actuaciones puestas en marcha hasta el momento son insuficientes. En el mencionado artículo también se **exponen** datos comparativos de las tasas de muertes en varios países europeos a **partir** de un estudio del Centro Reina Sofía, donde en el número de asesinatos por **millón** de mujeres mayores de catorce años, España se sitúa en el noveno lugar, teniendo por orden a Rumania, Finlandia, Noruega, Luxemburgo, Dinamarca, Suecia, Reino Unido y Alemania. En cuanto a estos datos es interesante lo que respecta a **las** tasas de algunos países nórdicos, dado el mayor desarrollo en éstos de las **políticas** sociales y de igualdad de género. Este estudio refleja que, en España, se produce el mayor porcentaje de asesinatos en mujeres separadas o en proceso de separación; aspecto **este** que **debería** ser abordado con mayor profundidad por la **investigación**.

Por lo que se refiere a los datos obtenidos de la experiencia **clínica**, éstos parten de **la** información aportada por psiquiatras, psicólogos y **consejeros** y su valor reside en que, a menudo, son la única forma de obtener descripciones **deta-lladas** sobre los casos de mujeres más severamente maltratadas y para estudiar el impacto de **los** programas de intervención. En esta **línea**, el estudio de Echeburúa et al. (1996) muestra, entre **los** datos más significativos, que cerca del sesenta por ciento de la muestra llevaba una media de diez años soportando los malos tratos, que en el cincuenta por ciento de los casos el primer episodio de violencia se produce durante el primer año de matrimonio y que un porcentaje considerable de la muestra (superior al veinte por ciento) ya había sido víctima de agresiones durante la época de noviazgo. Estos datos, como indicábamos anteriormente, **normalmente** reflejan las formas más severas de violencia, donde se observan **aspectos** tan graves como la elevada duración de las agresiones y la precocidad con que se manifiestan los comportamientos violentos; datos que resultan **bastantes** **orientativos** en cuanto al diseño de los programas de prevención y actuación con **las** víctimas de esta forma de violencia.

2. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR VIOLENCIA EN LA FAMILIA?

Corsi (1994) se refiere a la violencia familiar como las distintas **formas** de relación abusiva que caracterizan de modo permanente o **cíclico** al vínculo **intrafamiliar**; denominando relación de abuso a aquella **forma** de interacción que, **enmarcada** en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción o por omisión, ocasionan daño **físico** y/o psicológico a otro miembro de la relación. Es necesario subrayar que, para poder definir una **situación** familiar como un caso de violencia familiar, la relación de **abuso** debe ser crónica, permanente o periódica.

Este mismo autor plantea que, a la hora de delimitar conceptualmente la violencia, existen una serie de conceptos relacionados que dificultan esta tarea.

Entre éstos se encuentran los conflictos interpersonales, los cuales son inevitables y lo relevante, en cuanto a la generación de un problema, es el método utilizado para su resolución. En este sentido, hay que señalar que la familia, como grupo humano, es un medio especialmente propicio para la aparición de conflictos entre sus miembros. Las distintas etapas evolutivas por las que atraviesa la familia pueden ser generadoras de diversas formas de conflicto, aunque resulta imprescindible realizar una distinción entre la noción de conflicto intrafamiliar y la violencia familiar; ya que, el conflicto que aparece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia; sino que, por el contrario, "el negar la inevitabilidad del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia" (Corsi, 1994, p. 27). En relación con los factores que pueden estar presentes en la aparición de conflictos en el contexto familiar, los trabajos de Gelles, Straus y sus colaboradores (Gelles y Straus 1979, 1988) señalaron una serie de características de la familia como grupo social que contribuyen a hacer de ésta una institución propensa a la violencia. Posteriormente, estos mismos autores (1979) señalaron la paradoja de que esas mismas características podrían servir para hacer de la familia un lugar tranquilo, de apoyo y de ambiente íntimo. Dichos factores son:

- **Tiempo de riesgo.** La cantidad de tiempo de interacción con los miembros de una familia es mucho mayor que el tiempo de interacción con otros.
- **La gama de actividades e intereses.** La interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos que sobrepasa a otras relaciones extrafamiliares.
- **La intensidad de los vínculos interpersonales.**
- **El grado de conflicto en las actividades comunes.**
- **El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.**
Las diferencias de edad y sexo.
- **Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.**
- **El carácter privado del medio familiar.**
- **La pertenencia involuntaria;** es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
- **El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos, enfermedades...**
- **El conocimiento íntimo, de los puntos débiles, de los temores y preferencias entre los integrantes de la familia.**

Todos estos factores, dependiendo de la dirección que tomen, pueden incrementar la vulnerabilidad de la familia y transformar el conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia. Avanzando en la conceptualización de la familia como entorno donde se producen interacciones violentas, Corsi (1994) señala la necesidad de considerar dos variables en torno a las que se organiza el funcionamiento familiar: el poder y el género. Ambos aspectos se re-

fieren a una particular organización jerárquica de la familia, donde la estructura de poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de cabeza o "jefe de familia", que a menudo está jurídicamente definido, se corresponde con la categoría "varón adulto". Cuando elementos tales como la verticalidad, disciplina, obediencia, respeto, castigo son los fundamentos que sirven para regular las relaciones intrafamiliares, encontramos algunas de las siguientes "leyes", implícitas pero sancionables:

- Los hijos deben respeto a los mayores.
- La mujer debe seguir al marido.
- Los hijos deben obedecer a los padres.
El padre debe mantener el hogar.
El padre es el que impone la ley.
- Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas.

Una de las características de estas normas de la vida familiar es la unidireccionalidad; es decir, el concepto de respeto no es entendido de forma recíproca sino que se encuentra definido por una estructura de poder donde la dirección del respeto es desde abajo hacia arriba. La dinámica de poder es, por tanto, una de las características comunes de las diversas formas de violencia familiar. Los dos ejes de desequilibrio de poder dentro de la familia están dados por el género y por la edad.

3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Debido al gran número de explicaciones teóricas que se han dado sobre la violencia familiar, se han realizado diferentes clasificaciones de dichas explicaciones. Aquí, nos vamos a centrar en la clasificación realizada por Bamett, Miller-Perrin y Perrin (1997), donde realizan una primera distinción entre macroteorías y microteorías. Las primeras intentan identificar los factores estructurales que hacen que las familias sean propensas al uso de la violencia. Dentro de estas explicaciones se encuentran: factores culturales, tales como la aceptación cultural de la violencia, la influencia de los valores patriarcales en las creencias culturales que permiten que los hombres ostenten mayor poder y privilegios que las mujeres en una sociedad jerárquica; características estructurales de la familia, donde se analizan los factores generadores de conflicto en las interacciones familiares; factores relacionados con el control social y factores sociales estructurales, centrándose éstas últimas en la distribución desigual de oportunidades.

Las microteorías, aunque asumen que los factores culturales y estructurales, en los que se fundamentan las denominadas macroteorías, pueden explicar el porqué existe la violencia familiar, o porqué algunos segmentos de la sociedad experimentan más violencia que otros, señalan que estas teorías no explican el porqué del comportamiento violento de algunos individuos de la familia. En este segundo

grupo de explicaciones se incluyen las teorías del aprendizaje social, las teorías sobre las diferencias individuales y las teorías de la relación interpersonal.

Entre las denominadas microteorías, una de las explicaciones que han recibido una mayor aceptación son las teorías del aprendizaje social, las cuales destacan la importancia de la socialización infantil en el desarrollo de problemas de utilización de la violencia en el medio familiar (Ohlin y Tonry, 1989). Así, el aprendizaje de formas específicas o técnicas para utilizar la violencia, así como actitudes y cogniciones que justifican el uso de la misma y la persistencia de las relaciones abusivas en la vida adulta pueden estar vinculadas teóricamente a las experiencias de aprendizaje basadas en el reforzamiento y en el castigo de la infancia. Desde los desarrollos teóricos del aprendizaje se aportan explicaciones a diferentes manifestaciones de la violencia familiar como:

- La importancia de la socialización infantil.
- La aceptación por parte de la víctima de las demandas del agresor supone un refuerzo.
- La carencia de castigo produce un aumento de la violencia.
- La indefensión aprendida de las víctimas como explicación de la aceptación pasiva por parte de la mujer de las agresiones y de la tendencia a permanecer con el agresor.
- La violencia se transmite de una generación a la siguiente.
- Aprendizaje de la agresión por modelado.

El problema de la violencia familiar es tan complejo y tiene tantas dimensiones que los científicos sociales continúan aspirando a plantear un modelo integrador (Shotland, 1992). Estas teorías intentan integrar los diferentes aspectos planteados en las teorías unidimensionales; pero también las explicaciones aportadas desde el análisis de los factores culturales y estructurales tanto de la familia como sociales.

Entre los modelos multidimensionales, Corsi (1994) plantea el modelo ecológico, donde establece la necesidad de considerar los distintos contextos en los que se desarrolla la persona, de manera que la interacción entre los diferentes factores de cada uno de dichos contextos explicaría el desarrollo de la violencia familiar. El contexto más amplio, denominado macrosistema, estaría relacionado con las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular. Dentro de este contexto, en cuanto al problema de la violencia familiar, se encontrarían las creencias y valores culturales acerca de los miembros de la familia, la concepción del poder, las actitudes hacia el uso de la fuerza para resolver conflictos y el concepto de roles familiares, derechos y responsabilidades. El segundo nivel, denominado exosistema, está compuesto por la comunidad más próxima e incluiría a las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y el nivel individual. En cuanto a los factores generadores de violencia familiar en este nivel se encontrarían: la b

mación institucional de la violencia, los modelos violentos, la victimización secundaria, la carencia de una legislación adecuada, la escasez de apoyo institucional para las víctimas y la impunidad de los agresores. Por último, el contexto más reducido, el microsistema se refiere a las relaciones personales que configuran la red social a la que la persona está vinculada de forma más estrecha y donde la familia desempeña un importante papel, entendida como estructura básica del microsistema. Entre los factores potenciadores de la violencia familiar se encontrarían la historia personal, como las experiencias de violencia en la familia de origen, el aprendizaje de resolución violenta de conflictos, el autoritarismo en las relaciones familiares, la baja autoestima y el aislamiento. Corsi, parte de la base de que la interacción entre los factores de cada uno de estos contextos determinará que se manifiesten diferentes formas de violencia familiar, aunque no establece de forma específica las direcciones de la interacción entre cada uno de estos factores.

Por último, comentaremos el modelo interactivo desarrollado por Stith y Rosen (1992). Este modelo también plantea la naturaleza multicausal e interactiva de la violencia familiar. En primer lugar, se plantea la influencia del contexto sociocultural, donde destacan la aceptación de la violencia y los valores culturales respecto a los roles femeninos y masculinos, siendo el estatus subordinado de la mujer en sociedades patriarcales de especial influencia sobre la violencia familiar. De acuerdo con este modelo, los valores socioculturales relacionados con la violencia y los roles sexuales inciden en variables como la vulnerabilidad, el estrés situacional y los recursos de afrontamiento. Entre los factores de vulnerabilidad se encontrarían las experiencias de socialización, las características individuales y las características de la familia. Entre los factores generadores de estrés se encontrarían aquellos relacionados con las distintas fases del desarrollo o estrés madurativo y los acontecimientos de estrés impredecibles, como la enfermedad crónica de un miembro de la familia, la muerte de un ser querido, la pérdida del empleo, etc. Por último, entre los recursos de afrontamiento se encontrarían los recursos personales, los familiares y los que provienen de la red social. El modelo también formula la existencia de influencias desde los recursos y desde los propios comportamientos violentos sobre la vulnerabilidad y los factores de estrés.

4. ¿CÓMO INTERVENIR PARA LUCHAR CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR?

A partir de la aplicación de este modelo de actuación en el caso de las víctimas de violencia familiar, de entrada, se plantea la existencia de una serie de factores de riesgo, entre los que destacan:

- Estructura familiar autoritaria y verticalista.
- Aprendizaje de roles de género estereotipados.
- Modelos de resolución violenta de los conflictos en la familia de origen.

- Ausencia de modelos sociales que actúen como reforzadores negativos de la violencia.
- Pautas culturales legitimadoras de la violencia.
- Respuestas institucionales y comunitarias inadecuadas para los casos identificados.

Corsi (1998) insiste en la necesidad de realizar un abordaje integral a partir de una política global sobre el problema de la violencia familiar, donde destaca la necesidad de abordar los siguientes objetivos:

- Actuaciones dirigidas a modificar las normas culturales sobre el uso de la violencia.
- Concienciar a la comunidad de la existencia de la violencia familiar, como un problema social.
- Incorporar modelos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.
- Desarrollar una legislación adecuada y específica.
- Creación de una red de recursos comunitarios de apoyo.
- Utilizar los medios de comunicación para informar y desmitificar el problema.
- Programas dirigidos a profesionales, para prevenir la segunda victimización.
- Programas de prevención dirigidos a niños de distintas edades e introducir programas en el sistema educativo.
- Programas de tratamiento y recuperación para las víctimas y los agresores.
- Tratamientos individuales que incrementen la autoestima, reduzcan el aislamiento y fomenten vínculos más igualitarios y menos posesivos.

En nuestro país, ante el reconocimiento de la magnitud y gravedad de este problema se han elaborado planes de actuación tanto desde el gobierno central como desde distintas comunidades autónomas y en diferentes provincias. El mayor exponente de los esfuerzos por eliminar esta forma de violencia se plasma en la aprobación en el año 2004 de la ley integral contra la violencia de género, donde algunas de las medidas que se recogen incluyen:

- **líneas de sensibilización e información y detección en el ámbito educativo, sanitario, en la publicidad y los medios de comunicación.**
- Derechos de las mujeres víctimas de violencia de género a:
 - La información, asistencia social integral y a la asistencia jurídica gratuita.
 - Laborales y prestaciones de Seguridad Social.
 - Funcionarias públicas.
- Económicos.
- Tutela institucional:

- Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer.
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer.
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
- Planes de colaboración entre las Administraciones sanitarias, administración de Justicia, las Fuerzas y Cuerpos de seguridad y los servicios sociales y organismos de igualdad.
- Tutela penal:
 - Protección contra lesiones, malos tratos, amenazas, coacciones y vejaciones leves.
 - Suspensión y sustitución de penas.
 - Quebrantamiento de condena.
 - Realización de programas específicos en la Administración penitenciaria y valoraciones de las Juntas de Tratamiento.
- Tutela Judicial:
 - Juzgados de Violencia sobre la mujer.
 - Medidas judiciales de protección y seguridad de las víctimas.
 - Fiscal contra la violencia sobre la mujer.

CAPÍTULO XXIII

ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS

*Juan Díaz Salubert
Verónica González Tagle*

1. USO DE DROGAS Y PROBLEMAS DERIVADOS DE SU ABUSO

La ingesta de diferentes sustancias psicoactivas presentes de forma natural en ciertas plantas, es un comportamiento observado con frecuencia en distintas especies animales. Este comportamiento que se da especialmente entre los primates, ha adquirido, a lo largo de la historia, categoría de habitual en la conducta de amplios grupos del género humano. La humanidad actual consume con diferentes fines, espirituales, terapéuticos, funcionales o recreativos, cantidades ingentes de distintas sustancias químicas de origen natural o sintético que poseen la cualidad de alterar la forma en la que funciona habitualmente nuestro sistema nervioso. Entendiendo de esta forma rigurosa el concepto "drogas" (Kramer y Cameron, 1975), es difícil encontrar alguna persona que no haya consumido jamás ninguna de ellas en nuestra cultura.

La relación del ser humano con estas sustancias ha sido compleja a lo largo de los siglos. Ha sido una relación fructífera en cuanto a que la utilización de sustancias psicoactivas es una de las herramientas más útiles que el hombre ha encontrado para aliviar sus sufrimientos físicos y psíquicos, pero también desdichada, en cuanto a que determinados patrones de consumo, realizados por muy variados individuos y grupos en contextos inadecuados, han proporcionado en muchas ocasiones serios y graves daños de tipo orgánico, psicológico y social.

Los posibles trastornos derivados del uso de drogas han sido definidos y categorizados por la American Psychological Association (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos D.S.M.-IV en dos posibles niveles de problema: "*Trastorno por abuso de sustancias*" y "*Trastorno por dependencia de sustancias*" definiéndolos como: "Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos". Para alcanzar la categoría de trastorno esta pauta de consumo debe cumplir, durante un periodo de 12 meses, los criterios relacionados en los cuadros 1 y 2.

CRITERIOS DE TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS (DSM IV) Uno, a más de los siguientes ítems:

- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
- 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
- 3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
- 4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por sus efectos.

Cuadro 1.

CRITERIOS DE TRASTORNO POR DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (DSM IV) Tres, o más de los siguientes ítems:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en su consumo, o en la recuperación de sus efectos.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por su consumo.

Cuadro 2

2. MODELOS ACTUALES DE ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL USO DE DROGAS

La atención a los ciudadanos con problemas derivados del uso de drogas tiene ciertas características que la diferencian de la atención de otros problemas de salud. Para un mejor acercamiento al conocimiento de los modelos y recursos utilizados en la asistencia de estas personas, es preciso tener en cuenta dos cuestiones claves para su comprensión.

En primer lugar, la atención de los problemas de abuso y dependencia de sustancias requiere, en mayor grado que la asistencia de otras problemáticas, un enfoque eminentemente interdisciplinar, ya que tanto su etiología como sus consecuencias se integran en las esferas biológica, psicológica y social del individuo, lo que supone un desafío a la capacidad de comunicación y a la competencia para trabajar de manera complementaria profesionales diversos. En segundo lugar, la forma en que las personas afectadas por estos problemas presentan su demanda de ayuda y se implican en su propio proceso terapéutico está **importantemente** determinada por la propia dimensión de conflicto motivacional que caracteriza estos trastornos, lo que condiciona en gran medida la adhesión a los tratamientos ofrecidos y por tanto, su eficacia y resultados.

Ante los pobres frutos obtenidos por las aproximaciones médicas y psiquiátricas encuadradas en los parámetros del modelo médico convencional de enfermedad y curación, se han establecido entre la comunidad profesional que atiende estos trastornos un enfoque nuevo de la atención de estos problemas. Este cambio de paradigma incluye un cambio en el foco central de la atención en la evaluación y la intervención, que pasa a ser la reducción de los riesgos y los daños asociados al consumo de drogas, en lugar del consumo y la abstinencia en sí mismos.

La filosofía de la Reducción de Daños surgida en Europa ante la grave amenaza del SIDA en la población heroinómana se ha incorporado a la forma de trabajar en todo el ámbito de la atención al abuso de drogas. Esta filosofía, según la Coalición para la Reducción del Daño (www.harmreduction.org) mantiene las siguientes premisas:

- Acepta, para bien y para mal, que el consumo de drogas legales e ilegales forma parte de nuestro mundo, y escoge trabajar para minimizar sus efectos dañinos en lugar de simplemente ignorarlo o condenarlo.
- Comprende el consumo de drogas como un fenómeno complejo y multidimensional que abarca un continuo de conductas, desde el abuso grave a la total abstinencia, y entiende que algunas formas de consumir drogas son claramente más seguras que otras.
- Establece la calidad de vida y el bienestar del individuo y la comunidad, y no necesariamente el cese de todo consumo de drogas, como el criterio de las intervenciones y políticas exitosas.

Este acercamiento filosófico ha generado distintas políticas de actuación ante los **problemas** que se plantean relacionados con el uso de drogas en nuestra **sociedad**. Desde este enfoque, y desde un punto de vista metodológico cuando se diseñan **intervenciones clínicas** o comunitarias se mantienen los siguientes objetivos y estrategias:

- **Objetivos de la Reducción de Daños:**
 - Estabilización y/o disminución de la conducta problemática.
 - Reducción progresiva de las consecuencias dañinas.
- **Estrategias de la Reducción de daños:**
 - Cambios en las normas sociales para dar cabida a la reducción del daño.
 - Cambios en el entorno facilitadores de la reducción del daño.
 - Cambios en los comportamientos individuales y **grupales** dirigidos a la reducción del daño.

El centrar los esfuerzos en reducir los daños y los riesgos asociados al consumo de **drogas** ha permitido acercarse a los verdaderos intereses y preocupaciones de **las personas** que demandan asistencia por estos problemas, logrando así una mayor implicación en su propio proceso terapéutico.

De forma paralela a la aceptación de este enfoque de intervención, se ha ido asumiendo progresivamente entre los profesionales de este área que la intención de cambio de los individuos que demandan ayuda no es **homogénea**, sino que pueden estar más o menos motivados para su recuperación dentro de un **proceso** global de cambio que incluye varios estadios o fases, desde la absoluta despreocupación hasta la total incorporación de los cambios de comportamiento a su estilo de vida.

Prochaska y DiClemente (1983, 1994) han estudiado cómo se produce el cambio intencional de comportamiento, independientemente que se realice con asistencia externa o autogenerado por el propio individuo. Estos autores han conseguido **integrar** los supuestos de las principales escuelas de psicoterapia describiendo este proceso voluntario de cambio en un modelo global que han denominado Modelo Transteórico del Cambio descrito de forma tridimensional (estadios, procesos y niveles de **cambio**).

Estadios del Cambio (Cuando se **cambia**)

Precontemplación. El estadio en el que hay poca o ninguna consideración de cambio del actual patrón de conducta en el futuro previsible. Las **tareas** que incluye son: incrementar la **consciencia** de la necesidad de cambio, aumentar la **preocupación** sobre el patrón actual de conducta, y poder imaginar la posibilidad de cambiar. La meta a lograr es considerar seriamente el cambio.

Contemplación. El estadio en el que el individuo examina el actual patrón de conducta y el potencial para cambiar en un análisis de riesgos-recompensas. Las **tareas** son: Análisis de los pros y los contras del actual patrón de conducta y de los

costes y beneficios del cambio y la toma de decisiones. La meta es alcanzar una evaluación ponderada que incline a tomar la decisión de cambiar.

Preparación. El estadio en el que el individuo adquiere un compromiso para pasar a la acción de cambiar el actual patrón de conducta, desarrollando un **plan** y una estrategia para el cambio. Las tareas son incrementar el **compromiso** y crear un plan de cambio. La meta: desarrollar un plan de acción para ser implementado a corto **plazo**.

Acción. El estadio en el que el individuo **implementa** el plan, da pasos para cambiar el actual patrón de conducta y comienza a crear uno nuevo. Tareas: **implementar** estrategias para **cambiar**, revisar el plan cuando sea necesario, y sostener el compromiso a pesar de las dificultades. Meta: actuar **exitosamente** cambiando el patrón actual y establecer un nuevo patrón de conducta por un periodo significativo de tiempo.

Mantenimiento. El estadio en el que el nuevo patrón de conducta es sostenido por un extenso periodo de tiempo consolidándose dentro del estilo de vida del individuo. Tareas: mantener el cambio a lo largo del tiempo y a través de un amplio rango de diferentes situaciones integrando la conducta en la propia vida. Meta: mantener el cambio y establecer el nuevo patrón de conducta a largo **plazo**.

Procesos de Cambio (Cómo se cambia)

Cognitivo-Experienciales. Incremento de consciencia, Activación Emocional, Auto-reevaluación, Revaluación ambiental y Liberación Social.

Conductuales. Autoliberación, Generalización o control de estímulos, Condicionamiento o contracondicionamiento, Manejo de reforzamientos y Relaciones de ayuda.

Niveles o Contextos del Cambio (**Qué** se cambia)

Situación vital actual. La conducta objetivo es vista como un problema o síntoma en la situación vital actual.

Creencias y actitudes. Sistema de creencias y valores básicos del individuo que **proporciona** la estructura cognitiva en la que se produce el cambio.

Relaciones interpersonales. Interacciones diádicas en la vida de la persona. **Sistemas sociales.** Incluye el sistema familiar y los sistemas laborales.

Características personales duraderas. Características y conflictos básicos de la personalidad que influyen en el proceso de cambio.

3. ESTRATEGIAS PSICOSOCIALES BÁSICAS DE INTERVENCIÓN

Tradicionalmente se ha entendido la intervención en las drogodependencias como un proceso **secuencial** con tres fases ordenadas en el tiempo y claramente

definidas: **Desintoxicación** (superación del síndrome de abstinencia físico), **Des-habitación** (eliminación de los antiguos comportamientos y deseos relacionados con el consumo) e **Incorporación social** (integración plena del individuo en la actualidad, la existencia de variados patrones de consumo y de policonsumo de drogas, y el entendimiento de la atención a estos problemas desde una perspectiva pragmática de reducción de daños ha generado en los equipos multidisciplinarios una visión mucho más flexible de la intervención, fundamentándola, ante todo, en un trabajo de incremento motivacional para el cambio de comportamiento dirigido a activar al máximo la implicación del propio usuario en la gestión de su propio proceso terapéutico. Una característica fundamental de este nuevo enfoque es la aceptación de que la recuperación de las drogodependencias no es casi nunca lineal, sino que es casi siempre un proceso eminentemente cíclico, donde son esperables recaídas y reinicios de tratamiento, que han de ser manejados más como experiencias valiosas de aprendizaje que como decepcionantes episodios de fracaso.

Las perspectivas de la Reducción de Daños y del Modelo Transteórico, presentadas más arriba, son un buen fundamento teórico de esta actual visión que se inspira, cada vez más, para el diseño de estrategias concretas de intervención en otros dos enfoques metodológicos que se describen brevemente a continuación: La Entrevista Motivacional y la Prevención de Recaídas. Estos dos modelos de interacción complementarios, siendo cada uno de ellos idóneo para distintos estadios del proceso de cambio, tal como se muestra en la figura 1.

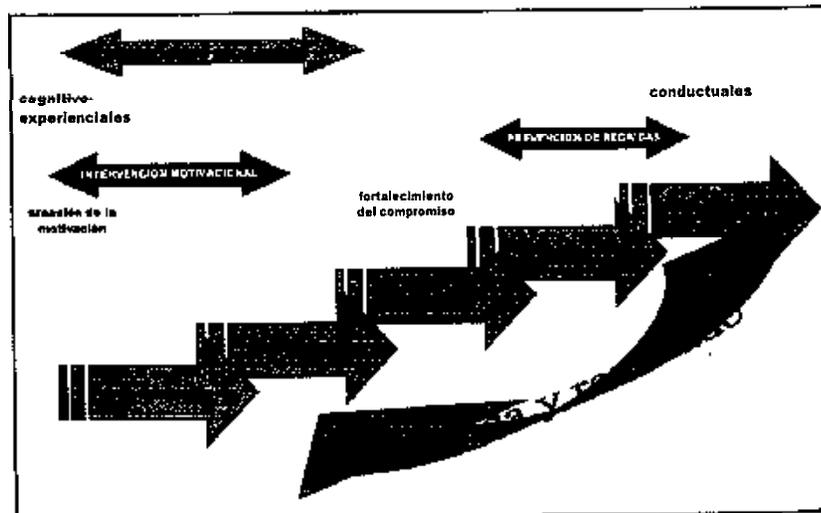


Figura 1.

La Entrevista Motivacional

"La entrevista motivacional es un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente, que pretende provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a explorar y resolver ambivalencias" (Miller & Rollnick, 1991, 1999). Sus características diferenciales respecto a otras aproximaciones terapéuticas son las siguientes:

- Se buscan progresos en función del ritmo personal. El estilo del terapeuta variara en función del estadio de cambio en que se encuentra el individuo. Es un estilo terapéutico más que una intervención clínica sistematizada. Requiere de habilidades específicas más que de conocimientos teóricos y/o técnicos.

Sus autores han señalado que los principios básicos de este enfoque terapéutico son: **expresar empatía, despertar discrepancias internas, evitar las discusiones y las resistencias y fomentar la autoeficacia.**

Tiene dos fases: la inicial, idónea para el estadio de *Contemplación*, esta dirigida a construir la imprescindible motivación inicial brisando muy especialmente la evocación en el paciente (o cliente, desde este enfoque) de frases automotivacionales en sus aspectos cognitivos: de reconocimiento del problema, emotivos: de expresión de preocupación y conductuales: de intención de cambio, autoeficacia y optimismo

La siguiente fase concebida para el estadio de *Preparación*, busca el fortalecimiento del compromiso y se centra en la negociación del plan de cambio entendido como un proceso de participación activa del sujeto, en el que se establecen las metas, se evalúan las opciones y se elabora un plan de acción.

La prevención de recaídas

Este enfoque genera sus estrategias de intervención desde un completo modelo cognitivo-conductual que describe paso a paso cómo se produce un acontecimiento tan frecuente, en el proceso de recuperación de las adicciones, como es la recaída (Marlatt y Gordons, 1985). Como se puede observar en la Figura 2, Alan Marlatt plantea que la recaída obedece a una exposición del sujeto a una situación que le provoca emociones intensas, ya sean de tipo disfórico o estresante, o de respuesta condicionada ante los estímulos asociados al consumo. Ante esta situación y su propia respuesta emocional, el individuo ha de saber, y poder, afrontarlas con éxito, manejándolas adecuadamente, para poder mantenerse sin recaer en su anterior hábito, fortaleciendo así, su autoeficacia para la próxima situación similar.

Si no es así, y el sujeto, por alguna razón, no afronta adecuadamente esta situación denominada por este modelo de alto riesgo, los deseos de consumo se intensificarán, disminuyendo a la vez su autoeficacia, aumentándose la probabilidad de que se produzca un desliz o caída, que se concretará en un primer episodio

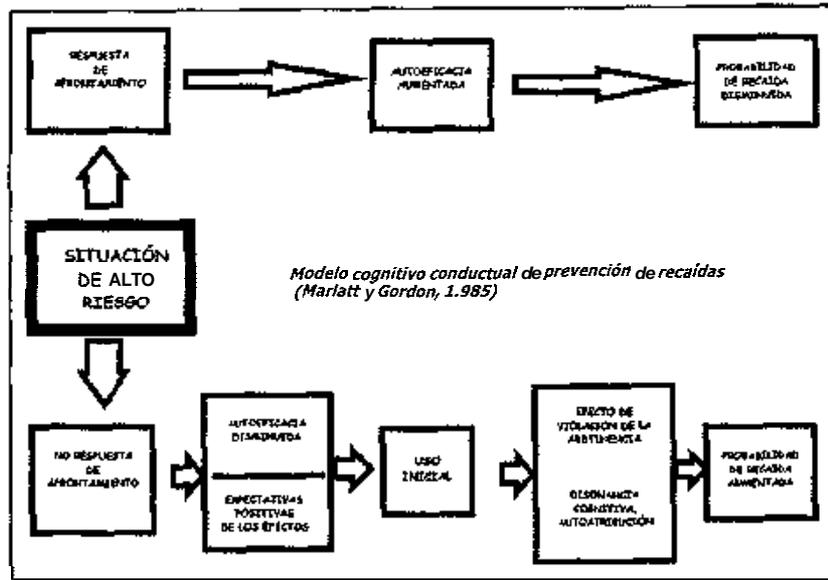


Figura 2.

de consumo. Uno de los conceptos importantes de este modelo, se basa en afirmar que esta caída no tiene forzosamente que convertirse en total recaída, aunque si se aumenta la probabilidad de que ésta se produzca si se dieran los siguientes eslabones cognitivo-conductuales que se describen en el modelo.

Las estrategias propuestas siguen este modelo, señalándonos dónde, y cuándo intervenir en función de las debilidades evaluadas con el paciente: inadecuada anticipación de las situaciones de riesgo, déficit de competencia en las habilidades de afrontamiento, baja expectativa de autoeficacia, o dificultades para el manejo de los deseos y las tentaciones.

4. LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN ANDALUCÍA. ÁREAS DE ACTUACIÓN

En los últimos 20 años se han producido grandes cambios en la prestación de servicios a los problemas derivados del consumo de drogas. Han surgido múltiples herramientas diagnósticas y terapéuticas y se ha asistido a un aumento significativo de tratamientos farmacológicos, psicológicos y sociales. Las estrategias de intervención en el campo de las conductas adictivas surgieron de las incertidumbres, la escasez de recursos, la gran variabilidad de intervenciones y de el afán formativo de sus profesionales, predominando un modelo basado en la observación y el

juicio clínico frente al conocimiento surgido del método científico. El desarrollo de éste y la experiencia clínica acumulada establecieron una nueva fase en la cual la naturaleza ten específica de las conductas adictivas, ha condicionado el desarrollo de una nueva disciplina científica, que redunde en una mayor profesionalidad, calidad asistencial y por consiguiente en una mejor calidad de vida de los pacientes.

La Atención a las Drogodependencias se estructura en cinco áreas fundamentales de actuación definidas en el II Plan Andaluz (2000-2007) –Prevención, Atención Socio-Sanitaria, Reducción de Riesgos y Daños, Incorporación Social y el área de Información, Formación e Investigación–.

En el área de prevención se distinguen dos grupos fundamentales de objetivos y actuaciones; aquellos que persiguen la prevención primaria cuya población diana fundamental son niños, adolescentes y jóvenes que no hayan iniciado el consumo, a fin de retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, y aquellos que se enmarcan dentro de la prevención secundaria que tienen como objetivo fundamental, evitar que el consumo habitual se estructure en drogodependencia. Tanto la prevención primaria como secundaria se concretan en tres ámbitos diferenciales, comunitario, educativo y laboral.

El área de atención socio-sanitaria tiene como población diana aquellas personas que padecen problemas sanitarios a causa de su adicción a drogas y/o a causa de los patrones de consumo de las mismas ofreciendo, también, servicios para atender los problemas sociales relacionados con el consumo.

El área de incorporación social tiene como usuarios a todos aquellos ciudadanos con problemas de drogodependencias u otro tipo de adicciones que están en riesgo o padecen situaciones de exclusión social.

El área de reducción de riesgos y daños que, se define como área transversal impregnando y erigiéndose como principio inspirador de todas y cada una de las estrategias, programas y recursos promovidos desde el II PASDA.

El área de información, formación e investigación es, junto a la de reducción de riesgos y daños, un área transversal, e impregna con sus acciones a todas las demás áreas.

5. TIPOLOGÍA DE RECURSOS ASISTENCIALES

La Red Andaluza de atención a las drogodependencias se caracteriza por ser de cobertura universal y de acceso directo y gratuito. Integra Centros públicos y Centros privado-concertados así como un conjunto de Dispositivos de Apoyo que complementan el proceso terapéutico y la intervención asistencial en cualquiera de sus fases. Participan varias administraciones: Junta de Andalucía, Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y Mancomunidades. También tiene un papel muy importante la iniciativa social, como complemento de las actuaciones desarrolladas por las Instituciones Públicas. Desde el inicio del I^{er} Plan Andaluz sobre Drogas en 1985, se desarrolla una red de servicios coordinados entre sí de manera que se

establece un circuito asistencial capaz de atender las demandas y asegurar la continuidad del proceso terapéutico en todas sus fases.

Red de Centros de Tratamiento Ambulatorio

Los Centros Provinciales de Drogodependencias (CPD) se constituyen como el eje operativo en el ámbito provincial del Plan Andaluz en lo referente a las actuaciones en las diferentes áreas del plan. Se crean por convenio entre las Diputaciones y la Junta de Andalucía. Los CPD dieron paso posteriormente a los Centros Comarcales de Drogodependencias, mediante el programa especial de Intervención en barriadas de Actuaciones Preferentes y Zonas de Alta incidencia, y, merced a los acuerdos suscritos entre la Junta y diversos Ayuntamientos van surgiendo los Centros Municipales de Drogodependencias y se va completando el Mapa actual de Centros en Andalucía.

Estas tres tipologías de recursos se constituyen como Centros de Tratamiento ambulatorio (CTA) los que son centros de primer nivel de atención a las drogodependencias y puerta de entrada al resto de los dispositivos y programas disponibles en la red asistencial, garantizando la continuidad de la cadena terapéutica mediante la coordinación de los recursos en su ámbito territorial.

"Se dedican a la prevención, orientación, desintoxicación, deshabituación, rehabilitación e incorporación social en régimen abierto de personas con problemas de adicción".

Dispositivos de Apoyo

Centros de Encuentro y Acogida. Centros destinados al desarrollo de programas de disminución de daños y riesgos para personas con problemas de adicción que no deseen o no puedan abandonar el consumo de drogas.

Centros de Desintoxicación Hospitalaria. Son recursos de carácter hospitalario destinados a la desintoxicación en régimen de ingreso.

Comunidades Terapéuticas. Son centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen asistencia orientada a la deshabituación de la conducta adictiva del drogodependiente, facilitar la desintoxicación y al seguimiento de las patologías orgánicas asociadas.

Viviendas de Apoyo al Tratamiento. Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en edificios o zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes en el inicio de su proceso terapéutico, y que carecen de un entorno social básico y apoyo familiar necesario

Centros de Día. Realizan actividades socio-educativas en régimen abierto, complementarias a los programas asistenciales para favorecer la incorporación social.

Viviendas de Apoyo a la Reinserción. Son unidades de alojamiento y convivencia ubicadas en zonas de viviendas normalizadas, destinadas a drogodependientes mayores de 18 años que han logrado una estabilización en su proceso terapéutico, y carecen de un sistema de relaciones y de vinculación con el entorno.

Una vez que se han alcanzado los objetivos personalizados en el dispositivo de apoyo, el usuario es dado de alta y remitido al CTA de procedencia para su seguimiento y evaluación, o en su caso es derivado a otro dispositivo.

Metodología General

La Atención a las Drogodependencias evoluciona hacia una metodología basada en la complementariedad de objetivos, flexibilizando y adoptando diferentes itinerarios personalizados de intervención con el objetivo último de la Incorporación social. Se conjugan por tanto dos tipos de estrategias:

Estrategias que pretenden minimizar los Daños producidos por el consumo de drogas y las Estrategias tendentes a la Abstinencia.

La complementariedad hace referencia a la combinación entre los programas, garantizando la permeabilidad entre estos y permitiendo el paso de unos a otros sin interrupciones ni cambios traumáticos. Cualquier intervención de disminución de riesgos y daños en los distintos programas de atención persigue un cambio de conducta a través de la relación interpersonal y cualquier consumidor debe aprender a limitar los riesgos y consecuencias del consumo aunque opte por la abstinencia.

El abordaje integral de la persona, y no sobre aspectos parciales de la misma, implica trabajar secuencial o transversalmente distintas áreas: sanitaria, psicosocial, socioeducativas, familiar, formativa-laboral, judicial, desarrollo personal etc. Las intervenciones a su vez deben ser diseñadas conjuntamente con la persona de forma que asuma su protagonismo, es decir la Participación de los sujetos en su propio proceso decidiendo y conociendo en todo momento la evolución de su situación.

6. APOYO A LA REINSERCIÓN E INCORPORACION SOCIAL

Junto a las estrategias orientadas a la abstinencia y a la reducción de riesgos y daños, se desarrollan las intervenciones orientadas a la Incorporación social del drogodependiente. Tener unas condiciones de vida mínimas que permitan ritmos de vida cotidianos estables, disponer de autosuficiencia económica, tener espacios diversos de relaciones personales, familiares y sociales etc. son condiciones para ese proceso de incorporación social. Salir de la droga no es un camino a ninguna parte, y junto a la motivación del usuario, son necesarios recursos y apoyo social.

"Lo social", aparece indisociable de los aspectos biológicos y psicológicos. Las variables sociales por tanto no son un añadido más ni su abordaje se puede dejar para el final del proceso tal como se entendió en los comienzos de los programas de atención a las drogodependencias (Desintoxicación-Deshabitación-Reinserción). Hay que considerar que no se dejan sustancias aisladas sino que se deja un estilo de vida asociado a las mismas, unas relaciones sociales, etc.

La Incorporación social se constituye en la finalidad de todo proceso de recuperación tal como recoge el II Plan Andaluz y los dispositivos de apoyo al tratamiento, son escalones en el proceso terapéutico, donde se realizan las actuaciones necesarias para conseguir este objetivo final.

Desde el Área de Incorporación Social se plantea como objetivo "poner a disposición de los usuarios las intervenciones, programas y actuaciones favorecedoras de la normalización social y de la incorporación a la vida ciudadana en pleno derecho".

Características de la Incorporación Social

1. *Es un Proceso. Personalizado. Dinámico y Flexible.* Las intervenciones de incorporación social deben considerar que se trata de un Proceso. No es una etapa concreta y no es la última etapa del tratamiento y la recuperación. Se inicia desde el principio, como parte integrante del propio proceso terapéutico. Se trata de recuperarse incorporándose a la sociedad, con itinerarios personalizados que contemplan las prioridades, objetivos y ritmos de cada persona.

2. *Normalización e Inserción.* La incorporación social, como proceso de vinculación progresiva y activa del sujeto a su entorno, debe realizarse prioritariamente desde las redes normalizadas de la sociedad, pero esto no siempre es posible. Una vez debido a las características personales y condiciones sociales en que se encuentran las personas, y otras, debido a la impermeabilidad de los programas y recursos normalizados que, no siempre están disponibles y accesibles o bien, no se perciben competentes a tal efecto.

3. *Recursos y Oportunidades* son un aspecto fundamental del proceso. Las personas en recuperación, para llegar a ser ciudadanos necesitan ingresos, ocupación, reconocimiento social, aceptación, acceso a los derechos sociales (Funes, A.J. 1996). Se trata de tener "el derecho a la incorporación social".

4. *No es un proceso unidireccional.* Esto es, que no se dirige solo al sujeto a incorporarse. La Comunidad, también se constituye en objeto de incorporación social. Es necesario acercar y flexibilizar recursos, trabajar las actitudes sociales, las redes de apoyo social, entre otros.

5. *Participación e implicación del usuario.* El usuario es el sujeto del cambio y protagonista en la toma de decisiones, asumiendo la responsabilidad de su proceso de incorporación social.

Actuaciones. Programas para la Incorporación Social

Programa de Trabajo Social. Esquemáticamente, podemos decir que desde el trabajo social, y en esta área específica de la incorporación social, se interviene en dos ejes principales:

1. Cobertura de Necesidades básicas:

Actuaciones:

- Valoración Individualizada de las necesidades y problemas.
- Información de Recursos.
- Orientación y Asesoramiento social.
- Derivación. Acompañamiento. Coordinación.

2. Plan Individualizado de Incorporación Social

Áreas de Intervención:

- Área de Competencias Personales.
- Área Familiar y de la Convivencia.
- Área Socio- Educativa.
- Área de Ocio y Tiempo Libre.
- Área Laboral.

Área de Relaciones Sociales.

Para ello disponemos de los Recursos Generales del Sistema de Bienestar Social y de los Recursos Específicos que contempla el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, gestionados por la Fundación Andaluza para las Drogodependencias FADA, entre los que se encuentran los Programas Socio-Educativos que se desarrollan en los Centros de Día, los Programas de Formación Profesional Ocupacional para mejorar las competencias técnico-profesionales, y los Programas específicos de Apoyo al Empleo con Becas a usuarios para aprender un oficio en entornos normalizados (Programa Red de Artesanos) o con subvenciones a las empresas para la contratación (Programa Arquímedes)

El Programa de asesoramiento Jurídico-Penal, surge como fruto de un convenio entre FADA y la Federación Andaluza de Drogodependencias ENLACE, en el año 2000, para disminuir el impacto de esta problemática en los procesos de inserción e incorporación social.

Dinámica Incorporación/Exclusión social

La incorporación social se inscribe en las dinámicas más amplias de la inclusión/exclusión social. Conseguir una sociedad receptiva hacia las personas en riesgo de exclusión que tiene problemas con las drogas se constituye en un esfuerzo compartido desde las instituciones públicas y la iniciativa social. Las actuaciones a favor de la Incorporación social, también son las acciones que garanticen la no exclusión de las personas, hayan o no superado su condición de adictos.

CAPÍTULO XXIV

INTERVENCIÓN EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

M. Pilar Moreno Jiménez

¿Para qué existen las prisiones?, ¿cuáles son sus fines?, ¿sirven para reinser-tara los que delinquen?, ¿qué espera la sociedad de los centros penitenciarios?

No se trata de preguntas que sean temas de debate entre la mayoría de la población, sin embargo para plantear posibles intervenciones en instituciones penitenciaras son obligadas algunas reflexiones previas que nos sitúan en el marco que sostiene esta complicada realidad.

Se pueden distinguir varias posturas ante el internamiento penitenciario. Desde una actitud reformista, la privación de libertad es un mal necesario por lo que las instituciones deben ser renovadas para obtener los objetivos planteados. Desde una visión *productiva*, para Foucault la verdadera intervención penitenciaría trata de transformar al criminal violento e irreflexivo (sujeto real) en detenido disciplinado y mecánico (sujeto ideal) que toma consciencia de ser un sujeto de necesidades. El modelo disciplinar de una fábrica y el de una institución penitenciaría tiene en común la pretensión de relaciones verticales. Desde una perspectiva crítica, son muchos los autores que inciden en elementos negativos del internamiento penitenciario y de éste como intervención no adecuada para reducir la criminalidad o insertar a la persona que delinque: ¿cómo se puede insertar socialmente a una persona alejándola de la sociedad?

No obstante, el sistema penitenciario fue creado para reemplazar, con finalidad humanitaria, a la pena capital, el exilio, los castigos corporales... la pena de prisión es hoy el eje del sistema represivo en todos los países. Parece pues que la

abolición de la *pena de muerte física* se convierte en una *pena de muerte social* (Sesma, Pascual y González, 1992).

Como interventores psicosociales podemos estar de acuerdo, o no, con el internamiento penitenciario, sin embargo, sólo un análisis superficial nos aleja del verdadero objetivo de este tipo de intervención: castigar al que ha cometido un delito. Como reflexionan Foucault (1989) o Valverde (1991):

"A los que roban se les encierra, a los que violan se les encierra, a los que matan también. ¿De dónde viene esta extraña práctica y el curioso proyecto de encerrar para corregir que traen consigo los códigos penales de la época moderna? (...) Una manera de someter los cuerpos, de dominar las multiplicidades humanas y de manipular sus fuerzas, se ha desarrollado en el curso de los siglos clásicos en los hospitales, en el ejército, en las escuelas, en los colegios, en los talleres: la disciplina. (...) Hay que volver a situar la prisión en esta sociedad de vigilancia; la práctica penal moderna no se atreve ya a decir que castiga crímenes; pretende readaptar a los delincuentes" (Foucault, 1989, p. 79).

"Ni la cárcel recupera a nadie ni tiene sentido que nos planteemos recuperar a nadie en la cárcel. En mi opinión, el internamiento penitenciario (...) ha sido concebido como un mecanismo de control social, de evitación de las consecuencias de la conducta desadaptada mediante el aislamiento de determinados individuos, pertenecientes o determinados grupos sociales, y no con una intencionalidad terapéutica, que no se pretende" (Valverde, 1991, p. 140).

Es interesante analizar la prisión como institución total (Goffman, 1961), donde los internos están sometidos a una sola autoridad, separados del entorno, donde todas las actividades se realizan según un reglamento, se intenta anular la personalidad del internado y existe una falta de separación entre los diferentes ámbitos que protagonizan la vida cotidiana: ocio, trabajo y vivienda. Estas características están en la base de las consecuencias del internamiento penitenciario descritas más adelante.

Independientemente de la actitud de cada preso en el interior de la prisión, en nuestro país, lo característico de la mayoría de ellos es su procedencia de ambientes socioeconómicamente bajos, con escasa formación académica y profesional, acusados de delitos contra la propiedad o contra la salud pública. Ríos y Cabrera (1998) deducen que las personas que entran en prisión no están cualificadas laboralmente, tienen escaso o nulo bagaje cultural y escolar y un alto nivel de desarraigo y desvinculación afectiva y familiar. Estas características incitan a reflexionar sobre la pertinencia del encarcelamiento cuando el objetivo es la intervención psicosocial, la

mejora de la calidad de vida, la incorporación social de personas procedentes de familias empobrecidas con historias de vida llenas de factores que facilitan la entrada en el mundo de la delincuencia y el consumo de drogas.

1. CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO

Tres características de la situación de las prisiones son el hacinamiento, la inactividad y las drogodependencias. Es de todos conocido el actual hacinamiento en las instituciones penitenciarias, factor que afecta directamente a las condiciones físicas e influye en otros aspectos importantes como la falta de recursos, el contagio de enfermedades, la menor higiene del centro o la falta de intimidad personal. El hacinamiento es un mal grave y endémico en la mayoría de las cárceles, constituyendo uno de los factores más nocivos para la personalidad del preso y para la convivencia general en el centro, facilitando las muertes violentas, suicidios, infracciones disciplinarias, comportamientos psicopatológicos, reacciones de ansiedad, miedo y agresividad.

Una segunda característica de las prisiones, símbolo de la inactividad, es el *patio*, un espacio vacío, más o menos amplio, lugar de "encuentro" para charlar, caminar, o simplemente sentarse. Normalmente carecen de equipamiento con el que entretenerse por lo que se convierte simplemente en un lugar para *estar*. En la cárcel el preso casi nunca tiene nada que hacer, pero tampoco puede disponer y planificar su tiempo. Pocos tienen ocupación laboral u otro tipo de actividad. El ejercicio físico es escaso y hay muchas horas de descanso.

Tampoco es un secreto el consumo de drogas en las instituciones penitenciarias. ¿Es la prisión factor de riesgo para el consumo de drogas? Por un lado, ingresar en prisión abre un paréntesis en la historia de consumo que puede dar lugar a la asunción de vivir un momento crítico, momento de *tocar fondo*, posibilitando actitudes de cambio; por otro lado, con el internamiento no se crea un ambiente propicio para el tratamiento: los presos adictos asumen cualquier riesgo para consumir; la situación de institución cerrada, controladora y prohibitiva propicia opciones de huida que alteran el comportamiento y la percepción para transgredir lo normativo y la realidad del encierro; la confluencia, en un medio cerrado, de personas con historias diversas, relacionadas con el tráfico y consumo de drogas; el hecho de vivir en una institución cerrada sin la voluntad del preso para la recuperación; carencias estructurales y superpoblación de los establecimientos; el beneficio económico que conlleva el tráfico de drogas en la cárcel. Las motivaciones para drogarse son diferentes en el medio penitenciario que en libertad (Moreno Jiménez, 1999), en prisión las principales funciones de la droga son, en primer lugar, la droga utilizada como medio de evasión, y en segundo lugar, como forma de romper la monotonía y el aburrimiento ("quitarle un día al juez" es una respuesta habitual entre los

presos cuando se indaga en sus motivos para el consumo). No puede sorprendernos que en un medio mucho más hostil que la calle se busque también la droga como **instrumento** de evasión.

Otros aspectos característicos de las instituciones penitenciarias que se relacionarán con consecuencias en el ámbito **psicológico** del preso, son la disciplina, el aislamiento, la vida comunitaria inherente a la institución, la falta de relaciones sexuales libres, la privación de tipo material y la violencia. La entrada en una institución total supone la reducción del **interno** a un estado infantil mediante la **destrucción** de su identidad y su autoestima; pierde el contacto con el mundo exterior, se le obliga a realizar actividades estúpidas y a veces humillantes; se le obliga a pedir permiso para realizar actividades cotidianas, se eliminan características diferenciales, se viola su intimidad... todo esto hace que el individuo se perciba como un objeto.

Cuando se estudian las consecuencias del internamiento penitenciario, desde el ámbito **psicosocial**, se han descrito algunas alteraciones somáticas, sin embargo, las consecuencias más documentadas son las psicosociales, entre las que destacan:

- **Prisionización y anormalización:** la prisión ejerce una influencia en el individuo estableciéndose una socialización alternativa por la que el interno adopta usos, costumbres, tradición y cultura general de la prisión; el recluso se prisioniza **adaptándose** a la cárcel y se anormaliza a la vida en libertad.
- **Alienación** caracterizada por **impotencia**, carencia de sentido, anomia, aislamiento y autoextraiamiento. Se trata de una situación que incapacita para captar la gravedad de la situación, caracterizada por un fuerte sentimiento fatalista, imposibilidad real de predecir el propio futuro, aislamiento total e inmediatez sistemática.
- **Ruptura afectivo** y social del interno.
- **Falta de responsabilidad** originada por la falta de control sobre la propia vida y la ausencia de responsabilización.
- **Etiquetamiento social** que estigmatiza a los que delinquen y más aun a los expresidarios.
- **Alteraciones en la sexualidad** como la homosexualidad "obligada" y la masturbación exagerada como única posibilidad de vivir la sexualidad.
- **Problemas psicológicos**, derivados de las condiciones psicosociales previas y durante el internamiento. La **desestructuración** familiar y personal que muchos de ellos han vivido, sumado al aislamiento, la disciplina, la vida comunitaria obligada, la privación material, la violencia o la inactividad, favorecen la baja autoestima, depresión, inseguridad, miedo, **represión** de emociones, etc. en cada una de las personas que vive su **cotidianidad** recluso en un centro penitenciario.

2. RELACIONES DEL PRESO CON EL PERSONAL PENITENCIARIO Y OTROS INTERVENTORES

Es necesario conocer algunas características de las personas que conviven en prisión para poder entender las relaciones que establecen los presos tanto con otros reclusos como con distintas personas que interaccionan con ellos.

Los reclusos son clasificados por grados, encontrándose separados en el centro en función del tipo de delito cometido, la experiencia penitenciaria o los objetivos del tratamiento. Existe una jerarquía no explícita entre ellos, así como diferentes formas de vivir el internamiento: retirada, rechazo, colonización o conversión.

Las relaciones en el interior del centro están condicionadas por un **código** que los presos mantienen: 1) no deben traicionar ni denunciar a otros presos; 2) reprimir la manifestación de emociones, ni las positivas –amor, **amistad**– ni las negativas –rabia, impotencia, tristeza–; 3) no debilitarse, para **así** poder enfrentar los problemas diarios; 4) no ser conflictivo; 5) desconfiar del personal penitenciario.

Las características del personal penitenciario, su **motivación** y satisfacción laboral, son aspectos poco estudiados e investigados, quizás por el difícil acceso y la falta de confianza en profesionales que pueden entrevistarlos. La principal motivación laboral parece ser la obtención de un trabajo estable, **así** como la "comodidad" horaria en el sentido de realizar **turnos** intensivos seguidos de **días** libres.

Ciertamente, el personal de prisiones se encuentra con dos objetivos **difícilmente** compatibles: vigilar al preso y rehabilitarlo. Por un lado se le pide al funcionario que proteja a la sociedad de los delincuentes, convirtiéndose en el **verdugo** que hace cumplir el castigo asignado, y por otro lado, su objetivo teórico es el de **reeducar** y preparar al preso para su salida a la calle. Algunos resultados reflejan fuertes críticas del personal hacia la institución donde trabajan, escasa confianza de estos profesionales respecto al cambio conductual de los presos y una visión negativa de la posibilidad de reinserción (Moreno Jiménez, 1998).

La relación del recluso con el personal también es contradictoria: el primero vive del lado de los compañeros, pero depende de los funcionarios para obtener beneficios en sentido amplio, como permisos, educación, escapar de sanciones... En general se trata de una relación basada en la desconfianza mutua entre los diferentes colectivos que interaccionan en el centro penitenciario.

3. ALGUNAS INTERVENCIONES REALIZADAS

Drogodependencia, delincuencia y entrada en prisión son realidades que aparecen unidas en los sectores de población con menos recursos económicos. A continuación se describe una intervención realizada con población reclusa **drogo-**

dependiente, donde se plantea el objetivo general de deshabituación a las drogas. Se interviene en cinco grupos consecutivos, durante seis meses en cada uno (Moreno Jiménez, 1999b).

En esta intervención se plantean las drogodependencias y la delincuencia como conductas multideterminadas, el programa tiene en cuenta las funciones de las drogas para cada participante, se interviene sobre las consecuencias del internamiento, se respetan las condiciones generales que recoiendan otros autores y se parte de un modelo interaccionista y comunitario.

Los objetivos específicos de dicho programa fueron: 1) aumento en los niveles de información relacionada con las drogodependencias y su rehabilitación; 2) aumento de la motivación de los participantes para la deshabituación: motivación general, posibilidad de integración social y conocimiento y valoración de los programas de deshabituación; 3) adquisición de hábitos saludables: hábitos para la prevención del contagio de enfermedades; mejoras en la higiene y el autocuidado; prevención de embarazos no deseados; 4) aumento de las relaciones personales entre presos y de los presos con el personal penitenciario; 5) disminución del número de personas que consumen drogas; 6) autoconocimiento y mejora de aspectos psicosociales (autoestima, autocontrol, solución de problemas, reducción de la ansiedad).

Se consideraron tres áreas de intervención:

a) Preventiva y sanitaria:

Desintoxicación.

Deshabituación (naltrexona).

Controles analíticos.

Prevención enfermedades contagiosas.

Prevención embarazos no deseados.

Higiene y autocuidado.

b) Área drogas:

La drogadicción como conducta y aprendizaje.

Consecuencias de las drogodependencias.

Características de cada droga.

Consecuencias psicosociales.

Información sobre recursos sociales comunitarios.

c) Psicosocial:

Autoconocimiento y dinámicas de grupo.

Grupos de discusión terapéutica.

Tratamiento de la ansiedad.

Habilidades Sociales y competencia social.

Habilidades de afrontamiento y autocontrol.

Desarrollo de la autocrítica.

Solución de problemas.

Aumento de la autoestima.

Los resultados muestran que después de la intervención sólo consumen el 4.7% de los participantes, observándose también cambios significativos en otras variables. A pesar de estos datos tan positivos, el seguimiento realizado en el mismo centro penitenciario tres meses después de la finalización refleja un gran índice de recaídas (74%).

Más recientemente, en febrero de 2005 en la cárcel de Valdemoro (Madrid) se inició un proyecto de mediación pacífica de conflictos en el medio penitenciario. Dicha actividad se ha ido extendiendo a otros centros del ámbito nacional, como en Alhaurín de la Torre (Málaga) iniciado en diciembre de 2005 por un grupo de seis profesionales interdisciplinarios, formados en mediación de conflictos, que acceden al centro penitenciario semanalmente para llevar a cabo este proyecto.

Julián Ríos (2005) describe el marco teórico y el proceso que se sigue en esta mediación. El conflicto surge en la relación interpersonal

1. ante la existencia de diferentes formas de entender una situación, de interpretar una realidad,
2. con diferencia de intereses,
3. cuando una persona o institución niega la existencia de un derecho que le pertenece,
4. cuando las personas carecen de habilidades sociales para una comunicación satisfactoria,
5. cuando el contexto en el que se desenvuelve la relación interpersonal facilita que una persona sienta que pierde (cosa, derecho, autoestima, posición de poder, rigor intelectual) en beneficio exclusivo de otro respecto al que no le otorga ninguna legitimidad para el mencionado beneficio.

Se origina una activación emocional caracterizada por la hostilidad y la defensa de la propia posición y se dificulta un tratamiento racional del conflicto en el que el pensamiento y el "ego" refuerzan las posiciones frente a la otra persona. Surgen sentimientos de inseguridad, confusión, incertidumbre y de necesidad de defenderse, se activa el odio, la imposibilidad de empatizar, la sobrevaloración personal y desvalorización del otro, así como la autojustificación de los propios errores. Se trata al otro violentamente y con desprecio.

Con las características analizadas anteriormente, podemos imaginar que los conflictos son inevitables en ambientes penitenciarios. Hay una serie de características que provocan emociones negativas y situaciones que no ayudan a la solución pacífica de conflictos, por ejemplo, la falta de intimidad, el hacinamiento, la convivencia obligada en un lugar cerrado, la falta de confianza en la administración penitenciaria y las sanciones institucionales como método de intervención ante los conflictos.

Sin embargo, el conflicto se puede transformar en un proceso constructivo. Lo esencial será asumir las situaciones conflictivas y enfrentarse a ellas con métodos en que las partes obtengan beneficios: el conflicto es una oportunidad para el

cambio y la innovación personal, puede estimular el interés por el conocimiento personal, ayuda a aprender nuevos modos de responder a los problemas, a **construir** relaciones mejores, y adquirir las habilidades de toma de decisiones. A través de la mediación, se aprende a controlar **impulsos**, conductas y pensamientos violentos, así como reducir la ansiedad producida por el internamiento. Se plantea la mediación como forma de resolución pacífica de los conflictos y como método para conseguir la suspensión de la intervención represiva de la administración penitenciaria.

La mediación se realizara a petición voluntaria de una o las dos partes en conflicto o en casos de personas con procedimiento penitenciario "incompatibles". Básicamente se realiza en tres fases: acogida-información, **aceptación-compromiso** y encuentro dialosado-negociación.

4. ALGUNAS REFLEXIONES

Conocer la realidad de lo que acontece en el interior de una institución penitenciaria no es fácil. Existe un mundo paralelo de acontecimientos e intereses cuyo conocimiento está vetado a los que no pertenecen a él.

Una de las principales quejas de los presos es la monotonía e inactividad de la vida en la cárcel. Esta necesidad de ocupar el tiempo indica una línea clara de hacia dónde deben ir dirigidas las actuaciones en prisiones, pero la ocupación del tiempo deberá, además, proponerse otros objetivos primordiales: deshabitación de drogas, formación profesional, desarrollo de características personales, comunicación entre los presos, adquisición de hábitos preventivos, y un largo etcétera entre los que destaca recientemente la mediación para la resolución pacífica de conflictos.

En esta misma línea, existe la necesidad de realizar programas concretos dirigidos a lograr objetivos **específicos**, pero coordinados e integrados en un plan único de intervención en cada institución penitenciaria. En general, datos de otros programas concluyen que los presos que participan en algún programa intensivo disminuyen su actividad criminal y los que no participan, aumentan dicha actividad.

Insisto en la idea de que se debe favorecer el cumplimiento de las penas fuera de las prisiones. Concretamente, para los delincuentes comunes con problemas de drogodependencias, los programas profesionales favorecen el abandono del consumo de drogas y el cambio conductual y cognitivo del adicto. En prisión este cambio es **difícil** y sólo posible mientras se mantiene la intervención, siendo necesaria la **continuidad** de los programas si se desea evitar las recaídas. Y esta continuidad debe hacerse fuera de la cárcel si el objetivo es la inserción y normalización de la persona.

CAPÍTULO XXV

INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD: NUEVOS RETOS

Carlos Gallego Fontalva

El estudio de la realidad microsocia, pone de manifiesto las desigualdades evidentes que se crean en las diversas áreas de ciudad, donde se ha desdibujado la contradicción centro-periferia, a la vez que han aparecido otras ciudades dentro de la propia ciudad, —la del consumo, los servicios, el ocio, **etc.**— y la segregación residencial se acrecienta percibiéndose la intensificación de las diferencias entre zonas en las que habitan residentes de status socioprofesionales y rentas diversos.

La segregación social de la ciudad, si bien ha existido siempre, se ha **agudizado** en el último siglo, pues al modificarse las condiciones **materiales** de creación de la ciudad, se produjeron una serie de hechos relevantes en cuanto al cambio de paradigma en la definición y la concepción de **la misma**, especialmente por parte de las corrientes **funcionalistas**, que crearon un marco de especialización funcional favorecedor de la **segregación** espacial en general, y en una auténtica **jerarquización** y separación de las áreas residenciales en concreto, diferenciadas por los niveles adquisitivos, de renta y de status socioeconómico, cultural étnico y laboral. Durante el siglo XIX se habían generado cambios esenciales en el modelo de la llamada civilización occidental. Desde la Revolución Industrial, proceso que había comenzado en Inglaterra al final del siglo anterior, se van a dar las condiciones para que se desarrolle el cambio más significativo de toda esta época y que modificará, entre otras cosas, las condiciones de producción y las relaciones entre el capital y el nuevo proletariado industrial.

La importancia del territorio aparece específicamente en el ámbito urbano donde las contradicciones del sistema se hacen más evidentes. Desde los primeros

momentos del estudio de lo social, el problema urbano se manifiesta como esencial entre los conflictos que se generan en ese primer capitalismo posterior a la Revolución Industrial.

El fenómeno de ampliación de la ciudad, procedente de los procesos especulativos del suelo que con los antecedentes en el siglo XIX, se fueron fraguando a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y especialmente por las presiones de dicha especulación a la que la ciudad se vio sometida, produjo un proceso de expulsión de las clases trabajadoras y clases medias, incluso altas aunque por distintos motivos, hacia nuevas áreas periféricas, buscando precios y condiciones del suelo más ajustados a la realidad económica de cada estrato.

Este fenómeno ha generado unos inmensos barrios o pueblos dormitorio en las afueras de las grandes ciudades que son claramente deficitarios de equipamientos, entre otras cuestiones, porque los municipios a los que pertenecían no habían tenido procesos de desarrollo urbano anterior, construyéndose exclusivamente viviendas sin ningún otro servicio, lo que impedía la formación de áreas con vida propia de ciudad.

Por otra parte, los cascos históricos de los centros urbanos paulatinamente han ido perdiendo residentes y ahora sólo acogen a una cierta población con características muy marcadas, personas mayores, de bajos niveles económicos y sociales donde los núcleos familiares son de pequeño tamaño o monoparentales y también a una cierta población de artesanos, artistas, jóvenes, estudiantes, que paulatinamente han dado paso a que personas de clase media, -media alta-, jóvenes profesionales con pocos hijos o sin más familia que se asienten en los mismos, siendo éste un fenómeno que se ha categorizado como "gentrificación" y que califica a un tipo concreto de núcleos familiares que ha querido recuperar las ventajas localizatorias de los centros urbanos, aunque esto signifique también una serie de desventajas, sobre todo, respecto a los equipamientos disponibles. Por último, los centros históricos, especialmente en sus zonas más desvalorizadas, acogen a un número elevado de inmigrantes, que se acomodan a unas condiciones que no son habitualmente aceptadas por la población autóctona, con un grado superior de exigencias en cuanto a las condiciones de vida.

Parte de esta segregación puede provenir del propio modelo que el sistema actual impone donde la planificación urbana que crea nuestras ciudades, como ya hemos apuntado anteriormente, responde a un modelo que se basa en la zonificación como forma de asignación de funciones al suelo urbano. Este tipo de planeamiento genera desigualdades sociales muy importantes produciendo valores urbanos y rentas del suelo muy variables, que dan lugar a una ciudad segregada con importantes diferencias de oportunidades para sus habitantes.

A diferencia de este modelo, el de la ciudad antigua precapitalista, era muy diversificado en sus funciones, -vivienda, talleres y comercio denso convivían- prestando diversidad y riqueza al territorio donde se asentaban y a las formas de

vida de sus habitantes. Posteriormente el capitalismo urbano dio paso a una nueva forma de especialización territorial y segregación espacial. Es el cambio a la ciudad de los barrios obreros claramente segregados de las áreas burguesas y finalmente a la ciudad poligonal, con evidente diferenciación espacial.

Por tanto, de una ciudad de escala humana como la existente en el precapitalismo se ha pasado a extensos fenómenos urbanos donde el espacio urbano ha adquirido valor de cambio y se ha convertido en una mercancía -objeto de la urbana- primero a través de los alquileres, después con las ventas de viviendas.

Esta nueva forma de ciudad, basada en el funcionalismo, con una función predominante y altamente especializada, es muy segregante y de altos costes por consumos de energía y tiempo para sus habitantes, pues tiene graves dificultades de accesibilidad y comunicación, especialmente para las capas sociales más débiles y es poco sostenible por la necesidad constante de utilización de los vehículos particulares. Especialmente limita mucho la accesibilidad y la capacidad de movimiento por el territorio a aquellos que tienen alguna dificultad física o de autonomía funcional, económica o por razón de la edad.

En este contexto la planificación urbana se constituye en el elemento esencial de control por parte de las administraciones al objeto de evitar que las grandes contradicciones que el sistema produce generen mayor malestar. Pretende organizar el crecimiento futuro de la ciudad, aún a costa de limitar el derecho absoluto de privada y debería compensar situaciones de desequilibrios sociales, dotando de equipamientos y servicios a las zonas más desfavorecidas económica y socialmente.

Sin embargo, la planificación urbana puede erigirse en fuente de sociales, pues en ocasiones la mala planificación se convierte en un factor de riesgo, aún más, en el principal generador de problemas y malestar social; creando guetos, agrupando población vulnerable, infraequipando las zonas que más necesidad de servicios públicos tienen, etc. Además los malos diseños de ciudad y los errores de la planificación difícilmente se solucionan a posteriori con políticas sociales o con actuaciones correctoras de los servicios sociales. En cualquier caso comportará unos costes mucho más elevados y unas soluciones mucho menos eficientes.

El territorio y su organización, por tanto, es influido y a la vez influye en la vida de las personas que en él habitan, en un proceso de retroalimentación que se concreta en el medio de vida y de trabajo de sus habitantes y que ofrece oportunidades de diversa calidad y dotación, en cuanto a sus infraestructuras y equipamientos. La realidad que se puede apreciar en la mayor parte de ciudades de tamaño medio y grande en nuestro entorno, es la de una sociedad dual cada vez más polarizada entre los grupos sociales bien integrados y con unos niveles de rentas y socioeconómicos normalizados y otra parte de la sociedad segregada y marginal donde la mayoría de las intervenciones que se realizan por la administración generan rechazo y poca efectividad mientras que las personas que pretenden conseguir un nivel de

normalidad intentan "huir" de esas zonas y disfrutar de las ventajas de un área con unos niveles de socialización más altos.

Respecto a las distintas inversiones que la sociedad realiza en las diversas partes del territorio, aún hoy día nos encontramos que la mayor segregación respecto a los recursos corresponde a las diferencias entre las áreas urbanas y las rurales. Sin duda es ahí donde unos ciudadanos que pagan sus impuestos de la misma ma-

que el resto, encuentran unas prestaciones a cambio, por parte del Estado y sus **organismos** delegados, claramente inferiores de los que se pueden obtener en la ciudad. Asistencia sanitaria, equipamiento educativo, administración de todos los niveles, incluso **prestaciones** de desempleo se gestionan de manera distinta y en

Esta es, sin duda, la mayor desigualdad existente respecto a los efectos que los equipamientos y servicios públicos deben causar a los ciudadanos y a su igualdad en el reparto. Así, las condiciones y las oportunidades que se generan son menores para los habitantes de áreas rurales y requieren mayores esfuerzos por su parte para conseguir las prestaciones que les permitan equipararse con sus homólogos urbanos.

el caso de las ciudades, las diferentes áreas urbanas se **jerarquizan** de manera absoluta dentro de su territorio y así se pueden observar un sinnúmero de con todo tipo de combinaciones de barrios que responden a status económicos, sociales, laborales, culturales, de procedencia o étnicos, muy diferenciados y que constituyen un mosaico social de amplio espectro, pero que suelen comportar homogeneidad en su interior. A este aspecto de desigualdad social hay que sumarle las distintas prestaciones que los equipamientos, las **infraestructuras** y los servicios que cada área posee ofrecen y las prestaciones que los mismos **proporcionan** a la población a la que van destinados.

Este fenómeno produce una diferenciación notable de las condiciones de calidad de vida tanto en aspectos medioambientales como en los puramente territoriales y sociales. Dichas cuestiones de segregación territorial y de la propia falta de equidad en la **asignación** de recursos van a constituirse en algunos de los principales elementos generadores de conflictos sociales en las ciudades y sólo el modelo social imperante y la existencia de una gran cantidad de personas que compongan los estratos de clases medias bien integradas en la sociedad impedirán que dicho conflicto estalle de manera traumática. Pero en cualquier caso la conclusión es la producción de una realidad en la que, cada vez más, ciertos barrios en los que se concentran las peores condiciones sociales y de habitabilidad, se comportan como áreas de altos niveles de marginalidad y donde ésta va dando paso paulatinamente a la exclusión social.

En estas áreas, y cada vez de manera más evidente, los mecanismos de las diversas administraciones del Estado no son capaces de imponer procesos de integración y resocialización efectivos y se limitan, en muchos casos, a marcar esos territorios y declararse incapaz de buscar una solución que permita la integración

social de sus habitantes. Esta evidente segregación social incrementa las condiciones que permiten la aparición de la violencia en esas áreas.

La utilización de diversas variables, índices o indicadores sintéticos para corroborar esta diferenciación no hace más que corroborar el diferente comportamiento de las distintas magnitudes en los habitantes de los territorios de mejores y peores condiciones sociales y de habitabilidad.

Una parte importante de la responsabilidad en esta desestructuración del tejido urbano la tiene, sin duda, la política de orientación neoliberal que sólo pone como meta el crecimiento económico con una evidente debilitación del Estado como mecanismo corrector de las desigualdades. La falta de equidad en la distribución de los equipamientos, infraestructuras y servicios, donde estos aparezcan, produce una diversidad de situaciones que conducen a la segregación de los habitantes de las zonas menos dotadas, que a la vez son los que más necesidad de servicios de carácter público requieren, ya que no pueden costear la prestación de los servicios privados correspondientes. Así se genera una situación difícilmente ajustable, pues los espacios con mayores necesidades son aquellos que tienen una peor valoración social y económica y también menores equipamientos, siendo las áreas que más los necesitan. Y al contrario, las áreas de mejores condiciones económicas y sociales, suelen tener suficiente dotación de equipamientos con lo que el valor del suelo urbano se acrecienta convirtiéndose en áreas de acceso imposible para los grupos de población menos acomodados económicamente, con lo que las contradicciones se acentúan al primarse con recursos colectivos áreas en las que se va a producir una escasa utilización de los mismos, por tener suficiente cobertura con los equipamientos de carácter privado de uso más exclusivo.

Las condiciones de vida particulares en las zonas menos dotadas, se ven agravadas por un ambiente social del medio que no favorece la **reintegración** social, sino que más bien puede producir estados depresivos que no ayudan en nada a poner los medios personales y sociales para abandonar una situación de falta de trabajo o marginación y mejorar las condiciones para su vuelta a la **normalización**.

Además las propias condiciones de prestación de servicios de los equipamientos generan también diferenciaciones de calidad muy importantes, especialmente las referidas al nivel social y de éxito de los sistemas públicos y privados; y así en el caso del sistema educativo, los alumnos de los distintos colegios públicos, sufren unas mayores tasas de abandono, así como carencias en el ambiente social que en los mismos se aprecia, incluso con la aparición de conductas violentas. De igual forma la orientación de los diversos centros, aún públicos, **posibilitarán** recorridos **curriculares** diferenciados, conduciendo a enseñanzas de tipo profesional en las zonas de menores niveles socioeconómicos y a otros tipos de orientaciones más de élite a los usuarios de los centros ubicados en áreas de mayor status. El hecho de esta primera **segregación** desde la edad escolar por la propia calidad y oferta de los equipamientos educativos podrá constituir una situación de riesgo en sí misma, que se puede concretar en conductas con escasas posibilidades de integración social.

Como respuesta a esos problemas de ubicación en el territorio surge la posibilidad de movilidad de la **población**. La elección del lugar de vivienda es una cuestión que está íntimamente relacionada con las preferencias personales, pero también, en muchas ocasiones con la historia de vida de nuestra familia o de nosotros mismos. Esto es así porque muchos de los elementos componentes de esta vinculación a experiencias significativas anteriores y al sentimiento de apego que habitualmente se experimenta por las áreas o barrios vinculados a la memoria personal. Sin embargo, a la hora de elegir un lugar de residencia se buscan zonas que estén **relacionadas** con la percepción de un status socioeconómico de similares a las que se poseen. Evidentemente todos estos factores vienen **condicionados** por la capacidad económica de acceso a la vivienda, ya sea en régimen de alquiler o de adquisición. Así, la ubicación de las personas en el territorio es una decisión que, si bien viene condicionada **claramente** por las posibilidades **económicas**, responde más a las expectativas personales de cada individuo o grupo familiar y a un impulso de autoselección social. Quiere esto decir que las personas se autositúan en el territorio según un criterio de homogeneidad con el status que ellos perciben en los habitantes de la zona en la que pretenden residir.

Cuando se produce un proceso de cambio de las condiciones de un barrio o área esta puede definir un nuevo status social de sus habitantes y a partir de esos momentos se **producirán** movimientos de población que suelen ser significativos.

El abandono de un área que se va degradando progresivamente es rápido y produce unos efectos de aceleración del fenómeno. Como la menor movilidad la tienen los grupos de población más débiles económicamente y los más envejecidos, éstos suelen tener que soportar las nuevas situaciones de **degradación** de aquellas zonas que tiempo atrás disfrutaban de mejores condiciones de **habitabilidad**.

La **segregación urbana** es evidente en cualquier ciudad cuando se trazan los mapas de diferenciación socioeconómica que nos presenta el **mosaico social** que las componen, en los que se aprecian multitud de variables que agrupan características positivas y negativas en ciertos barrios de la ciudad que se constituyen en lugar de habitación **privilegiado** de cada grupo social. La propia ubicación de los individuos en estos mosaicos sociales definen buena parte de las probabilidades de desarrollo personal y de integración social de las que gozará a lo largo de su vida, debidas al propio medio en el que le ha tocado desenvolverse, especialmente en los primeros años de la vida.

La vivienda se convierte también en lugar de **segregación**, tanto por sus condiciones de equipamientos, como por su propio tamaño y el espacio que le corresponde a cada uno de sus habitantes y los posibles problemas de hacinamiento. Cada área del mosaico social que constituye la ciudad tiene también sus **características medioambientales** y éstas, como en cualquiera de las otras variables, favorecen claramente a las zonas en las que habitan las personas de elevados recursos económicos.

Las mayores fuentes fijas de contaminación son otra cuestión de diferenciación, pues éstas también se encuentran más próximas a los barrios pobres, así como las fuentes de contaminación acústica y las provenientes de las industrias. Todas estas cuestiones aumentan las diferencias entre habitantes de las diversas áreas y barrios de la ciudad y ponen de manifiesto la posibilidad de que tal cúmulo de elementos de segregación puedan engendrar ciertas actitudes cargadas de diversas formas de violencia. En cualquier caso, las zonas ricas tienen también mayores y mejores sistemas de protección, lo que las hace más fuerte contra casi cualquier tipo de agresión o contingencia. De todas estas cuestiones surge el riesgo social que podría concretarse en el peligro de llegar a una situación de **marginación** o exclusión social. Esta exclusión la entendemos respecto a factores **socioeconómicos** que puedan dar lugar a conductas inadaptadas, delictivas o de desigualdad en las facilidades para acceder a los recursos y, por tanto, de desadaptación en general y tiene sentido especialmente en el campo de la **prevención**.

La relación entre marginación, pobreza, paro, infravivienda, bajos niveles de educación, escasa cualificación profesional, problema de hacinamiento, malos hábitos, drogadicción y otras etiologías sociales podrían dar lugar a lo que una situación de riesgo y más concretamente en este caso al denominado riesgo social, esencialmente cuando se entienden como situaciones de riesgo aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de necesidades básicas. Las **características** estructurales del medio sociofamiliar (zona urbana, recursos económicos, nivel de estudios, profesión, metros de vivienda por persona, número de habitaciones por miembros de la unidad familiar, número de edificios destinados a viviendas en estado malo o ruinoso, personas que habitan en **infravivienda**, viviendas con agua corriente, etc.) son los más fácilmente objetivables. Esto nos lleva a observar que al menos podríamos distinguir tres factores de diferenciación espacial en la ciudad: el status socioeconómico, las diferencias en cuanto a la estructura de edad y las **agrupaciones** por grupos étnicos o de naturales de un determinado lugar. En los estudios de diferenciaciones en el mosaico urbano aparecen estos factores como elementos muy relevantes de segregación urbana.

Algunos autores han destacado como las características **estigmatizantes** de las diversas áreas se transmiten especialmente a los grupos de menos recursos, pues son aquellos a los que se les presentan mayores dificultades para generar cambios de emplazamiento que les permitan superar los obstáculos que su ubicación les produce y que suelen ser diversos: sociales, físicos, ambientales, etcétera, pero que se concentran en algunas zonas concretas y en un proceso acumulativo hacen de las mismas, lugares de alto nivel de vulnerabilidad. Quizás el ejemplo más claro que de problemáticas extremas de barrios que se constituyen en guetos lo venimos observando en episodios sucedidos en los últimos tiempos en barrios o pueblos periféricos de las grandes ciudades. Es el caso de París y las oleadas de quemados de vehículos que recientemente se extendieron por toda Francia, llegando incluso a afectar a

otros territorios vecinos como Bélgica. La *banlieu* parisina se ha convertido en un polvorín sobre el que se aprestan las condiciones de la revuelta en un tejido social mal integrado, formado en gran parte por inmigrantes, que se sienten ciudadanos de segunda y cuyos hijos, en muchos casos no han visto nunca a sus padres con trabajo estable y donde la familia sobrevive gracias a las prestaciones asistenciales. Estos jóvenes que dicen no sentirse franceses tienen un gran hándicap para la búsqueda de empleo, pues a su condición de inmigrantes (aunque sean de segunda generación) se suman la posibilidad real de fracaso escolar, el tipo de estudios o formación y su procedencia de barrios con estigma (Diario El País, 11.06.2006).

Las alternativas para la intervención pasan por la dotación adecuada de equipamientos y servicios a todas las áreas con mayores dificultades para la integración, pero también con la incitación a la participación de la comunidad, pues si esta no se ve reflejada en los proyectos de cambio no los asumirá. Para fomentar esa implicación de la comunidad en la participación en el diseño de los cambios necesarios para favorecer la integración de sus miembros es necesario el contacto directo con la misma, el favorecer actitudes de valoración de las tradiciones, las costumbres y los elementos culturales, históricos, etnológicos, folclóricos, etc., como señas de identidad común en las que creer. Los aspectos relacionados con la propia imagen de la ciudad respecto al "terminado" de la misma, calles bien asfaltadas, aceras regulares y bien construidas con vados para posibilitar los cruces y el acceso a las personas con limitación de movilidad, el mobiliario urbano adecuado, en buen estado y que no entorpezca el tránsito, las fachadas limpias y cuidadas, las infraestructuras bien diseñadas y en funcionamiento, hacen de la ciudad un lugar agradable para la vida de los ciudadanos, y éstos, a su vez, pueden manifestar mayor apego por esa parte de patrimonio público que también es sentido como propio y, por tanto, colaboran en su cuidado y conservación. La ejecución de una política de reparación inmediata de los daños producidos favorece el cuidado y la no acumulación de elementos de degradación de las condiciones del territorio de la comunidad.

Por último, se ha denominado partenariado a un modelo de contratos con la comunidad de responsabilización de empresas o cooperativas locales de los propios habitantes del barrio para la realización de las pequeñas reparaciones y el mantenimiento de la zona, cuestión que además de generar empleo en el barrio permite interiorizar a sus habitantes la necesidad de prestar atención a su cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acker, G. (1999). "The impact of client's mental illness on social workers' job satisfaction and burnout". *Health & Social Work*, 24 (2), 112-119.
- Aguirre, A. (1992). "El ocio como cultura de la vejez: hacia una gerontología social". *Papeles del Psicólogo*, 54, 35-38.
- Ajzen, I. (1985). "From intentions to actions: a theory of planned behavior". En J. Jul y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognitions to behaviors*. Nueva York: Springer.
- Ajzen, I. (1991). "The theory of planned behavior". *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albee, G.W. (1982). "Preventing psychopathology and promoting human potential". *American Psychologist*, 37, 1043-1050.
- Alberdi, I. (1999). "Cambios en el derecho de la familia y sus repercusiones sociales". *Infancia y Sociedad*, 16, 35-48.
- Alemán Bracho, C. y Garcés Ferrer, J. (Dir.) (1996). *Administración social: servicios de bienestar social*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Alemán Bracho, C. y García Serrano, M. (1999). *Fundamentos de bienestar social*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Alkin, M. (2004). *Evaluation roots: Tracing theorists' views and influences*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Alonso-Fernandez, F. (1974). *Psicología médica y social*. Madrid: Paz Montalvo.
- Allat, P. (1994). "La transmisión de privilegios: Pautas y rutinas en la vida familiar". En G. Musitu y P. Allat (Eds.), *Psicosociología de la familia*, 167-184. Valencia: Albatros.

- Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- Amir, Y. (1969). "Contact hypothesis in ethnic relation". *Psychological Bulletin*, 71, 319-342.
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *El acogimiento familiar*. Madrid: Alianza.
- Amorós, P.; Palacios, J.; Fuentes, N.; León, E. y Mesas, A. (2003). *Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa. (Edición electrónica: www.estudios.lacaixa.es).
- Anandalakshmy, S. (1995). "Socialization for competence". En J.W. Berry y W.J. Lonner (Eds.), *Applied cross-cultural psychology*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Anderson, M.B. y Woodrow, P.J. (1988). *Development Strategies in Times of Disaster*. Portland: Book News.
- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: American's Perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- Anguera, M.T. (1989). "Innovaciones en la Metodología de la Evaluación de Programas". *Anales de Psicología*, 5, 13-42.
- Anguera (1995). "Diseños". En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*, 149-172. Madrid: Síntesis.
- Anuario Estadístico de Extranjería (2005). Madrid: Ministerio del Interior.
- A.P.A. (2003). *Psychological Treatment of Ethnic Minority Populations*. Washington: American Psychological Association.
- Aragó, J.M. (1986). "Aspectos Psicosociales de la Senectud". En M. Carretero, J. Palacios y A. Marchesi (Eds.), *Psicología Evolutiva (Vol. III): Adolescencia, madurez y senectud*, 289-325. Madrid: Alianza Editorial.
- Arango, G.; Agudelo, A. y Musitu, G. (1994). "La problemática del niño de la calle". En G. Musitu (Dir.), *Intervención Comunitaria*, 43-52. Valencia: Set i Set Edic.
- Aranguren, L.A. (1998). "Mayores y voluntariado". *Documentación Social*, 112, 255-268.
- Assanangkornchai, S. (2004). "The flooding of Hat Yai: Predictors of adverse emotional responses to a natural disaster". *Stress-and-Health: Journal-of-the-International-Society-for-the-Investigation-of-Stress*, 20, 81-89.
- Balcázar, F.E. (2003). "La Investigación-acción participativa en la psicología comunitaria: Principios y retos". *Apuntes de Psicología*, 21, (3), 419-435.
- Balcázar, F.E.; Keys, C.B.; Kaplan, D.L. y Suárez-Balcázar, Y. (1998). "Participatory Action Research and people with disabilities: Principles and challenges". *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12, 105-112.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1973). "La normalización como objetivo en las actividades de la vida diaria". *Boletín de Estudios y Documentación del Inerser*, 15, 1979, 31-39.

- Barak, M.; Nissly, J. y Levin, A. (2001). "Antecedents to retention and turnover among Child Welfare, Social Work, and other Human Service employees: What can we learn from the past research? A review and metanalysis". *The Social Service Review*, 75 (4), 625-661.
- Barbero García, J.M. y Cortés Izquierdo, F. (2005). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bamett, O.W.; Miller-Perrin, C.L. y Perrin, R.D. (1997). *Family violence across the lifespan. An introduction*. Thousand Oaks: Sage.
- Barriga, S. (1983). *Psicología del grupo y cambio social*. Barcelona: Hora.
- Barriga, S. (1984). "La Psicología Comunitaria: un reto". *Apuntes de Psicología*, 9, 6-8.
- Barriga, S. (1984). "El compromiso político del Psicólogo Social". *Apuntes de Psicología*, 10, 9-13.
- Barriga, S. (1987). "La intervención introducción teórica". En S. Barriga; J.M. León Rubio y M. Martínez, *Intervención Psicosocial*. Barcelona: Hora.
- Barriga, S. (1988). "Marco sociopolítico: estructuras y funciones" (coautor). En A. Martín y otros, *Psicología Comunitaria*, 333-351.
- Barriga, S. (1988). "Prevención y promoción en Psicología Comunitaria" (coautor). En A. Manin y otros, *Psicología Comunitaria*, 55-66. Madrid: Visor.
- Barriga, S. (1989). *Salud y Comunidad: reflexiones psicosociales*. Publicaciones Diputación Sevilla.
- Barriga, S. (1990). "Intervención social y evaluación de programas: implicaciones sociopolíticas". *Revista de Psicología Social*, 5 (2-3), 267-280.
- Barriga, S. (1992). "La salud ¿para qué?: elementos de Psicología Social en la Promoción de la Salud". *Revista de Psicología de la Salud*, vol. 4, 1, 3-20.
- Barriga, S. (1992). "El rol del Psicólogo en los Servicios Sociales". *Revista de Psicología Social Aplicada*, vol. 1, 2-3, 101-112.
- Barriga, S. (1993). *Ante la Nueva Europa*. (Con Serge Moscovici). Sevilla/Madrid: Eudema.
- Barriga, S. (1993). "El individuo en la sociedad del siglo XXI: reflexiones sociopolíticas". *Psicothema*, monográfico sobre la Psicología Social en España, septiembre, 31-43.
- Barriga, S. (1993). "Innovaciones de la Psicología Social Europea: en la escuela de Serge Moscovici". *Interacción Social*, 3, 47-94. Universidad Complutense de Madrid.
- Barriga, S. (1993). "La Psicología en los Servicios Sociales: realidad y perspectiva de futuro". *Intervención Psicosocial*, vol II, 4, 5-29.
- Barriga, S. (2000) (con otros). *Política social desde Andalucía: del estado de bienestar a la sociedad de bienestar*. Sevilla: UNyCO.
- Barriga, S. (2001) (con León, J.M. y otros). *Evaluación de las organizaciones sociales en Andalucía*. Sevilla: Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla.

- Barriga, S. (2001). "Intervención psicosocial en el nuevo milenio". En A. Fernández, y G. Musitu, *Intervención psicosocial*, 39-61. Universidad de Vigo.
- Barriga, S. (2001) (con León, J.M y otros). *Televisión e intervención social*. Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla.
- Barriga, S. (2003). "Valores en la vida socio-política: entre el cinismo y la esperanza". *Anduli: Revisto Andaluza de Ciencias Sociales*, 2, 45-58.
- Barriga, S. (2004 texto de 2002) (con Carrasco, A.M.). "El consumo de alcohol en los adolescentes: Apoyo parental y relación con los iguales". *Rev. de Psicología de la Salud*, vol. 14, 105-130.
- Barriga, S. (2004) (con León, J. M y otros). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC.
- Barriga, S. (2005). "El trabajo como vía prioritaria contra la exclusión social". Tendencias en *Exclusión social y políticas de solidaridad*. Octavo Foro sobre tendencias sociales. Madrid: Editorial Sistema.
- Barriga, S. y Trujillo, I. (2003). "Prostitución: ¿libertad y esclavitud?". *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 3, 95-111.
- Barriga, S. y Trujillo, I. (2004). "Los servicios sociosanitarios en la Sociedad de Bienestar". *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 4, 11-30.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social*. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. (2003). "Redes sociales, comparación social y enfermedad crónica". *Jano*, 65, 1482, 58-61.
- Barrón, A.; Lozano, P. y Chacón, F. (1988). "Apoyo social y Autoayuda". En A. Martín; F. Chacón y M. Martínez, *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Bayés, R. (1977). *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Editorial Fontanella.
- Bazo, M.T. (1989). "Personas ancianas: salud y soledad". REIS, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 47, 193-223.
- Beckhard, R. y Harris, R. (1988). *Transiciones Organizacionales*. Administración del Cambio. Delaware: Wilmington.
- Beeman, S.K.; Kim, H. y Bullerick, S.K. (2000). "Factors affecting placement of children in kinship and non kinship foster care". *Children and Youth Services Review*, 22 (1), 37-54.
- Benight, C.C. (1999). "Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: A causal model analysis where the environment meets the mind". *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 12, 107-126.
- Berkman, L.F. (1995). "The role of social relations in health promotion". *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Bernedo, I.M. (2004). *Adolescentes acogidos por sus abuelos: relaciones familiares y problemas de conducta*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

- Berrick, J.D. (1998). "When children cannot remain home: foster family care and kinship care. The future of children". *Protecting Children from Abuse and Neglect*, 8 (1), 72-87.
- Berry, J.W. (2001). "A Psychology of immigration". *Journal of Social Issues*, 57 (3), 615-631.
- Bertalanffy, L.V. (1976). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.
- Bicknian, L. (1990). *Advances in Program Theory*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Birquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. Barcelona: Ediciones Ceac.
- Blanco, A. (1985). "La calidad de vida: supuestos psicosociales". En Morales; Blanco; Huici y Fernández (Eds.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blanco, A. y Chacón, F. (1985). "La evaluación de la calidad de vida". En Morales; Blanco; Huici y Fernández (Eds.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bloom, B.L. (1980). "Social and community interventions". *Annual Review of Psychology*, 1, 1, 8-11.
- Boneva, B.S. y Frieze, I.H. (2001). "Toward a concept of a migrant personality". *Journal of Social Issues*, 57 (3), 477-491.
- Bourhis, R.Y.; Peralta, S. y Moise, L.C. (1993). "Dominant and subordinate group relations within unstable and illegitimate intergroup structures". *Canadian Psychology*, 34, 442-450.
- Bowlby, J. (1950). *Maternal care and mental health*. Ginebra. W.H.O., 1951 (Trad.: *Los cuidados maternos y la salud mental*. Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones Científicas, 14. Washington, 1954).
- Bradbury, H. y Reason, P. (2001). "Conclusion: Broadening the bandwidth of validity: Issues and choice-points for improving the quality of action research". En P. Reason y H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*. Londres: Sage.
- Bradshaw, J. (1972). "The concept of social need". *New Society*, 30, 640-643.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2001). "Evaluación de la integración social en acogimiento residencial". *Psicothema*, 13, 2, 197-204.
- Brickman, P. (1987). *Commitment, Conflict, and Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Briere, J. (2000). "Prevalence, characteristics and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population". *Journal of Traumatic Stress*, 13, 661-679.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Brown, S.; Cohon, D. y Wheeler, R. (2002). "African American extended families and kinship care: how relevant is the foster care model for kinship care?". *Children and Youth Services Review*, 24 (1/2), 53-77.
- Brunet, I. (2002). "Catástrofes, asistencia psicológica y organización ambiental". *Ciradernos de Crisis*, 1, 1, 9-16.
- Bueno Abad, R. (1988). *Servicios sociales. Planificación y organización*. Valencia: Mestral.
- Bulmer, M. (1987). *The Social Basis of community care*. London: Allen & Unwin.
- Bulut, S. (2004). "Factor Structure of Posttraumatic Stress Disorder in Children Experienced Natural Disaster". *Psychologia: An International Journal of Psychology-in-the-Orient*, 47, 158-168.
- Burke, R. y Richardsen, A. (1993). "Psychological burnout in organizations. En R. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational consultation*, 263-298. New York: Marcel Dekker.
- Cá, K. y Wainer, A. (1994). *Grupos de aritogestión*. Buenos Aires: Era Reciente.
- Cachón, L. (2003). "La inmigración en España: los desafíos de la construcción de una nueva sociedad". *Revista Migraciones*, 14, 219-304.
- Campbell, A. (1976). "Subjective measure of well-being". *American Psychologist*, Febr., 117-124.
- Campbell, A. y Converse, P.E. (1970). *Monitoritig the quality of life*. Anno Arbor. Survey Research Center.
- Campbell, A.; Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, M.K.; Meier, A.; Carr, C.; Enga, Z.; James, A.S.; Reedy, J. y Zheng, B. (2001). "Health behavior changes after colon cancer: A comparison of findings from face to face and on line focus groups". *Family Community Health*, 24, 3, 88-103.
- Canto, J.M. (1998). *Psicología de los Grupos*. Málaga: Aljibe.
- Canto, J.M. (2000). *Dinámica de Grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Málaga: Aljibe.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Basic Books.
- Caputo, R.K. (2001). "Grandparents and coresident grandchildren in a youth cohort". *Journal of Family Issues*, 22 (5), 541-556.
- Cartwright, D. y Zander, A. (1971). *Dinámica de grupos*. México: Trillas.
- Casado, D. (Dir.); Alonso Seco, J.M^a y al. (2004). *Respuestas a la Dependencia*. Madrid: Editorial CCS.
- Casado, J.M. y Lavin, A. (1999). "Los Recursos Humanos en el Tercer Milenio". *Capital Humano*, 118, 13-22.

- Casas, F. (1988). "Las instituciones residenciales para la atención de chicos y chicas en dificultades socio-familiares: apuntes para una discusión". *Menores*, 10, julio-agosto 1988, 37-50.
- Casas, F. (1989). *Técnicas de investigación social: Los indicadores sociales y psicossociales*. Barcelona. PPU.
- Casas, F. (1993). "Instituciones residenciales: ¿hacia dónde?". *III Congreso estatal sobre infancia maltratada*, 29-48. Asociación Madrileña para la Prevención de los malos tratos en la infancia (Ed.), Madrid, 15-17 noviembre 1993.
- Casas, F. (1996). *Bienestar social: Una introducción psicossociológica*. Barcelona. PPU.
- Casas, F. (2004). "De afrontar problemas sociales a promover la calidad de vida". *Revista de Historia de la Psicología*, 25, 4, 305-322.
- Cassel, J. (1976). "The conhibition of the social environment to host resistance". *American Journal of Epidemiology*, 104, 2, 107-123.
- Castellón, A.; Rubio, R. y Aleixandre, M. (1999). "Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34 (4), 225-229.
- CERMI (2004). *La protección de las situaciones de dependencia en España: una alternativa para la atención de las personas en situación de dependencia desde la óptica del sector de la discapacidad*. Madrid: Comité Ejecutivo del CERMI, 12 de mayo.
- Chacon, F.; Barrón, A. y Lozano, M.P. (1989). "Evaluación de necesidades". En A. Martín; F. Chacón y M. Martínez, *Psicología Comunitaria*. Madrid: Textos Visor.
- Chacón, F. y Vecina, M.L. (2002). *Gestión del Voluntariado*. Madrid: Síntesis.
- Chambers, F. (1994). "Removing Confusion About Formative and Summative Evaluation: Purpose versus Time". *Evaluation and Program Planning*, 17, 9-12.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout: helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- CIMA (Centro Investigaciones Medio Ambiente) (1979). *Encuesta sobre la calidad de vida en España*. Madrid: Dir. Gral. Medio Ambiente. MOPU.
- Cobb, S. (1976). "Social support as a moderator of life stress". *Psychosomatic Medicine*, 38, 5, 300-314.
- Cohen, S. (1988). "Psychosocial models of the role of social support on the etiology of physical disease". *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Ashby, T. (1985). "Stress, social support and the buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, 98, 2, 310-357.
- Cohen, S. y McKay, G. (1984). "Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis". En A. Baum; E. Taylor y J.E. Singer. *Handbook of Psychology and Health*. New Jersey: Hillsdale.

- Cohen, S. y Syme, L. (1985). *Social Support and Health*. New York: Academic Press.
- Coletti, M. y Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- Colton, M. y Hellincks, W. (1995) *La atención a la infancia en la Unión Europea: guía por países sobre acogimiento familiar y atención residencial*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Comisionado para las Drogodependencias. *Mapa de Centros de Tratamiento ambulatorio de drogodependencias de Andalucía*. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Comisionado para las Drogodependencias. *Ley 4/1997 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas*. Consejería de Asuntos Sociales.
- Consejería de Asuntos Sociales (2003). *Catálogo de Centros asistenciales de los centros de Tratamiento de Andalucía. Comisionado para las Drogodependencias*. Junta de Andalucía.
- Consejería de Asuntos Sociales. *II Plan Andaluz sobre Droga y Adicciones (2002-2007)*. Junta de Andalucía
- Consejería para la Igualdad y el Bienestar social (2005). *Mapa de dispositivos de Apoyo en el tratamiento de drogodependencias en Andalucía*.
- Consejo Económico y Social de España (CES) (2004). *Informe 04/2003 sobre la situación de las personas con discapacidad en España*. Madrid: CES.
- Cook, T.D. y Shadish, W.R. (1987). "Program Evaluation. The Worldly Science". En W.R. Shadish y C.S. Reichardt (Eds.), *Evaluation Studies. Review Annual*, 12, 31-69.
- Corace, K.M. y Endler, N.S. (2003). "Psychosocial predictors of cardiac rehabilitation patient's quality of life". *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 8, 1, 1-26.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1998). "¿Cómo se puede prevenir la violencia en la pareja?". En E. Echeburúa y P. Corral, *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Cronbach, J.L.; Ambron, S.; Dornbusch, S.M.; Hess, R.D.; Hornik, R.C.; Phillips, D.C.; Walker, D.F. y Weiner, S.S. (1981). *Toward Reform of Program Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cross, T.; Bazron, B.; Dennis, K. e Isaacs, M. (1989). *Towards A Culturally Competent System of Care, Volume I*. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center, CASSP Technical Assistance Center.
- Cubeiro, J.C. (1998). "Cómo sacarle fruto a la gestión por competencias". *Training & Development Digest*, Mayo. 20-23.
- Cumming, E. y Henry, W.E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York: Basic Books, Inc.

- Cummins, R.A.; Eckersley, R.; van Pallant, J.; Vugt, J. y Misajon, R. (2003). "Developing a national index of subjective well-being: The Australian Unity Well-being Index". *Social Indicators Research*, 64, 159-190.
- Cutrona, D.E. y Russell, D.W. (1990). "Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching". En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.R. Pierce, *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.
- Dalton, J.H.; Elias, M.J. y Wandersman, A. (2001). *Community Psychology. Linking individuals and communities*. Belmont: Wadsworth.
- Dávila, M.C. (2003). *La incidencia diferencial de los factores psicosociales en distintos tipos de voluntariado*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Dávila, M.C. y Chacón, F. (2004). "Factores Psicosociales y tipo de voluntariado". *Psicothema*, 16, 4, 639-645.
- Davison, K.P.; Pennebaker, J.W. y Dickerson, S.S. (2000). "Who talks? The Social Psychology of illness support groups". *American Psychologist*, 55, 2, 205-217.
- De-Jong, J.T.V.M. (1995). *Prevention of the consequences of man-made or natural disaster at the (international, the community, the family and the individual level*, 207-227.
- Deming, W.E. (1986). *Out of Crisis*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Dohrenwend, B.S. y Dohrenwend, B.P. (1981). *Stressful life events and their contexts*. Nueva York: Prodist.
- Domínguez, C. y Vera, C. (2000). "Jubilación y Prejubilación. Un modelo de participación con prejubilados". *Acciones e Investigaciones Sociales*, 11, 113-124.
- Dracup, K. (1994). "Cardiac rehabilitation. The role of social support in recovery and compliance". En S.A. Shumaker y S.M. Czajkoeski, *Social Support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.
- Drake, B. y Yadama, G. (1996). "A structural equation model of burnout and job exit among child protective services workers". *Social work Research*, 20, 179-187.
- Driver, B.L.; Tinsley, H.E. y Manfred, M.J. (1991). "The Paragraphs about Leisure and Recreation Experience Preference Scales: Results from Two Inventories Designed to Assess the Breadth of the Perceived Psychological Benefits of Leisure". En B.L. Driver, P.J. Brown y G.L. Peterson (Eds.), *Benefits of Leisure*, 263-286. Pennsylvania: Venture Publishing.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide*. New York: Free Press.
- Edwards, W. (1982) y Newman, J.R. (1982). *Multi-attribute Evaluation*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ehrle, J. y Geen, R. (2002). "Kin and non-kin foster care. Findings from a national survey". *Children and Youth Services Review*, 24 (1/2), 15-35.

- Elias, M.J. (1987). "Establishing enduring prevention programs: Advancing the legacy of Swampscott". *American Journal of Community Psychology*, 15, 539-553.
- Ensel, W.M. y Lin, N. (1991). "The life stress paradigm and psychosocial distress". *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 321-341.
- Entrena, S. (2001). "Una nueva alternativa residencial para las personas mayores dependientes: las unidades de convivencia". En A.J. Colom y C. Orte (Coords.), *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores*, 323-329. Palma de Mallorca: Universidad de las Islas Baleares.
- Escartín Caparros, M^a.J. (1994). *Introducción al Trabajo Social*, vol I. Alicante: Aguaclara.
- Esses, V.; Dovidio, J.F.; Jackson, L.M. y Armstrong, T.L. (2001). "The immigration dilemma: The role of perceived group competition, ethnic prejudice and national identity". *Journal of Social Issues*, 57 (3), 389-412.
- Esteve, F. (2000). "Bienestar y crisis del Estado de Bienestar: elementos para una economía de la felicidad". En R. Muñoz de Bustillo (Ed.), *El Estado de Bienestar en el cambio de siglo*, 351-401.
- Esteve, R. (1994). "Evaluación de Programas: El Científico Social enfrentado al Mundo de lo Posible". En V. Cardenal; J. Corbalán; R. Esteve; V. Gradillas; P. Moreno; B. Moreno; M. Navarro; M. Ortiz-Tallo y L. Valero, *Evaluación de Programas de Reinserción Social*, 19-34. Málaga: Ediciones Gómez.
- Esteve, R. (1995). "Valoración de programas de mejora de la inteligencia". En M.D. Calero, *Evaluación y modificación de la inteligencia*, 285-323. Madrid: Pirámide.
- Esteve, R.; Godoy, A.; Rodrigucz-Naranjo, C. y Fierro, A. (1993). "Program Evaluation Use: An Empirical Study". *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 77-93.
- Eurostat (2006). Life expectancy by sex and age. Disponible [on line] http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=0,1136184,0_45572595&_dad=portal&_schema=PORTAL. [Consulta: 10 de junio de 2006]
- Fals-Borda, O.; Bonilla, V. y Castillo, G. (1972). *Causa popular. ciencia popular*. Bogotá: Publicaciones de La Rosca.
- Faris, R F y Dunham, H.W. (1939). *Mental disorder in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Faucheux, C. y Moscovici, S. (1971). *Psychologie sociale theorique et experimentale*. París: Mouton.
- Felton, B.J. y Shinn, M. (1992). "Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level". *Journal of Community Psychology*, 20, 103-115.
- Fernández del Valle, J. (1998). *Manual de programación y evaluación para los centros de protección de menores*. Salamanca: Servicio de Publicaciones de la Junta de Castilla y León.

- Fernández del Valle, J.; Álvarez-Baz, E. y Bravo, A. (2002). "Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias". *Bienestar y Protección Infantil*, 1 (I), 33-55.
- Fernández del Valle, J.; Álvarez, E. y Bravo, A. (2003). "Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia". *Infancia y Aprendizaje*, 26, 235-249.
- Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, M. y Fuentes, M.J. (2001). "Variables infantiles de riesgo en el proceso de adaptación de niños/as de adopciones especiales". *Infancia y Aprendizaje*, 95, 341-359.
- Fernández Rios, L.; Torres, M. y Díaz, L. (1992). "Apoyo social: Implicaciones para la Psicología de la Salud". En M.A. Simón, *Comportamiento y salud*, vol 1. Valencia: Promolibro.
- Filella, J. (1994). "Persona y Organización: de estructuras convencionales a formas funcionales". En L.J.M. Recio (Ed.), *Persona y Empresa*, 61-97. Barcelona: Hispano Europea.
- Fisch, R.; Wakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, M.A.: Addison-Wesley.
- Follari, R (1982). *Interdiscipliniedad*. México: UNAM.
- Foucault, M. 1989 (1975). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.
- Freudenberger, H. (1974). "Staff burn-out". *Journal of Social Issues*, (30) 1, 159-165.
- Fries, J. (1980). "Aging, natural death and the compression of morbidity". *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Froufe, S. (1998). "Aprender de mayores: La Universidad de la Experiencia". *Documentación Social*, 112, 269-281.
- Fuentes, M.J.; González, A.M.; Linero, M.J.; Barajas, C.; De la Morena, M.L.; Quintana, I.; Goicoechea, M.A. y Fernández, M. (2001). "Variables familiares que dificultan el acogimiento preadoptivo. Seguimiento y orientación familiar". *Infancia y Aprendizaje*, 94, 147-163.
- Fundación Dublin (2000). *3rd European Survey on Working Conditions in Europe*. <http://agency.osha.eu.int/publications>.
- Fundación La Caixa (1994). *Catálogo de proyectos: Convocatoria de iniciativas entre generaciones*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Funes Artiaga, J. (1996). *La incorporación social de las personas con problema de drogas*. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- Gallego Fontalva, C. (2000). "El Espacio como factor de riesgo en la exclusión social". Actas del I Congreso Andaluz de Escuelas de Trabajo Social, 1999, 423-433. Escuela Universitaria de Trabajo Social de Málaga.

- Gamboa, S. (2005). *El Síndrome Ulises*. Barcelona: Seix Barral.
- Garcés Ferrer, J. (1996). *Sistema político y administrativo de los Servicios Sociales*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- García Ferrando, M. (1994). "La encuesta". En M. García; J. Ibañez y I.S. Alvira, *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*, 147-176. Madrid: Alianza Universidad.
- García, M.A. (2001). *Los talleres de ocio y el bienestar de nuestros mayores: Análisis de la experiencia malagueña*. Málaga: Aljibe.
- García, M.A.; Hombrados, I. y Lara, F. (2001). "Un modelo estructural del proceso de actuación de los talleres de ocio sobre el bienestar de las personas mayores". Comunicación presentada en el I Congreso Internacional de Discapacidad y Envejecimiento, celebrado en Oviedo los días 28 a 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2001.
- Gelles, R.J. y Straus, M.A. (1979). "Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration". En W.R. Burr, R. Hill, F.I. Nye e I. Reiss, *Contemporary theories about the family*. Nueva York: Free Press.
- Gelles, R.J. y Straus, M.A. (1988). *Intimate violence*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Gergen, K. (1974). "Social Psychology as History". *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320.
- Geurts, S.; Schaufeli, W. y Rutte, C. (1999). "Absenteeism, turnover intention and inequity in the employment relationship". *Work and Stress*, 13 (3), 253-67.
- Gibbs, P. y Müller, U. (2000). "Kinship foster care: Moving to the mainstream controversy, policy and outcomes". *Adoption Quarterly*, 4 (2), 57-87.
- Gil, D.G. (1987). "Social sciences, human survival, development and liberation". En K. Westhues (Ed.), *Basic Principles for Social Sciences in Our Times*, 118-129. Waterloo, ON: University of St. Jerome's College Press.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glatzer, W. y Mohr, H.M. (1987). "Quality of life: Concepts and measurement". *Social Indicators Research*, 19, (1), 15-24.
- Glidveall, J. (1977). "Competence and conflict in community psychology". En I. Iscoe; B.L. Bloom y C.D. Spielberger (Eds.), *Community psychology in transition*. New York: Hemisphere.
- Goffmann, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor. (Trad.: *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu).
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (1ª edición en 1961).
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

- Goleman, D. (1999). *La práctica de la Inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.
- González, A.M.; Fuentes, M.J.; Linero, M.J.; Barajas, C.; De la Morena, M.L.; Quintana, I., Goicoechea, M.A. y Fernández, M. (2001). "Análisis de los conflictos durante el periodo de acogimiento preadoptivo. Orientaciones psicoeducativas". *Infancia y Aprendizaje*, 93, 81-93.
- González, P.; Silva, M. y Cornejo, J.M. (1996). *Equipos de trabajo efectivos*. Barcelona: EUB.
- Gorkin, L.; Follick, M.J.; Wilkin, D.L. y Niaura, R. (1994). "Social support and the progression and treatment of cardiovascular disease". En S.A. Shumaker y S.M. Czajkowski, *Social Support and Cardiovascular Disease*. New York: Plenum Press.
- Gottlieb, B.H. (1981). *Social networks and Social Support*. Beverly Hills: SAGE.
- Gottlieb, B.H. (1983). *Marshalling social support*. Newbury Park: SAGE.
- Gottlieb, B.H. (1988). "Support interventions. A typology and agenda for research". En S.W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships*. Nueva York: Wiley.
- Gottlieb, B.H. y Peters, L. (1991). "A national demographic portrait of mutual aid group participants in Canada". *American Journal of Community Psychology*, vol. 19, 5, 651-666.
- Gracia, E.; Herreo, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.
- Gracia, E.; Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Green, (2001). "From research to "best practices" in other settings and populations". *American Journal of Health Behavior*, 25 (3), 165-178.
- Greenslade, J.H. y White, K.M. (2005). "The prediction of above-average participation in volunteerism: a test of the Theory of Planned Behavior and the Volunteers Functions Inventory in older Australian adults". *The Journal of Social Psychology*, 145 (2), 155-172.
- Guba, E.G. y Lincoln, Y.S. (1994). "Competing paradigms in qualitative research". En N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, 105-117. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Heller, K.; Price, R.H.; Reinharz, S.; Riger, S. y Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change. Challenges of the future* (2ª ed.). Chicago: The Dorsey Press.
- Hernández, J.M. (1995). "Procedimientos de recogida de información en evaluación de programas". En R. Fernández Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*, 117-147. Madrid: Síntesis.
- Herman, J.L.; Morris, L.L. y Fitz-Gibbon, C.T. (1988). *Evaluator's Handbook*. California: Sage Publications.

- Herrero, J. (2004). "La perspectiva ecológica". En G. Musitu; J. Herrero; L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, 99-134. Barcelona: UOC.
- Herrero, J. (2004). "Redes sociales y apoyo social". En G. Musitu; J. Herrero; L. Cantera y M. Montenegro, *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Hess, R. (1982). "Self-help as a service delivery strategy". *Prevention in Human Services*, 1, 1-2.
- Hirsch, K. y Linn, M.W. (1977). "How being helpful helps the elderly people". *The Gerontologist*, 17, 75.
- Hobfoll, S.E. (1985). "Limitations of social support in the stress process". En I.G. Sarason y B.R. Sarason, *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Hombrados, M.I. (1996). *Introducción o la psicología comunitaria*. Málaga: Aljibe.
- Hombrados, M.I.; García, M.A. y Martimortugués, C. (2004). "Grupos de apoyo social con las personas mayores: Una propuesta metodológica de desarrollo y evaluación". *Anuario de psicología*, 35, 347-370.
- Honibrados, M.I.; García, M.A. y Moscato, G.L. (2005). "Senso di comunità e partecipazione sociale nei consigli comunali per minori". *Psicología di Comunità*, 2, 101-117.
- Hombrados, M.I.; Martimortugués, C.; Perles, F. y Gómez, L. (1993). "Efectos sobre el apoyo social de un programa educativo para jóvenes diabéticos insulino-dependientes". En J.M. León y S. Barriga (Comp), *Psicología de la salud*, 121-125. Sevilla: Eudema.
- Hombrados, M.I.; Perles, F.; Martimortugués, C y Gómez L. (1993). "Apoyo social en enfermos diabéticos: Un análisis diferencial". En J.M. León y S. Barriga (Comp), *Psicología de la salud*, 127-134. Sevilla: Eudema.
- Hombrados, M.I.; Rueda, A. y García, M.A. (2001). "Análisis cualitativo de la participación de personas mayores en grupos de autoayuda. Efectos de la intervención". Comunicación presentada en el *I Congreso Internacional de Discapacidad y Envejecimiento*, celebrado en Oviedo los días 28 a 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2001.
- Hombrados, M.I. y García, M.A. (2003). "Efectos de los grupos de apoyo social sobre la soledad, el apoyo social y la calidad de vida de las personas mayores". *Revista de psicología social aplicada*, 13, 55-72.
- Hombrados, M.I. y Gómez, L. (2001). "Potenciación en la intervención comunitaria". *Intervención Social*, 10, 1, 55-69.
- Inglehart, A.L. (1994). "Kinship foster care: Placement, service, and outcome issues". *Children and Youth Services Review*, 16 (1/2), 107-122.
- IMSERSO (1998). *Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- IMSERSO (2003). *Informe sobre la Atención Social y Sanitaria a las personas con graves discapacidades*. Madrid.
- IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO/FEMP (1997). *Teleasistencia domiciliaria. Evaluación del programa*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Inglehart, R. (1977). *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1990). *Culture Shift. In Advanced Industrial Societies*. Princeton: Princeton University Press.
- Informe del Defensor del Pueblo (2000). *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos anexos*.
- INSS (2004). *Informe estadístico 2003 del INSS*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (2002). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999*. Madrid: INE.
- Iscove, I. (1974). "Community Psychology and the competent community". *American Psychologist*, 29, 607-613.
- Izal, M.; Montorio, I. y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda: guía para cuidadores y familiares*. Madrid: IMSERSO.
- Izal, M.; Montorio, I.; Márquez, M.; Losada, A. y Alonso, M. (2001). "Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud". *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 23-39.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jantschen (1980). "Hacia la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad en la enseñanza". *Revista de la educación superior*, 34.
- Jerusalem, M. y Kleine, D. (1991). "Anxiety in east german migrants: prospective effects of resources in a critical life transition". *Anxiety Research*, 4, 15-25.
- Jiménez, A. y Huete, A. (2003). Las discapacidades en España. Datos Estadísticos. *Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Jiménez, F. (1996). "Orígenes y evolución de los Centros de Día con dedicación Psicogeriátrica". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 31 (1), 3-10.
- Juran L.M. (1989). "The coming of the new organization". *Revista Harvard Business Review*. EE UU.
- Kaiser, C. (1996). "A conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and psychological distress". *Journal-of-Social-Behavior-and-Personality*, 11, 459-476.
- Kaplan, R.M. y Toshima, M.T. (1990). "The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disabilities". En B.R. Sarason; I.G. Sarason y G.P. Pierce, *Social support: An interactional view*. New York: Wiley.

- Kauffman, R. y English, F.W. (1979). *Needs assesment concepts and application*. Englewood Cliffs, Educatioiial Technology Publications.
- Katz, A.H. (1993). *Self-Help in America: A social movement perspective*. New York: Twayne.
- Katz, A. y Bender, E. (1976). "Self help and mutual aid. An emerging social movement?". *Annual Review of Sociology*, 7, 129-155.
- Katzenbach, Z. y Smith, D.K. (1998). *Equipos de alta gerencia*. Barcelona: Norma.
- Keefer, B. y Shooler, J.E. (2000). "Kinship foster care and adoption: Telling the truth when it's 'all in the family'". En B. Keefer y J.E. Shooler (Eds.), *Telling the Truth to Your Adopted or Foster Child. Making sense of the Past*. London: Bergin and Garvey.
- Keeney, R.L. y Raiffa, H. (1976). *Decisions with multiples objectives: Preferences and value tradeoff*. New York: John Wiley.
- Kelly, C. y Breinlinger, S. (1996). *The Social Psychology of Collective Action*. Taylor Francis.
- Kelly et al. (2003) Kelly, J.G. (2003). "Science and Community Psychology: Social Norms for Pluralistic Inquiry". *American Journal of Community Psychology*, 31 (3-4), 213-219.
- Kelly, J.G. (1977). "Social and community interventions". *Annual Review Psychology*, 28, 23-361.
- Kenardy, J.A. (1996). "Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster". *Journal-of-Traumatic-Stress*, 9, 37-49.
- Kieffer, C. (1984). "Citizen empowerment: a developmental perspective". En J. Rappaport, C. Swift y R. Hess, *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. Binghamton: The Haworth Press.
- Klemm, P y Hardie, T. (2002). "Depression in internet and face to face cancer support groups: A pilot study". *ONF E-45-E51*, 29, 4, 45-51.
- Knitzer, J. (1980). "Advocacy and the community". En M.S. Gibss; J.R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.), *Community Psychology*. New York: Gardner Press.
- Kobayashi, M. (2000). *Natural disaster and restoration housings: Role of physical and interpersonal environment in making a critical transition to a new environment*, 39-49.
- Kohn, R. (2005). "Prevalence, risk factors and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country". *International-Journal-of-Geriatric-Psychiatry*, 20, 835-841.
- Kokai, M. (2004). "Natural disaster and mental health in Asia". *Psychiatry-and-Clinical-Neurosciences*, 58, 110-116.
- Kolomer, S. (2000). "Kinship foster care and its impact on grandmother caregivers". *Journal of Gerontological Social Work*, 33 (3), 85-102.
- Kotler, P. (1982). *Marketing for nonprofit organizations*. Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall.

- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra: O.M.S.
- Lammers, J. (1991). "Attitudes, motives and demographic predictors of volunteer commitment and service duration". *Journal of Social Service Research*, 14 (3-4), 125-140.
- Land, K.C y Spilerman, S. (1975). *Social indicator models*. Nueva York: Sage.
- Lappe, F.M. y Dubois, P.M. (1994). *The quickening of America: Rebuilding our nation, remaking our lives*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. Publishers.
- Lawton, M.P. (1983). "Environment and other determinants of well-being in older people". *The Gerontologist*, 23, 4, 349-357.
- Lee, O. (1999). "Science knowledge, world views, and information sources in social and cultural contexts: Making sense after a natural disaster". *American-Educational-Research-Journal*, 36, 187-219.
- León, O.G. (1994). *Análisis de Decisiones*. Madrid: McGraw Hill.
- Levine, M. y Perkins, D. (1987). *Principles of community psychology, perspectives and applications*. Nueva York: Oxford University Press.
- Levy, L.H. (1984). "Issues in research and evaluation". En A. Gartner, y F. Riessman (Eds.), *The self-help revolution*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Lewin, K. (1946). "Action research and minority problems". *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.
- Lewin, K. (1970). *Teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Libro Blanco del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (diciembre 2004). *Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*. En http://www.seg-social.es/imserso/mayores/may_libroblanco.htm
- Liebman, M.A. (1989). "Mutual-aid groups: An underutilized resource among the elderly". En T.J. Powell (Ed.), *Annual Review of geriatrics and gerontology*. Nueva York: Springer.
- Lin, N. y Ensel, W. (1989). "Life stress and health: stressors and resources". *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Lin, N.; Woelfel, M.W. y Ligth, S.C. (1985). "The buffering effect of social support subsequent to an important life event". *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 3, 247-263.
- López Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Vol. 1 y 2. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, F. y Ortiz, M.J. (1999). "El desarrollo del apego durante la infancia". En F. López, I. Etxebarria, M.J. Fuentes y M.J. Ortiz (Eds.), *Desarrollo afectivo y social*, 41-65. Madrid: Alianza.
- Lorenzo, R. De (2003). *El futuro de las personas con discapacidad en el mundo. Desarrollo humano y discapacidad*. Madrid: Ediciones del Umbral.

- Lumbreras, H.; Fuentes, M.J. y Bernedo, I.M. (En prensa). "Perfil descriptivo de los acogimientos con familia extensa de la Provincia de Málaga". *Revista de Psicología Social Aplicada*.
- Magennis, R. (2005). *Factors associated with burnout among social service workers*. Dissertation. Kansas City: University of Missouri.
- Malagón Bernal, J.M. (1999). *Fundamentos del trabajo social comunitario: bases teóricas y metodológicas para la intervención comunitaria*. Sevilla: Aconcagua Libros.
- Maluccio, A.N.; Fein, E. y Olmstead, A.K. (1986). *Permanency planning for children: Concepts and methods*. New York: Tavistock Publications.
- Manzini, E. (1996). "La calidad del hábitat social". *Experimenta*, 13-14. Madrid: Experimenta Sociedad Limitada.
- Marchand, H. y Meulenbergs, W. (1999). "Working with family complexy-supporting the network". En R. Greff (Ed.), *Fostering Kinship. An International Perspective on Kinship Foster Care*, 99-112. London: Ashgate Publishing Limited.
- Marlatt A. y Gordons, J. (1985). *Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Martin, A. (Ed.) (1998). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Síntesis.
- Martin, A. y otros (Eds.) (1988). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Editorial Visor.
- Martin-Baró, I. (1986). "Hacia una psicología de la liberación". *Boletín de Psicología*, 22, 219-231. Universidad Centroamericana.
- Martin Beristáin, C. y Doná, G. (1997). *Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Martinez, M.F.; Garcia, M. y Maya, I. (2001). "El efecto buffer del apoyo social sobre la depresión en la población inmigrante". *Psicothema*, 13, 605-610.
- Martinez, M.F.; Garcia, M. y Martinez, J. (2005). "Informe Final de Evaluación del Programa Equal-Arena". Sevilla: Junta de Andalucía.
- Martinez, M.F.; Garcia, M. y Mendoza, I. (1992). "Consideraciones sobre el abordaje psicosocial de la vejez". *Apuntes de Psicología*, 34, 83-90.
- Martinez, M.F.; Villalba, C. y Garcia, M. (2001). "Programas de respiro para cuidadores familiares". *Intervención Psicosocial*, 10 (1), 7-22.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory: Manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Leiter, M.P. (1997). *The Truth about Burnout. How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco: Josey-Bass Publishers.
- Maslach, C.; Jackson, S. y Leiter, M. (1996). *MBI Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C.; Schaufeli, W.B. y Leiter, M. (2001). "Job Burnout". *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Maya Jariego, I. (1996). "Determinantes de la participación y tipología organizacional de los grupos de ayuda mutua". *Intervención psicosocial*, vol. V, 15, 43-59.
- Mayer, J. y Salovey, P. (1997). "What is Emotional Intelligence?". En P. Salovey y D. Sluyther (Eds.), *Emotional development and emocional intelligence*, 3-31. Nueva York: Basic Books.
- Mc Clelland, D.C. (1973). "Testing for competence rather than for intelligence". *American Psychologist*, 17, 239-260.
- McCubbin, H. y Thompson, A. (1987). "Family stress theory and assessment: The T-Double ABCX Model of Family Adjustment and Adaptation". En H. McCubbin y A. Thompson (Eds.), *Family assessment for research and practice*. Madison: University of Wisconsin, Madison.
- McCubbin, H.; Patterson, J. y Lavee, Y. (1983). *One thousand army families: Strengths, coping and supports*. St Paul, Minnesota: University of Minnesota Press.
- McGregor, D. (1960). *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill.
- McKillip, J. (1989). *Need analysis. Tools for the human services and education*. London: Sage.
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Meil, G. (2000). "Cambio familiar y solidaridad familiar en España". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 26, 129-154.
- Melvin, J. y Munger, M. (2003). *Teorías analíticas de la política*. Madrid: Gedisa.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Eds.) (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. Nueva York: Guilford Press.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (Comps.) (1999). *Entrevista motivacional*. Ed. Paidós.
- Ministerio de Justicia (1984). *La Obra de Protección de Menores*. Departamento de Publicaciones del Consejo Superior de Protección de Menores. Madrid.
- Moix, M. (1980). *El bienestar social: ¿mito o realidad?* Madrid: Almena.
- Molinero, S. (1997). "Fragilidad en la esfera social". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32 (monográfico 1), 21-25.
- Monereo, C. (1985). "Un análisis crítico de los conceptos vinculados a la integración escolar". *Siglo Cero*, 101, set-oct.
- Monroe, S.M. (1983). "Social support and disorder: Toward an untangling of cause and effect". *American Journal of Community Psychology*, 11, 1, 81-97.
- Montenegro (2004). "Identities, subjectification, and subject positions". *International Journal of Critical Psychology*, 9.
- Montero, M. (1994). "Entre el asistencialismo y la autogestión: la psicología comunitaria en la encrucijada". *Intervención Psicosocial*, 7.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria (La tensión entre comunidad y sociedad)*. Buenos Aires: Paidós.

- Montero, M. (2004). "El fortalecimiento de la comunidad, sus dificultades y alcances". *Intervención Psicosocial*, 13, 1, 5-19.
- Montero, M. (2006). *Hacer pura transformar*. Barcelona: Paidós.
- Montraveta, I. (1995). "Apuntes sobre un estudio de las relaciones entre generaciones". *Infancia y Sociedad*, 29, 147-164.
- Moragas, R. (2000). "Preparación para la jubilación". En R. Fernández-Ballesteros (Dir.) *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Morán, E. (1999). "Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas". En G. Rodríguez (Coord.), *La Protección Social de la Dependencia*, 111-161. Madrid: IMSERSO-Secretaría General de Asuntos Sociales.
- Moreno Jiménez, M.P. (1998). "Actitudes del personal penitenciario hacia la intervención e inserción de los reclusos". *Apuntes de Psicología*, 16, 323-332.
- Moreno Jiménez, M.P. (1999). "Situación de internamiento versus situación de libertad: diferencias en algunas variables en presos drogodependientes". *Adicciones*, 11, 23-31.
- Moreno Jiménez, M.P. (1999b). "Intervención psicosocial con personas drogodependientes en un contexto Penitenciario. Descripción y resultados de un programa". *Intervención Psicosocial*, 8, 233-250.
- Morris, L.L.; Fitz-Gibbon, C.T. y Freeman, M.E. (1988). *How to Communicate Evaluation Findings*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Morrissey, E. y Wandersman, A. (1995). "Total Quality Management in health care settings: A preliminary framework for successful implementation". En P.R. Keys y L.H. Ginsberg (Eds.), *Neiv Managment in Human Services*, 2nd Ed., Silver Spring, MD: National Association of Social Workers, Inc.
- Mowday, R.T.; Steers, R.M. y Porter, L.W. (1979). "The measurement of organizational commitment". *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Mrazek, P.J. y Haggerty, R.J. (Eds.) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.
- Musitu, G. (2004). "Surgimiento y desarrollo de la Psicología comunitaria". En G. Musitu; J. Herrero; L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la Psicología Comunitaria*, 17-42. Barcelona: UOC.
- Musitu, G.; Buelga, S.; Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y Adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G.; García, F. y Gutiérrez, M. (1991). *AFA. Autoconcepto Forma-A*. Madrid: TEA.
- Musitu, G.; Román, J.M. y Gracia, E. (1988). *Familia y Edtrcación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Labor.
- Musitu, G. y Gutiérrez, M. (1984). *Disciplina familiar: rendimiento y autoestima*, Actas Jornadas Nacionales de Orientación Profesional.

- Musitu, G. y Herrero, J. (1994). "La familia: Formas y funciones". En G. Musitu y P. Allatt (Eds.): *Psicosociología de la Familia*. Valencia: Albatros.
- Musitu, G. y Lila, M.S. (1993). "Estilos de socialización familiar y formas familiares". *Intervención Psicosocial*, 6, 77-88.
- Najarian, L.M. (2001). "The effect of relocation after a natural disaster". *Journal-of-Traumatic-Stress*, 14, 511-526.
- Navas, M.; Pumares, P.; Rojas, A.; Fernández, J.S.; Sánchez, J. y Garcia, M.C. (2002). "Estrategias y actitudes de aculturación de la población autóctona hacia dos grupos de inmigrantes". En L. Serra (Coord.), *Inmigración Extranjera en Andalucía*, 133-147. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Nelson, G. y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology. In pursuit of liberation and wellbeing*. New York: Palgrave McMillan.
- Neugarten, B.; Havighurst R. y Tobin. S. (1961). "The measurement of life satisfaction". *Journal of Gerontology*, 16, 134-143.
- Nichols, M.P. y Schwartz, R.C. (2001). *The essentials of family therapy*. Boston, Ma: Pearson.
- Nieckerns, J.M.; Purga, A.J. y Noriega, P.P. (1980). *Research methods for needs assessment*. Washington, DC: University Press of America.
- Nirenberg, J. (1993). *The living organizations: transforming teams into workplace communities*. Homewood, Illinois: Business One Irwin.
- Nirje, B. (1969). "The normalization principle and its human management implications". En R. Kugel, y W. Wolfensberger (Eds.), *Changing patterns in residential services for mentally retarded*. Washington, D.C.: - U.S. Government Printing Office.
- Nokes, K.; Chew, L.; y Altman, C. (2003). "Using a telephone support group for HIV positive persons aged 50+ to increase social support and health related knowledge". *Aids patient care*, 17, 7, 345-351.
- Observatorio de Personas Mayores (2005). *Informe 200.1 Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Ogburn, W.F. (1922). *Social Change*. New York: Dell, 1964.
- Ohlin, L. y Tonry, M. (1989). *Family violence in perspective*. En L. Ohlin y M. Tonry, *Violence in marriage*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ojeda, M. y Gómez, M. (1994). "La formación de equipos de trabajo. El trabajo en equipo". *Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales*. Gran Canarias: ICEPSS.
- Okun, M.A. y Sloane, E.S. (2002). "Application of planned behavior theory to predicting volunteer enrollment by college students in a campus-based program". *Social Behavior and Personality*, 30 (3), 243-250.
- Olson, D.H. (1991). "Commentary: Three-dimensional (3-D) circumplex model and revised scoring of FACES III". *Family Process*, 30, 74-79.
- Olson, D.H.; McCubbin, H. y Barnes, H. (1983). *Families what makes them work*. Beverly Hills: Sage.

- Olson, D.H.; Sprenkle, D. y Russell, C. (1979). "Circumplex model of marital and family systems I: Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications". *Family Process*, 18, 3-28.
- Omoto, A.M. y Snyder, M. (1995). "Sustained helping without obligation: motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers". *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 671-686.
- O.M.S. (2006). *Envejecimiento activo: Un marco político*. Disponible [on line] <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>. [Consulta: 11 de junio de 2006].
- ONU (2002). *International Migration Report*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. United Nations.
- Orth Gomer, K. (1994). "International epidemiological evidence for a relationship between social support and cardiovascular disease". En S.A. Shumaker y S.M. Czajkoeski, *Social Support and cardiovascular disease*. New York: Plenum Press.
- Palom, F.J. y Tort, L. (1991). *Management en organizaciones al servicio del progreso humano*. Madrid. Espasa-Calpe.
- Pattison, E.M.; De Francisco, D.; Wood, P.; Frazier, H.; y Crowder, J. (1975). "A psychosocial kinship model for family therapy". *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246-1251.
- Pearlin, L.I. (1985). "Social structures on processes of social support". En S. Cohen y L. Syme. *Social support and Health*. New York: Academic Press.
- Pecora, J.; Whittaker, J.; Maluccio, A. y Barth, R. (2000). "Family reunification". *The Child Welfare Challenge: policy, practice and research*. New York: Aldine de Gruyter.
- Pérez, M. y Palau, N. (1995). "Programas y servicios comunitarios de atención: Viabilidad del lema 'envejecer en casa'". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30 (3), 153-156.
- Pettigrew, T.F. y Meertens, R.W. (1995). "Subtle and blatant prejudice in Western Europe". *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pereda, S. y Berrocal, F. (2001). *Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces.
- Pérez-Campanero, M.P. (1991). "Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa". Madrid: Narcea.
- Pérez-Díaz, V. y López Novo, J. (2003). *El tercer sector social en España*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Phillips, S.L. y Fischer, C.S. (1981). "Measuring social support networks in general populations". En B.S. Dohrenwend y B.P. Dohrenwend, *Stressful life events and their contexts*. New, York: Rutgers University Press.
- Piqueras, R. y Rodríguez Morejón, A. (1997). "Orientación profesional centrada en soluciones". *Intervención Psicosocial*, 6, 317-338.

- Piliavin, J.A. y Callero, P.L. (1991). *Giving Blood: The development of an altruistic Identity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pitzele, M.S. (1975). "Preparación de Pre-Jubilación: Experiencia americana". *Boletín Informativo del SAP*, 30, 2-11.
- Poole, D.L.; Dubai, D. y Wofford, B. (2006). "Concept mapping key elements and performance measures in a state nursing home-to-community transition project". *Evaluation and Program Planning*, 29, 10-22.
- Porcel, A. (1985). "Interdisciplinar, multidisciplinar, interprofesional, multiprofesional". *RTS*, 97.
- Porcel, A. (1992). "La supervisión en los servicios sociales". *RTS*, 25.
- Price, R.H. (1989). "Bearing witness". *American Journal of Community Psychology*, 17, 151-167.
- Price, R.H.; Friendland, D.S.; Choi, J.N. y Capian, R.D. (1998). "Job loss and work transitions in a time of global economic change". En X.B. Arriaga y S. Oskamp (Eds.), *Addressing community problems: Research and intervention*, 195-222. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prilleltensky, I. y Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. Nueva York: Palgrave MacMillan.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). "Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas". En Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Ediciones de Neurociencias, Citrán, FISP.
- Puertas, E. (1997). "Psicología, instituciones y catástrofes". *Papeles del Psicólogo*, 68, 15-19.
- Quejeto, M. (2004). *Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Rabin, S.; Saffer, M.; Weisberg, E.; Kornitzer-Enav, T.; Peled, I. y Ribak, J. (2000). "A multifaceted mental health training program in reducing burnout among occupational social workers". *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 37 (1), 12-19.
- Ramírez de Mingo, I. (1992). *El trabajo social en los servicios de la salud mental*. Madrid: EUEDEMA.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: values, research and action*. New York: Holt Rinehart and Wilson.
- Rappaport, J. y Seidman, E. (Eds.) (2000). *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer/Plenum Publishers.
- Real Patronato sobre Discapacidad (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid.

- Reinharz, S. (1994). "Toward an ethnography of 'voice' and 'silence'". En E. Trieket, R. Watts y D. Birman (Eds.), *Human diversity: Perspective on people in context*, 178-200. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Riessman, F. (1995). *Redefining Self-Help, Police and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ríos, J.C. (2005). *Mediación penitenciaria: reducir violencias en el sistema penitenciario*. Colex. Editorial Constitución y Leyes, S.A.
- Ríos, J.C. y Cabrera, P.J. (1998). "La cárcel: descripción de una realidad". *Cáritas. suplemento n° 243*.
- Robinson, J.D. y Turner, J. (2003). "Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal social support: Cancer and older adults". *Health Communication*, 15, 2, 227-234.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis, S. A.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2004). *Política social para la atención a las personas mayores*. Granada: Fundación Iberoamericana de Formación.
- Rodríguez Cabrero, G. (2004). *Protección Social de la Dependencia en España*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, P.; Aguado, A.L. y Carpintero, A. (2003). *Discapacidad y Envejecimiento*. Madrid: Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE.
- Rubio, M.J. y Varas, J. (1997). *El análisis de la realidad en la intervención social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Ed. CCS.
- Rubio, R. y Aleixandre, M. (1997). "Prevención del aislamiento social en personas mayores". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 32 (monográfico 2), 51-57.
- Rueda, J.M.¹. (1985). "El abordaje interdisciplinar de los problemas sociales". *RTS*, 97.
- Rutter, M. (1990). "Psychological resilience and protective mechanisms". En J. Rolf et al. (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge Univ.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). "On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being". *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Salanova, M.; Schaufeli, W.; Llorens, S.; Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). "Desde el "Burnout" al "Engagement": ¿una nueva perspectiva?". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Salvador, L.; Romero, C. y Poole, M. (2004). *Escala para la descripción estandarizada de servicios para personas con discapacidad en España: origen, desarrollo y aplicaciones. Manual y mapa de servicios*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

- Sancho, M. y Rodríguez, P. (2001). "Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de Historia y una mirada hacia el futuro". *Intervención Psicosocial*, 10 (3), 259-275.
- San Juan, C. (2001). *Catástrofes y Ayuda de Emergencia*. Barcelona: Icaria.
- Sánchez, A. (1988). *Psicología Comunitaria: bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
- Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Sánchez, A. (1999). *Ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez Vidal, A. (1995). "Intervención comunitaria, calidad de vida y política social". En V.V.A.A.: *Avances en política social (jornadas internacionales de política social y calidad de vida. La Unión Europea y el bienestar social*. Diputación provincial de Granada. Área de Acción Social.
- Sarason, S.B. (1972). *The creation of settings and the future of societies*. New York: Ed. Ronald Press.
- Schaufeli, W.B. y Bakker, A. (2004). "Job demands, job resources, and their relationship with Burnout and Engagement: a multi-sample study". *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.
- Schaufeli, W.B. y Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and research. A critical analysis*. London, UK: Taylor and Francis.
- Schaufeli, W.B.; Salanova, M.; González-Romá, V. y Bakker, A.B. (2002). "The measurement of Engagement and Burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach". *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Seligman, M.E.P. (2000). *Positive Psychology: A progress report*. Presented at the Second Positive Psychology Summit, Washington, D.C.
- Seligman, M.E.P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). "Positive psychology: An introduction". *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Selltiz, C.; Wrightman, L. y Cook, S. (1976). *Research Methods in social relations*. Nueva York: Holtz.
- Senge, P.M. (1992). *La Quinta Disciplina. El Arte y la Práctica de la Organización Abierta al Aprendizaje*. Buenos Aires: Granica.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
- Sesma, J.; Pascual, M.L. y González Faus, J.I. (1992). "Cárceles y sociedad democrática". *Cristianismo y Justicia*, 45.
- Sewpaul, V. y Jones, D. (2005). "Global standards for the education and training of the social work profession". *International Journal of Social Welfare*, 14, 218-230.
- Shen, B.J.; McCreary, C.P. y Myers, H.F. (2004). "Independent and mediated contributions of personality, coping, social support and depressive symptoms to physical functioning among patients in cardiac rehabilitation". *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 1, 39-62.

- Sherif, M. (1966). *Group conflict and co-operation. Their social psychology*. Londres: Routledge & Keagan Paul.
- Skitka, L.J. (1999). "Ideological and attributional boundaries on public compassion: Reactions to individuals and communities affected by a natural disaster". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 793-808.
- Skoknic, V. (1998). "Efectos de la preparación psicológica para la jubilación". *Intervención Psicosocial*, 7 (1), 155-167.
- Snyder, C.R. y López, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- SocietyGuardian.co.uk, 25/11/2002. *The massive haemorrhage of workers from child protection could get worse*.
- Soderfelt, M.; Soderfelt, B. y Warg, L.-E. (1995). "Burnout and Social Work". *Social Work*, 40 (5), 638-646.
- Sonnichsen, R.C. (1989). "Methodology: A Bridge or Barrier Between Evaluators and Managers?". *Evaluation and Program Planning*, 12, 287-290.
- Spitz, R.A. (1945). "Hospitalism". *The psychoanalytic study of the child*, 1, 53.
- Spitz, R.A. y Wolf, K.M. (1946). "Anaclitic depression". *The psychoanalytic study of the child*, 2, 313.
- Stecher, B.M. y Davis, W.A. (1988). *How to Focus an Evaluation*. California: Sage Publications.
- Steffen, P.R. (1999). "Optimism and psychological and physiological well-being following a natural disaster". *Dissertation-Abstracts-International-Section-B-The-Sciences-and-Engineering*, 60.
- Steinkamp, M.W. y Kelly, J.R. (1987). "Social integration, leisure activity, and life satisfaction in older adults: activity theory revisited". *International Journal of Aging and Human Development*, 25 (4), 293-306.
- Stephan W.G. y Stephan, C.W. (2000). "An integrate threat theory of prejudice". En S. Oskamp (Ed.), *Reducing the prejudice and discrimination*, 225-246. Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Stern, P.C. (2000). "Psychology and the Science of Human-Environment Interactions". *American Psychologist*, vol. 55, nº 5523-530.
- Stevens, E.S. (1991). "Toward satisfaction and retention of senior volunteers". *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 33-41.
- Stith, S.M.; Williams, M.B. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao: Descleé De Brouwer.
- Stoecker, R. (1999). "Are Academic Irrelevant? Roles for Scholars in Participatory Research". *American Behavioral Scientist*, 42 (4), 840-854.
- Strupp, H. y Hadley, S. (1977). "A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes". *American Psychologist*, 30, 187-197.
- Tajfel, H. y Turner, J.C. (1979). "An integrative theory of intergroup conflict". En W.E. Austin y Worchel (Eds.), *The Social Psychology of intergroup relations*, 33-47. Monterey: Brooks/Cole.

- Takeda, F.; Yokoyama, E.; Miyake, T. y Ohida, T. (2002). "Mental health and job factors in social workers at social welfare offices". *Journal of Occupational Health*, 44, 385-390.
- Taylor, S.E.; Falke, R.L.; Shoptaw, S.J. y Lichtman, R.R. (1986). "Social support, support groups and the cancer patients". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 608-615.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Thoits, P. (1985). "Social support and psychological well-being: Theoretical possibilities". En I.G. Sarason y B.R. Sarason, *Social support: Theory, research and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Thomae, H. (1975). "Jubilación: Anticipación, preparación y adaptación, aspectos psicológicos". *Boletín Informativo del SAP*, 29, 1-9.
- Torres-Santomé (1987). "La globalización como forma de organización del currículo". *Revista de Educación*, 282.
- Trickett, E.; Watts, R. y Birman, D. (1994). *Human diversity: Perspectives on people in context*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Trimble, J.; Stevenson, M. y Worrel, J. (2003). *Toward and Psychology Inclusive: Infusing the Elementary Psychology Textbook with Diversity Content*. American Psychological Association.
- Trudeau, L.S.; Russell, D.W.; de la Mora, A. y Schmitz, M.F. (2001). "Comparisons of marriage and family therapists, psychologists, psychiatrists, and social workers on job-related measures and reactions to managed care in Iowa". *Journal of Marital and Family Therapy*, 27 (4), 501-507.
- Um, M.Y. y Harrison, D.F. (1998). "Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain-outcome model and an empirical test". *Social Work Research*, 22 (2), 100-115.
- Unruh, D. (2005). "Using primary and secondary stakeholders to define facility-to-community transition needs for adjudicated youth with disabilities". *Evaluation and Program Planning*, 28, 413-422.
- Uriz Urzainqui, J. (2001). "La era 'Post-Recursos Humanos'". "Análisis de una encrucijada". "Recursos Humanos y Management empresarial". Artículos. Recuperado de Internet, 12 de mayo de 2002: www.rhMagazine.com
- Valero, A. (1995). "El sistema familiar español. Recorrido a través del último cuarto de siglo". *REIS, Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 70, 91-105.
- Valverde, J. (1991). *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Editorial Popular.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

- Vecina, M.L. (2001). *Factores psicosociales que influyen en la permanencia del voluntariado*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de políticas públicas y programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Villalba, C. (1996). "Los grupos de apoyo basados en la autoayuda: una propuesta para el inicio y acompañamiento profesional". *Intervención Psicosocial*, vol. V, 15, 23-41.
- Villalba, C. (1997). "Nuevos retos para los Servicios Sociales: La colaboración con los sistemas de ayuda informal y la atención especial a los cuidadores informales". *Apuntes de Psicología*, 49-50, 53-71.
- Villalba, C. y Sánchez, C. (2000). *El acogimiento en familia extensa, un recurso normalizado del sistema de protección*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- VV.AA. (1987). *Seminario taxonómico. Conceptos básicos del bienestar social*. Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología. Comisión de Sociología del Bienestar. Madrid.
- Wandersman, A. y Florin, P. (2000). "Citizen participation and community organizations". En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. New York: Plenum.
- Wandersman, A.; Imm, P.; Chinman, M. y Kaftarian, S. (1999). *Getting to outcomes: Methods and tools for planning, evaluation and accountability*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.
- Wandersman, A.; Imm, P.; Chinman, M. y Kaftarian, S. (2000). "Getting to outcomes: A result-based approach to accountability". *Evaluation and Program Planning*, 23, 389-395.
- Warburton, J. y Terry, D.J. (2000). "Volunteer decision making by older people: A test of a revised Theory of Planned Behavior". *Basic and Applied Social Psychology*, 22, 245-257.
- Watts, R.J. y Serrano-García, I. (2003). "The quest for a liberating community psychology". *American Journal of Community Psychology*, vol. 31, 1-2, 73-79.
- Watzlawick, P. (1989). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P.; Beavin, J.H. y Jackson, D.D. (1983). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Web del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: www.mtas.es (10-06-2006).
- Webster, R.A. (1995). "Effects of a natural disaster on immigrants and host population". *Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease*, 183, 390-397.
- Weinstein, N.D. (2000). "Changes in perceived vulnerability following natural disaster". *Journal-of-Social-and-Clinical-Psychology*, 19, 372-395.
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

- White, R.W. (1974). "Strategies of adaptation: An attempt at systematic description". En G.V. Coelho, D.A. Hamburg y J.E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation*. Nueva York: Basic Books.
- Winzelberg, A.J.; Classen, C.; Alpers, G.W.; Roberts, H.; Koopman, C.; Adams, R.E.; Ernst, H.; Dev, P. y Taylor, C.B. (2002). "Evaluation of an internet support group for woman with primary breast cancer". *Cancer*, 97, 5, 1164-1173.
- Yamori, K. (1996). "How do victims become less aware of the danger of a natural disaster? The case of the 1982 Nagasaki flood". *Japanese-Journal-of-Experimental-Social-Psychology*, 36, 20-31.
- Zarit, S.H.; Johansson, L. y Jarrott, S.E. (1998). "Family caregiving: Stresses, social programs, and clinical interventions". En I.H. Nordhus, G. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt (Eds.), *Clinical geropsychology*, 345-360. Washington, D.C.: American Psychological Association Books.
- Zimmerman, M.A. y Rappaport, J. (1988). "Citizen participation, perceived control and psychological empowerment". *American Journal of Community Psychology*, 16, 725-750.

Recursos documentales recomendados:

- <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/s2923s/s2923a.4.htm#B.435.4.6>. Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias (Pan American Health Organization (PAHO)).
- <http://www.hhri.org/es/tm/>. Esta página contiene enlaces a material de entrenamiento para trabajadores de la salud y material para asistir a las víctimas de violaciones de derechos humanos. También hay material para ayudar en áreas de desastre y en la reconstrucción de la comunidad.
- <http://www.cuadernosdecrisis.com/>. Página de la revista electrónica Cuadernos de Crisis.
- <http://www.psicosocial.net/index.php?lang=es>. Centro de recursos en salud mental y derechos humanos.
- www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial.

