

Itziar Fernández
J. Francisco Morales
Fernando Molero
(Coords.)

Psicología de la
**INTERVENCIÓN
COMUNITARIA**



biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

Psicología de la Intervención Comunitaria

ITZIAR FERNÁNDEZ SEDANO, J. FRANCISCO MORALES DOMÍNGUEZ
Y FERNANDO MOLERO ALONSO (COORDINADORES)



desclée



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© Coordinadores: Itziar Fernández Sedano, J. Francisco Morales Domínguez
y Fernando Molero Alonso

© Desclée De Brouwer, S.A., 2011
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Impresión
RGM, S.A. - Urduliz

ISBN: 978-84-330-2470-1

Depósito Legal: BI-202/2011

Índice

Acerca de los autores	15
Presentación	27
<i>Itziar Fernández Sedano, J. Francisco Morales Domínguez y Fernando Molero Alonso</i>	
Capítulo 1: Introducción a la Psicología Comunitaria.	
Algunos presupuestos teóricos	31
<i>Matías Asún Hamel</i>	
Objetivos	32
Introducción.	33
Desarrollos significativos en Psicología Comunitaria	33
<i>La corriente norteamericana</i>	34
<i>La corriente latinoamericana</i>	37
Marcos teóricos desde una perspectiva histórica.	38
<i>Marco de Psicología Clínica Comunitaria</i>	39
<i>El marco organizacional</i>	42
<i>Marco ecológico</i>	44
<i>Marco transaccional</i>	45
<i>Marco de acción o cambio social</i>	47
<i>Características en común de los diferentes marcos teóricos</i>	50
Resumen	51
Lecturas recomendadas	52
Referencias bibliográficas.	54
Capítulo 2: Empowerment y desarrollo comunitario.	57
<i>Estefanía Estévez López, Terebel Jiménez Gutiérrez y Gonzalo Musitu Ochoa</i>	
Objetivos	58
Introducción: El <i>empowerment</i> en la Psicología Comunitaria	59
¿Qué es el <i>empowerment</i> ?	62
<i>Poder y empowerment</i>	64
<i>La Teoría multinivel del empowerment</i>	65
<i>La relación del empowerment con la perspectiva ecológica</i>	67
El <i>empowerment</i> y el modelo ecológico del desarrollo	
humano.	67
<i>Raíces intelectuales del modelo ecológico</i>	68
<i>Principios del modelo ecológico del desarrollo humano</i>	70
<i>Componentes del modelo ecológico del desarrollo</i>	
humano	73
<i>El modelo ecológico y los niveles del empowerment</i>	77
Resumen	91
Lecturas recomendadas	93
Referencias bibliográficas.	95

Capítulo 3: Sentido de comunidad	97
<i>María Isabel Hombrados Mendieta</i>	
Objetivos	98
Introducción.	99
La Comunidad y el Sentido de Comunidad.	99
Componentes del Sentido de Comunidad.	104
<i>Membrecía</i>	105
<i>Influencia</i>	106
<i>Integración y satisfacción de necesidades</i>	106
<i>Conexión emocional</i>	107
Evaluación del Sentido de Comunidad	109
La Comunidad Moderna: la Ciudad y los Barrios	113
Sentido de Comunidad y Calidad de Vida en el Contexto del Barrio Urbano.	119
Resumen	123
Lecturas recomendadas	124
Referencias bibliográficas.	126
 Capítulo 4: Apoyo social e intervención social y comunitaria. ..	129
<i>Enrique Gracia Fuster</i>	
Objetivos	130
Introducción.	131
<i>Los pioneros y su legado: John Cassel, Sydney Cobb y Gerald Caplan.</i>	132
El apoyo social: análisis conceptual	135
<i>Estructura de las relaciones sociales: fuentes de apoyo social</i>	135
<i>Las funciones del apoyo social.</i>	138
<i>Apoyo recibido versus apoyo percibido.</i>	140
<i>El apoyo social a lo largo del ciclo vital</i>	142
Apoyo social, salud y bienestar: Modelos explicativos	145
<i>Modelo de los efectos principales del apoyo social</i>	146
<i>Efectos protectores (Buffer).</i>	148
El apoyo social en la intervención social y comunitaria ...	149
<i>Formatos y características de las intervenciones basadas en el apoyo social.</i>	151
<i>Intervenciones diádicas.</i>	152
<i>Grupos de apoyo</i>	155

Grupos de ayuda mutua	158
<i>Grupos de ayuda mutua: características y procesos</i>	161
<i>Los profesionales y los grupos de ayuda mutua</i>	163
Resumen	165
Lecturas recomendadas	166
Referencias bibliográficas	167

Capítulo 5: La intervención psicosocial con menores en situación de desprotección 173

<i>Joaquín de Paul Ochotorena</i>	
<i>y María Ignacia Arruabarrena Madariaga</i>	
Objetivos	174
Introducción	175
Descripción de las situaciones de desprotección infantil	175
<i>La perspectiva legal y de los Servicios Sociales</i>	176
<i>Las principales tipologías de desprotección infantil</i>	178
Características de las familias con situaciones de desprotección infantil	180
<i>Los factores de riesgo del maltrato infantil</i>	180
<i>Modelos explicativos del maltrato infantil</i>	182
La intervención psicosocial en Protección Infantil	186
<i>La detección y la notificación</i>	187
<i>La Investigación y la Evaluación de los casos notificados</i>	188
<i>La elaboración de los Planes de Caso</i>	193
<i>Alternativas de intervención con las familias y los menores</i>	196
La estrategia preventiva en la protección infantil	203
Resumen	207
Lecturas recomendadas	208
Referencias bibliográficas	210

Capítulo 6: Violencia hacia las mujeres en el contexto familiar 213

<i>Victoria A. Ferrer Pérez y Esperanza Bosch Fiol</i>	
Objetivos	214
Introducción	215
La violencia contra las mujeres: definición y tipos	215
La violencia contra las mujeres en la pareja	219
<i>Controversias en torno a un concepto</i>	220
La cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja	222

La búsqueda de explicaciones	225
<i>El porqué de la violencia contra las mujeres en la pareja</i>	225
<i>El porqué de la permanencia en una relación de pareja</i>	
<i>violenta</i>	227
Las consecuencias de la violencia contra las mujeres en la	
pareja	229
Las posibilidades de intervención: prevención y recuperación	
integral	232
Conclusiones	237
Resumen	238
Lecturas recomendadas	239
Referencias bibliográficas	240

Capítulo 7: Intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración 245

<i>Manuel Francisco Martínez García, Visitación Calzado Vega</i>	
<i>y Julia Martínez García</i>	
Objetivos	246
Introducción.	247
Aproximación al fenómeno migratorio	248
Modelos de integración en comunidades pluriculturales . .	250
<i>Asimilación</i>	251
<i>Fusión cultural o melting pot</i>	251
<i>Pluralismo cultural. Multiculturalismo e Interculturalidad</i>	252
Perspectiva psicosocial en la integración de personas	
inmigrantes	253
<i>Inmigración, diversidad humana y opresión</i>	253
<i>La inmigración como transición ecológica</i>	256
<i>Los procesos de aculturación desde la perspectiva del</i>	
<i>inmigrante</i>	259
Referentes psicosociales en la intervención comunitaria	
con inmigrantes	260
<i>Necesidades de las personas inmigrantes y la prestación</i>	
<i>de servicios comunitarios</i>	260
<i>La competencia cultural como objetivo de intervención</i>	
<i>comunitaria en inmigración</i>	264
<i>Creando contextos comunitarios de apoyo social</i>	268
<i>Empoderamiento y participación comunitaria en la</i>	
<i>intervención con inmigrantes</i>	271
<i>Participación comunitaria e inmigración</i>	274



Resumen	280
Lecturas recomendadas	282
Referencias bibliográficas.....	285
Capítulo 8: Una aproximación psicosocial al estudio de la discapacidad	289
<i>M^a del Prado Silván Ferrero</i>	
Objetivos	290
Introducción.....	291
La integración educativa, laboral y social de las personas con discapacidad	291
<i>Ámbito educativo</i>	292
<i>Ámbito laboral</i>	295
<i>Ámbito social</i>	297
Delimitación conceptual del término discapacidad:	
una revisión de los sistemas de clasificación	298
Estigma social y discapacidad.....	303
<i>Definición psicosocial de estigma y su relevancia en relación a la discapacidad</i>	303
<i>Factores que afectan a la interacción entre las personas con y sin discapacidad</i>	308
¿Cómo afrontar la situación de discapacidad?	314
<i>Estrategias basadas en el problema</i>	315
<i>Estrategias basadas en la emoción</i>	316
Resumen	318
Lecturas recomendadas	319
Referencias bibliográficas.....	321
Capítulo 9: Contribuciones de la Psicología al estudio de las catástrofes	327
<i>Itziar Fernández Sedano</i>	
Objetivos	328
Introducción.....	329
Las catástrofes. Delimitación conceptual	329
<i>Clasificación</i>	331
Trayectoria. De la fase previa a la reconstrucción de la comunidad	333
<i>Antes, la fase previa.</i>	333
<i>Antes, la fase de alerta.</i>	335
<i>Durante, las fases de shock y reacción.</i>	335
<i>Después, fase de adaptación y reconstrucción</i>	337

Las respuestas ante las catástrofes.	339
<i>Estrés</i>	339
<i>Resiliencia</i>	339
Directrices para una adecuada intervención psicosocial en catástrofes	341
Anexo: Propuestas formuladas en materia de intervención psicosocial en catástrofes durante la presidencia española en la Unión Europea (Enero-Junio de 2010).	345
Resumen	348
Lecturas recomendadas	349
Referencias bibliográficas.	351
Capítulo 10: El voluntariado y el 11-M como ejemplo de intervención.	355
<i>Fernando Chacón Fuertes y María Luisa Vecina Jiménez</i>	
Objetivos	356
Introducción. Marco legislativo y administrativo del voluntariado en España	357
El voluntariado como conducta de ayuda	360
¿Por qué algunas personas deciden hacerse voluntarias y otras nunca se lo plantean?	364
¿Por qué algunos voluntarios permanecen durante largos periodos de tiempo y otros abandonan?	367
<i>Modelos explicativos de la permanencia del voluntariado</i>	368
<i>Beneficios del voluntariado</i>	371
Gestión del voluntariado en las organizaciones: enfoque centrado en la satisfacción y en la permanencia del voluntariado	374
<i>Condiciones previas a la incorporación</i>	374
<i>Captación</i>	378
<i>Selección</i>	380
<i>Formación</i>	380
<i>Supervisión y refuerzo</i>	382
Anexo: Organización de la intervención psicológica tras los atentados terroristas del 11 de marzo en Madrid: un ejemplo de intervención voluntaria en situaciones de emergencia.	383
<i>Condiciones organizativas previas a la intervención psicológica</i>	384
<i>Organización del dispositivo de asistencia psicológica</i>	386
<i>Intervención psicológica en los principales escenarios</i>	390

Resumen	401
Lecturas recomendadas	402
Referencias bibliográficas.....	403
Capítulo 11: Evaluación de programas en Psicología Comunitaria	411
<i>Silvia Ubillos Landa y Fernando Molero Alonso</i>	
Objetivos	412
Introducción.....	413
Definición de programa	414
Definición de evaluación de programas	415
Propósitos de la evaluación de programas	416
Los diversos grupos implicados en la evaluación de programas	417
Tipos de evaluación	419
<i>En función del momento temporal del programa en el que se realiza la evaluación</i>	
<i>En función de la procedencia de los evaluadores.....</i>	
La evaluación de programas dentro del ciclo de intervención social	420
<i>Identificación del problema y de las necesidades.....</i>	
<i>Planteamiento de objetivos y metas.....</i>	
<i>La pre-evaluación</i>	
<i>La formulación del programa.....</i>	
<i>La implementación del programa</i>	
<i>La evaluación de resultados.....</i>	
<i>Toma de decisiones sobre el programa</i>	
Diseño y evaluación de un programa de educación sexual en adolescentes.....	424
Resumen	441
Lecturas recomendadas	442
Referencias bibliográficas.....	444
Glosario	449

Presentación

**Itziar Fernández Sedano,
Francisco Morales Domínguez y
Fernando Molero Alonso
(Coordinadores)**

La Psicología Comunitaria se centra en cuestiones que demandan o exigen cambios en el ambiente y/o en la estructura social. El presente volumen atiende fundamentalmente a un amplio conjunto de factores psicosociales que contribuyen a facilitar dichos cambios. El Capítulo primero describe, precisamente, dos orientaciones teóricas en torno a las que se ha organizado el trabajo de los psicólogos comunitarios en los últimos tiempos. Proporcionan un primer acercamiento a la comprensión de la Psicología Comunitaria y expresan la forma en que esta disciplina ha abordado las necesidades de cambio social. Se destaca, por su importancia, la aportación de Lewin en el área de la investigación-acción.

El “*Empowerment*”, un concepto que ha adquirido notoriedad recientemente (traducido como empoderamiento, y también en ocasiones, como capacitación o potenciación), presenta una notable complejidad y opera a distintos niveles que van del individual al comunitario, pasando por el grupal y el organizacional, niveles que, además, están interconectados entre sí. Todo ello se analiza en el Capítulo segundo, si bien, por tratarse de un concepto que apunta a cuestiones transversales, aparecerá con frecuencia en otros capítulos del volumen.

El sentido de comunidad es otro concepto clave. Su estudio se aborda en el Capítulo tercero. Se comienza por la descripción de sus dimensiones y de los instrumentos que permiten su evaluación. Se pasa luego a mostrar cómo se aplica al barrio urbano, un contexto comunitario clave en la sociedad contemporánea. Se finaliza con una perspectiva del papel que juega el sentido de comunidad en la calidad de vida y en la integración social.

El apoyo social constituye un pilar esencial de la Psicología Comunitaria. En el Capítulo cuarto se expone sus funciones, se subraya la distinción apoyo recibido-apoyo percibido y se muestra que los grupos de apoyo y ayuda mutua facilitan y potencian la intervención comunitaria.

El maltrato en la infancia, la desprotección infantil y las consecuencias asociadas se analizan en el Capítulo quinto, donde se pasa revista a las intervenciones realizadas en este campo por los Servicios Sociales y Comunitarios. Una cuestión afín, la violencia de género, se analiza en el Capítulo sexto, con atención preferente al ámbito familiar y a la relación de pareja.

La inmigración, los modelos de integración que se han ensayado en las comunidades pluriculturales, la adopción de la perspectiva del inmigrante y las intervenciones comunitarias con inmigrantes se tratan en el Capítulo séptimo.

El Capítulo octavo aborda la discapacidad y sus repercusiones en el ámbito educativo, laboral y societal. Enfatiza la existencia de factores en la discapacidad que afectan a las relaciones interpersonales y recomienda su análisis detallado antes de proceder a las intervenciones necesarias para la integración.

Los dos siguientes capítulos están dedicados a las catástrofes y el voluntariado. El Capítulo noveno aborda la delimitación conceptual de las catástrofes. Además, se analiza la resiliencia como una de las respuestas más adaptativa tanto para el individuo como para la comunidad. Asimismo, se exponen las directrices comunes que deben guiar la intervención psicosocial en catástrofes.

En el Capítulo décimo se analiza porqué algunas personas se hacen voluntarias y permanecen durante largos periodos de tiempo en una organización, mientras que otras nunca se lo plantean. Además, se describe la gestión del voluntariado a través del enfoque centrado en la satisfacción y en la permanencia del voluntario. El lector también podrá conocer cómo se organizó la intervención voluntaria tras los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 en Madrid.

El último capítulo del libro está dedicado a la evaluación de programas en Psicología Comunitaria. En el capítulo se presenta la evaluación de programas dentro del ciclo de intervención social. Además, a través de un ejemplo detallado se muestra la evaluación de un programa de educación sexual en adolescentes.

Todos los capítulos constan de objetivos, términos clave, resumen, citas al final de cada capítulo, direcciones web y lecturas recomendables. Se añade un glosario final con los términos clave más utilizados en los distintos capítulos. Se trata de recursos destinados a facilitar la lectura, la comprensión y la asimilación de contenidos.

El manual en modo alguno pretende ser exhaustivo. Es claro que en la Psicología Comunitaria hay otras muchas áreas de aplicación. Por razones de espacio no se han podido abordar en este volumen. Creemos, pese a ello, que lo que sí se ha conseguido es que todas las cuestiones analizadas constituyen elementos relevantes de la Psicología Comunitaria en la actualidad.

Para concluir deseamos dar las gracias públicamente a todos los autores que han contribuido a esta obra. Sin ellos este manual no habría sido posible. Asimismo queremos agradecer a Manuel Guerrero y, en su nombre, a la editorial Desclee De Brouwer, el entusiasmo con que, desde el primer encuentro, han recibido nuestro proyecto sobre la Psicología de la Intervención Comunitaria.

Introducción a la Psicología Comunitaria.

Algunos presupuestos teóricos

Matías Asún Hamel

Introducción

Desarrollos significativos en Psicología Comunitaria

La corriente norteamericana

La corriente latinoamericana

Marcos teóricos desde una perspectiva histórica

Marco de Psicología Clínica Comunitaria

Marco organizacional

Marco ecológico

Marco transaccional

Marco de acción o cambio social

Características en común de los diferentes marcos teóricos

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- **Conciencia crítica**
- **Identidad comunitaria**
- **Investigación acción participativa (IAP)**
- **Medicaid**
- **Medicare**
- **Psicología Comunitaria**
- **Psicología Social Comunitaria**

Objetivos

- **Dar a conocer al lector los orígenes en Estados Unidos de la Psicología Comunitaria.**
- **Analizar la corriente Latinoamericana de la Psicología Comunitaria.**
- **Analizar los principales marcos teóricos de la Psicología Comunitaria.**
- **Hacer hincapié en los diferentes modelos teóricos que integran el marco teórico de la Psicología Clínica Comunitaria.**
- **Abordar la Investigación Acción Participativa.**

Introducción

El surgimiento de los distintos marcos teóricos en Psicología Comunitaria se debe en parte a los profesionales que emplean los recursos científicos disponibles para abordar diversas problemáticas comunitarias, generalmente marcadas por condiciones históricas y sociales muy particulares. En la práctica esto se traduce en una mezcla de conceptos y modelos extrapolados desde otras áreas de la Psicología, a saber; la Psicología Social, Clínica y de las Organizaciones. Bajo esta óptica, para muchos autores la Psicología Comunitaria no debe adquirir el carácter de una disciplina, ya que no puede definirse un paradigma central, ni un conjunto de metodologías validadas para producir y acumular conocimiento (Alfaro, 2000). Para otros, al contrario, y tal y como veremos a lo largo del presente manual, la Psicología Comunitaria debe desarrollarse al punto de consolidarse como disciplina, estableciendo con claridad un conjunto de objetivos y metodologías particulares vinculados a la transformación social, la creación o devolución de poder a las personas para enfrentar sus propias dificultades, articulando en la práctica desarrollos conceptuales propios, así como una identidad profesional específica (Martín González, 1998).

Esta imagen de una “Psicología desarrollada por necesidad”, y en condiciones de escasez de recursos y de elevadas demandas de atención por parte de grupos socialmente marginados (por ejemplo, afectados por violencia, problemas de salud, pobreza, discriminación, etc.), puede llevar a la interpretación errónea de que en Psicología Comunitaria no es posible identificar tendencias de coherencia teórica que permitan acumular conocimiento, en especial si aún no se ha logrado el status de disciplina reconocida. Es por esta razón que buena parte de los manuales disponibles sobre Psicología Comunitaria se inician con capítulos que permiten ordenar el campo teórico. Ese ejercicio, si bien resulta clarificador y en general productivo, impide reconocer la especificidad propia de las discusiones en Psicología Comunitaria. Así, el objetivo de este capítulo, será revisar las corrientes específicas sin perder de vista el componente histórico para identificar los distintos marcos teóricos.

Desarrollos significativos en Psicología Comunitaria

Hay diferentes formas de concebir la Psicología Comunitaria. De entre éstas hemos recogido dos, a saber; la Norteamericana y la Latinoamericana, por su grado de autonomía –que facilita su análisis–, también porque están suficientemente documentadas en estudios empíricos que analizan su trayectoria y producción investigativa, así como por sus principales orientaciones prácticas. Abordaremos las mismas poniendo énfasis en (a) características identitarias, (b) fundamentos y bases conceptuales adoptados para el desarrollo particular de cada corriente, resaltando eventos históricos relevantes y contextos políticos y sociales determinantes, (c) mar-

cos conceptuales propios, y (d) tendencias y características de su evolución reciente. Comenzaremos por la corriente que se gesta en Estado Unidos de América.

La corriente norteamericana

Lo primero que debemos destacar, si queremos describir esta corriente, es su producción científica, ya que no hay un mayor número de publicaciones dedicadas a la Psicología Comunitaria que las generadas en Estados Unidos. Por este motivo, no es de extrañar la amplitud de perspectivas y marcos conceptuales norteamericanos (Serrano-García y Álvarez, 1992).

Al igual que en otros campos de la Psicología, lo que acontece en Estados Unidos tiene una transcendencia a nivel mundial. En general, el contexto en el que los científicos y profesionales se movilizan para dar cuerpo a la Psicología Comunitaria responde en parte a la transformación de los sistemas de salud norteamericanos (véase en el glosario *medicare* y *medicaid*) en respuesta a las prácticas de recuperación de salud en instituciones de orden asilar centradas en aspectos biomédicos en contraposición a los psicosociales.

Dentro de los orígenes de la Psicología Comunitaria destacamos la conferencia de Swampscott, en Boston en 1965 (para el análisis de las conferencias de Austin y Vail consúltese Hombrados, 1996, pp. 43-46, así como el Capítulo 2 de este libro). Krause (1996) señala que la administración de John Kennedy (a principios de los sesenta), con el propósito de reformar la salud mental para crear redes de atención insertas en la comunidad, convocó a los psicólogos clínicos a "*trabajar con criterios de eficiencia y eficacia apuntando a la protección de la salud*", lo que a su vez reveló la dificultad que para con estos compromisos tenían las entonces prácticas y modelos de atención psicológica clínica tradicional. Al mismo tiempo, Tyler (1984) destaca un conjunto de transformaciones en torno a la salud mental, que adquieren carácter comunitario formal a partir de la creación de "centros comprensivos de salud mental", que operaban en base a subdivisiones territoriales de investigación e intervención, integrando a miembros de la comunidad con un enfoque centrado en la prevención y educación, mezclando las prácticas tradicionales de salud mental con elementos innovadores. En Swampscott se define el concepto de Psicología Comunitaria en torno a la acción de psicólogos que serían "*agentes de cambio, analistas del sistema social, consultores para los asuntos de la comunidad y estudiosos en general del hombre completo en su relación con todo su ambiente*" (Bennett, Anderson, Cooper, Hassol, Klein y Rosenblum, 1966).

Esta definición del psicólogo comunitario marca el inicio de un proceso de "formalización disciplinar" en el cual se resalta la concepción del tratamiento como una actividad en y de la comunidad. La salud pasa a ser un asunto de orden doméstico, y por tanto el profesional psicólogo debe vincularse con ese mundo. Por eso, la

institucionalidad profesional y académica norteamericana se moviliza en orden a establecer canales de comunicación y criterios de calidad profesional que permitan dar respuesta al contexto social de creación de centros comunitarios, que atiendan a las necesidades de la comunidad proveyendo un servicio más integral y completo (Calderón Narváez, 1984). Es por esto que, además de la definición del profesional comunitario que antes mencionábamos, se agregan algunos principios orientadores, coherentes con las definiciones de salud que por esos años comenzaban a cobrar valor dentro de la Organización Mundial de la Salud; *“la Psicología Comunitaria no debe limitarse a combatir la enfermedad o la incapacidad mental, (...) si no que debe orientarse al bienestar”* (Bernstein y Niftzel, 1988).

Estos autores sintetizan los “principios conceptuales” operantes en la Psicología Comunitaria de orientación norteamericana:

- a) La adopción de una perspectiva de corte ecológico, en la cual “la conducta no se puede explicar sólo por factores individuales”, si no que requiere de una mirada que incorpore elementos ambientales, culturales, históricos y contextuales. Esto, en sentido estricto, supone que “el psicólogo debe buscar las causas de la conducta en diferentes niveles que no siempre son individuales” abriendo la puerta al análisis colectivo y cultural como parte del quehacer comunitario (Bernstein y Niftzel, 1988).
- b) La búsqueda del cambio en el sistema social, y siendo coherentes con lo anterior, debe reconocerse que el cambio personal no siempre implica un cambio colectivo, ya que una transformación social debe consistir en la adopción de una conducta o actitud determinada por parte de la comunidad.
- c) Junto a lo anterior, se destaca la importancia de la prevención sobre las intervenciones curativas. Dentro de este principio se resalta el tratamiento en torno a la minimización de las consecuencias de la enfermedad, proveyendo al individuo de las suficientes oportunidades para evitar el sufrimiento y el conflicto, y hacia la “reducción de la prevalencia de las enfermedades por medio de esfuerzos coordinados a partir de una adecuada detección inicial e intervención rápida” (Bernstein y Niftzel, 1988). Una última forma de prevención es la que invita a modificar las circunstancias sociales y ambientales de surgimiento de una patología, eliminando la posibilidad de que ésta aparezca. Esto a su vez, supone un proceso amplio de análisis diagnóstico de las situaciones, y al mismo tiempo, la necesidad de contar con modelos de interpretación teóricos más complejos y multidisciplinarios, los que deben reunir esfuerzos para una “acción social” coordinada.
- d) Un cuarto principio consiste en priorizar la intervención en crisis, es decir, la acción directa allí y con quienes la problemática se desencadena –aunque crisis no siempre implique algo negativo, si no, más bien un evento significativo para

una o varias personas; por ejemplo, desde la muerte hasta ganar un premio. En palabras de Bernstein y Niftzel (1988) *“la intervención en crisis es una técnica para ayudar a las personas a que manejen de una manera efectiva los problemas que en apariencia son abrumadores en el momento en que ocurren [y, de esta forma] las intervenciones se destinan a personas que de otra manera carecerían de los recursos suficientes para manejar la crisis de una manera adecuada”*.

- e) El quinto principio establece que debe fomentarse “el sentido de comunidad”, y operar sobre ella apuntando al “fortalecimiento de la capacidad de una comunidad o grupo para plantear y crear su propio cambio” (Bernstein y Niftzel, 1988). Esta cuestión se trata ampliamente en el Capítulo 3.

Otras definiciones relevantes de Psicología Comunitaria, dentro de la corriente norteamericana pueden consultarse en el Cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. Definiciones de la Psicología Comunitaria provenientes de la corriente norteamericana

Autores	Definición
Bennett, Anderson, Cooper, Hassol, Klein y Rosenblum (1966)	El estudio de los procesos psicológicos generales que vincula los sistemas sociales con la conducta individual en una interacción compleja. Las aclaraciones conceptuales y experimentales de estos vínculos proporcionan la base de los programas de acción que se dirigen hacia la mejora del funcionamiento individual, del grupo y del sistema social.
Reiff (1968)	Una disciplina cuya meta es modificar la conducta humana mediante la intervención a nivel del sistema social.
Bloom (1973)	El campo de la Psicología que intenta resolver los aspectos sociales en lugar de los problemas particulares de cada individuo.
Sarason (1973)	El estudio del impacto psicológico de las comunidades próximas y distantes, la evolución de las comunidades, y las maneras de cómo el conocimiento psicológico puede aplicarse a la facilitación del cambio social adaptativo.
Murrell (1973)	El campo de la Psicología que estudia las transacciones entre el sistema social, las poblaciones y los individuos; que desarrolla y evalúa los métodos de intervención que propicien “adaptaciones” entre las personas y sus ambientes; que plantea y evalúa los sistemas sociales, y que a partir de dicho conocimiento y cambio busca aumentar la cantidad de oportunidades psicológicas para la comunidad.
Rappaport (1977)	Una disciplina que acentúa la importancia de una perspectiva ecológica en la interacción, dando a entender que se puede mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente, al crear nuevas opciones sociales y desarrollar los recursos personales en lugar de realizarlo mediante la eliminación de las debilidades de los individuos o sus comunidades.
Mann (1978)	Una disciplina que se interesa en particular con el cambio social, la organización e implementación de los cambios que se plantean, la elaboración y conducción de los programas de servicios que proporcionen el cambio social, y el desarrollo de los recursos y procesos de la comunidad para el manejo de las repercusiones futuras de los cambios sociales.

Fuente: adaptado de Bernstein y Niftzel (1988).

En las definiciones que se terminan de exponer, hay claramente una diversidad de posiciones respecto a la ambición o alcance de la misma, ya sea desde una “práctica psicológica”, o desde un “conocimiento acerca de”, pero en ambos casos destacando la formación disciplinar para producir y validar la intervención aplicada sobre el individuo en su entorno físico, social y comunitario.

La corriente Latinoamericana

Uno de los textos que ha tenido mayor impacto en esta corriente se denomina “Vidas Paralelas: Psicología Comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos”, de la psicóloga venezolana Maritza Montero, publicado en 1994. En él se destacan dos elementos relevantes; el primero, de carácter explícito, consiste en establecer una distinción entre los desarrollos que ocurren “al norte del Río Bravo” (es decir en Estados Unidos), de los que suceden al sur del mismo, esto es, de fijar una frontera entre lo que acontece en cada sector continental. El segundo, de carácter implícito, la comparación, como forma de establecer el “desarrollo”, las aportaciones y los avances de lo comunitario en este gran lado de la frontera. En torno a esta misma idea Enrique Saforcada subraya que el desarrollo de la Psicología Comunitaria en Latinoamérica “se apartó significativamente de las orientaciones norteamericanas [...]. Sus fuentes iniciales fueron otras...” (Saforcada, 1992). Y con esto se refiere fundamentalmente a que el inicio y desarrollo de esta corriente tiene más que ver con los eventos sociales que se sucedieron en las últimas décadas de nuestro pasado reciente.

Respecto de la génesis de la Psicología Comunitaria en América Latina, la autora nos dice que “resulta difícil cifrar su origen en una fecha específica”, pues su auge y desarrollo está ligado a diversos procesos políticos y sociales, que durante las décadas de los cincuenta a los ochenta del S. XX dinamizaron la actividad académica, la vida social, y, en mayor o menor forma, a toda América Latina (Montero, 1994).

En el caso de la Psicología, esto se traduce en una reacción a la forma tradicional, académica y encorsetada en métodos tradicionales que había adoptado la disciplina. Así, un ejemplo destacado de esta corriente consiste en la revisión crítica de los modelos y sistemas teóricos importados, ya que en su aplicación no respondían adecuadamente a las características de los latinoamericanos, ni de los problemas que acontecían al sur del Río Bravo.

Al contrario de lo que sucedió en Estados Unidos el movimiento comunitario en Latinoamérica surgió en las Ciencias Sociales y en particular en la Psicología Social. Por lo tanto, sus orígenes no se pueden vincular con la Psicología Clínica, ya que más bien fueron los psicólogos sociales, los sociólogos, los asistentes sociales y los estudiantes, entre otros, los que más aportaron a la Psicología Comunitaria.

En este sentido, a finales de los años 60 surge un movimiento eclesiástico denominado teología de la liberación, que reacciona ante la opresión política y se pone de parte de los pobres y oprimidos, haciendo énfasis en la participación activa para hacer frente a la opresión y dirigirse hacia la liberación. Una buena representación de estas ideas las podemos encontrar en las obras de Ellacuría (1984) y Martín-Baró (1988).

Posteriormente, a principios de los 70 es cuando empieza a sistematizarse en diversos países de América Latina (Panamá, Puerto Rico, Venezuela, Perú, República Dominicana y El Salvador) una organización comunitaria encaminada a promover la autogestión, a través de la cual las personas deben comenzar a ser responsables de sus vidas y a estar más implicadas con la comunidad con el fin de conseguir un cambio social (Hombrados, 1996).

Dentro de los referentes de este proceso figuran, con especial relevancia, Paulo Freire y la educación popular; Orlando Fals Borda y las acciones de transformación cultural; Federico Engels y la teoría social marxista; Thomas Berger y Peter Luckman en torno al interaccionismo simbólico.

Además, se acuña el término de Psicología Social Comunitaria, que tiene como objetivos específicos; (a) hacer uso de las teorías válidas en Psicología Social –y sus métodos asociados– para resolver problemas específicos y concretos de las comunidades, (b) promover el cambio social planificado desde la perspectiva socio-psicológica (Montero, 1980). Otra de sus características distintivas es su crítica a los modelos experimentales, haciendo énfasis en la investigación y evaluación para el desarrollo de la teoría –explicativa–, a la vez que promueve la participación activa de la comunidad en proyectos para su propio desarrollo, así su principal método consiste en identificar necesidades, ejecutar intervenciones participativas y evaluar resultados.

Todo este conjunto de referentes que hasta aquí hemos expuesto como característicos de ambas corrientes han dado origen a algunos marcos teóricos de la Psicología Comunitaria. En este sentido, Mann (1978) identifica cuatro marcos teóricos norteamericanos. Estos son el de salud mental comunitaria, el organizacional-sistemático, el de cambio social y el ecológico. Posteriormente se realiza una ampliación de este último marco y se incluye el marco transaccional.

Así, basándonos en esta clasificación a lo largo de los siguientes epígrafes exponeremos en qué consiste cada uno de estos marcos teóricos.

Marcos teóricos desde una perspectiva histórica

La Psicología Comunitaria a través de sus corrientes teóricas, posee orientaciones generales sobre el trabajo comunitario, conceptos operativos y relaciones teóricas entre los mismos, a las que se suman varias acepciones de comunidad, las que

muchas veces se superponen, reagrupándose bajo diferentes modelos, grados de aceptación entre los profesionales, además de estar en permanente cambio, debido a su fuerte nexo con otras formas de trabajo psicológico (Martín González, 1998).

Es por ese motivo que no existe acuerdo absoluto respecto al significado y validez real de “marco teórico”, “modelo teórico” y “marco conceptual”. No obstante, una conceptualización ampliamente extendida es la que desarrollan Irma Serrano-García y Sonia Álvarez (1992) quienes definen un marco conceptual como un conjunto de premisas básicas y valorativas, conceptos fundamentales, y desarrollos metodológicos –tanto de intervención como de investigación– que dan origen y orientan a una forma de hacer Psicología Comunitaria. Es decir, bajo estos parámetros, pueden identificarse con relativa claridad modelos, enfoques u orientaciones diferenciadas dentro de la Psicología Comunitaria, que pueden convivir en un período de tiempo dado. Comenzaremos analizando el marco de Psicología Clínica Comunitaria.

Marco de Psicología Clínica Comunitaria

En este marco es posible distinguir tres modelos diferentes (véase más adelante), los cuales comparten un núcleo en común, a saber; el énfasis en la salud mental. Esto, sin duda, implica más problemas que ventajas a la hora de identificar un marco conceptual, pues la salud mental es un elemento compartido con otras profesiones, enfoques y programas. Sin embargo, este ha sido el elemento determinante y debe considerarse de acuerdo a su evolución. Es importante señalar, que aunque el concepto haga relación a la salud mental y esta esté asociada a los servicios profesionales de salud, lo cierto es que en Psicología Comunitaria nos referimos a la práctica que lo aplica en diversos ámbitos a través de modelos operativos. Puede tratarse de cuidado de enfermos, recuperación de adicciones, manejo de la ansiedad en contextos de crisis, propuestas de desarrollo cultural en barrios (tal y como se expone en el Capítulo 3), etc.

Modelo de salud mental comunitario

El primer modelo se denomina “salud mental comunitaria”, y como su nombre indica, corresponde al enfoque de salud mental en el plano de intervenciones de la comunidad. Esto último es entendido como una crítica a la forma tradicional de operar de los servicios de salud, en torno a dos postulados: (a) crítica a las definiciones de enfermedad mental como entidad intrapsíquica, haciendo énfasis en el plano social para evaluar el origen del problema, al mismo tiempo que intenta ser equitativa en la distribución de recursos, y (b) entendiendo a la comunidad, fundamentalmente como una red de relaciones interpersonales (Chacón y García, 1998).

De esta forma, los principales métodos utilizados en este modelo son la intervención en crisis, la terapia breve y la consulta en salud mental, enfatizando una mirada empírica y epidemiológica en torno a la evaluación de impacto de los programas. Los principales elementos conceptuales que se rescatan de esta propuesta son la salud mental positiva y el énfasis preventivo y promocional, entendiendo por el primero no sólo la definición de salud como “inexistencia” de enfermedad si no como una orientación al desarrollo de la misma, y por el segundo, una orientación en torno a la adopción de perspectivas integrales, que involucren nuevas formas de accionar –por ejemplo, a través de educación, generación de hábitos de auto-cuidado y diagnóstico precoz en la práctica de la salud (Sánchez Vidal, 1991).

Posteriormente, Chacón y García (1998) señalan que es posible distinguir otros dos modelos en torno a la salud mental; el modelo conductual-comunitaria y el modelo de estrés psicosocial de Bárbara Dohrenwend.

Modelo conductual-comunitario

El énfasis principal de este modelo es conseguir cambios duraderos a nivel conductual en individuos y colectivos, erradicando prácticas inadecuadas, e instalando otras más adaptativas, a través de estrategias operantes de autocontrol y de aprendizaje social. Esto implica, además, la inclusión en los programas que siguen la orientación de no-profesionales (por ejemplo, miembros de la comunidad), dando paso a nuevas formas de intervención comunitaria en torno a la salud. Se reúne, entonces, el énfasis a nivel individual con un enfoque analítico e interventivo de corte comunitario. Esto, a su vez implica complicaciones evidentes –y reducción de la eficacia– pues no siempre el comportamiento de uno es el comportamiento del grupo, lo que da pie a pensar que este modelo se desarrolla más bien dentro del plano del cambio individual –y microgrupal– dejando el plano propiamente social reducido a un sumatorio de cambios personales. Es decir, si los individuos se adaptan, el colectivo también.

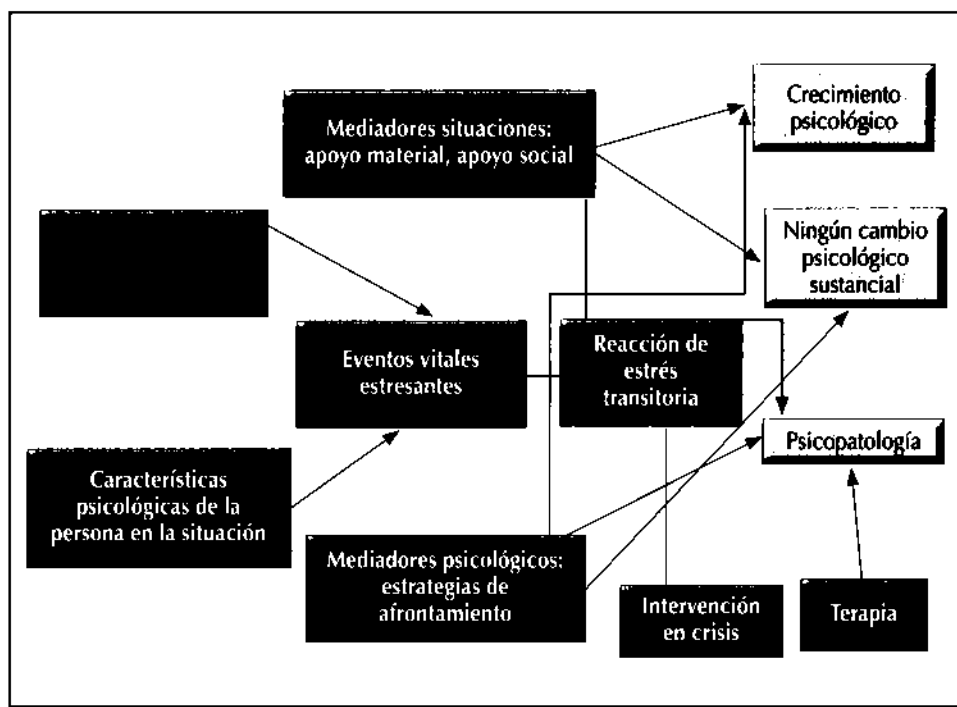
Modelo de estrés psicosocial

Bárbara Dohrenwend (1978) destaca que, en el fondo, todas las intervenciones comunitarias estarían enfocadas a “socavar el proceso mediante el cual el estrés psicosocial genera la patología, sea de salud mental o social, pero dada la complejidad de este proceso puede ser abordado en puntos muy diferentes y esto explica las diferencias entre las actividades desarrolladas por los psicólogos comunitarios”. La dinámica del estrés psicosocial se inicia con un evento que produce una reacción transitoria, cuyo efecto varía según la persona o las condiciones ambientales,

pudiendo mantenerse este efecto por causas secundarias, resaltando la importancia de lo que ocurre posteriormente. De esta forma se amplía el foco sobre los aspectos contextuales que rodean al individuo, permitiendo así mismo una reconceptualización de la acción del mismo en torno a los eventos que le ocurren, o que podrían llegar a ocurrir (Hombrados, 1996).

El supuesto de base es que una persona con limitados recursos materiales y económicos, producto de una vida estresante, obtiene peores resultados que otra con recursos adecuados, pudiendo incluirse además, el “apoyo social” (este término puede consultarse en el Capítulo 4) y las “estrategias de afrontamiento” que la persona adopte frente a sus dificultades. De esta forma, y tal y como se recoge en la Figura 1.1, son tres los escenarios posibles para una persona frente a esas circunstancias: 1) crecer psicológicamente como resultado de una evaluación positiva de su experiencia, 2) ningún cambio psicológico sustancial, o, 3) desarrollar una psicopatología, de carácter disfuncional, persistente y probablemente auto mantenida (Chacón y García, 1998).

Figura 1.1. Modelo de estrés psicosocial de Barbara Dohrenwend



Fuente: adaptación del modelo de estrés psicosocial de Dohrenwend (1978).

La intervención, por lo tanto, implica los diferentes elementos mencionados en torno a una evaluación situacional de los recursos de la persona y su entorno social y material. Por esto, se prioriza la intervención en crisis, pues supone un corte en el proceso transitorio de estrés psicosocial, lo que a su vez permite optimizar mejor los esfuerzos profesionales en torno al problema. Al mismo tiempo la prevención y la promoción cobran sentido, por ejemplo, al intentar mejorar las posibilidades de resolución de problemas de un determinado colectivo social, a través de la creación o fortalecimiento de un sentido de comunidad, generando amplitud en las redes sociales, o simplemente, aumentando el acceso efectivo a recursos. Otras formas indirectas de trabajo son, de la misma manera que para el estrés propiamente tal, el mejor uso del tiempo libre, la mejora de las condiciones de vida en general, las posibilidades de empleo e integración social, etcétera. Lo anterior, implica, al mismo tiempo, una involucración del profesional en un campo de trabajo político, lo que redimensiona la concepción de unidad de la Psicología Comunitaria. Por último, el mayor reconocimiento que este modelo es que unifica los factores personales y ambientales que inciden en la conducta, siendo su principal deficiencia, la dificultad que dicha unificación tiene para incorporar elementos estructurales y macro-sociales que determinan la vida de las personas.

El marco organizacional

El marco organizacional describe a la comunidad como un conjunto de organizaciones, que interactúan para conseguir metas. En general, se acepta además que el ser humano puede estar motivado hacia la (auto)realización, el desarrollo de sus potencialidades y el crecimiento personal. La socialización es un punto importante; las normas y valores sociales son transmitidos a las personas a través de las organizaciones con las que se relacionan y participan, regulando –y dando sentido– a los comportamientos de cada particular. De esta forma, los problemas que las organizaciones tienen –y, por extensión, las comunidades– son problemas de relaciones humanas, los que deben ser tratados como tales, intentando redistribuir el poder dentro de la organización (Chacón y García, 1998). Esa redistribución debe estar acompañada por un trabajo cooperativo, que, a la vez que permite conseguir metas, ayuda a la realización y desarrollo de las personas. Por lo tanto, como resultado de este modelo, la comunicación eficiente es un elemento fundamental; a mayor (apertura de canales, por ejemplo) y mejor comunicación (menos ruido, más información significativa, mas apertura para el entendimiento), mayores posibilidades de acceder a la consecución de metas.

Es evidente que uno de los objetivos en la intervención será el de compatibilizar los objetivos individuales y organizacionales, utilizando para ello dinámicas de gru-

po, y estrategias de la Psicología de las Organizaciones como el desarrollo organizacional, la consultoría organizacional, el aprendizaje, y el entrenamiento de habilidades basado en la experiencia, el uso de encuestas como forma de diagnóstico y evaluación (Chacón y García, 1998).

La principal característica de este marco es la de proveer una base operativa de trabajo, a partir de las definiciones de organización y foco en las relaciones, permitiendo el desarrollo de constructos y conceptos más allá de un nivel de análisis individual. Lo anterior ha permitido una amplia utilización en torno a trabajo con comunidades en un sentido diferente al que suele dársele –comunidades pobres y marginales–, pues reconceptualiza el campo de aplicación al plano de las relaciones entre organizaciones. Sin embargo esto plantea algunos problemas, pues el énfasis en la eficacia de las organizaciones contradice, en parte, una de las características más reconocidas y aceptadas en torno a la Psicología Comunitaria; a saber, la opción por el bienestar de las personas. Ello, sin lugar a dudas, es materia de controversia.

Además, es factible establecer diferencias entre los modelos que se encuadran en este marco teórico. Así, hay modelos que están más centrados en los individuos y otros que se centran más en las dinámicas relacionales que establecen los límites y funciones dentro de la organización. Es decir, en los modelos centrados en el individuo se prima un análisis de competencias, estilos de liderazgo, funciones individuales y formas de comunicación entre quienes componen la organización, mientras que en los otros modelos se prioriza los análisis centrados en las representaciones compartidas por los miembros del grupo, la identidad comunitaria, su función institucional dentro de la sociedad, sus códigos y pautas de comportamiento y los análisis de poder explícito e implícito dentro de las relaciones (Asún, 2005).

Al mismo tiempo, la noción misma de organización se refiere al orden más que a una forma precisa, cerrada sobre límites claros y definidos explícitamente. En la actualidad, sirviéndose del análisis de sistemas sociales, muchas de las prácticas de este marco conceptual han derivado en análisis de redes sociales. Estos análisis han sido utilizados con mayor frecuencia para referir lo que la sociología moderna ha llamado “nuevos movimientos sociales”, es decir movilizaciones de actores sociales diversos que se destacan por tener marcos ideológicos de peso y por utilizar diversas estrategias mediáticas para movilizar el interés y comúnmente la indignación. Son claros ejemplos de esto el conjunto de organizaciones que participan del foro social mundial, pero también los grupos de organizaciones que se movilizan a propósito de reformas legales, la defensa del medio ambiente y los derechos humanos (Castells, 1999). Si bien dichas prácticas forman parte de las nuevas formas de intervención dentro de las Ciencias Sociales, la Psicología en particular se ha especializado en el análisis de dichas redes sociales y sus formas de interacción.

Marco ecológico

La premisa fundamental de este marco es el reconocimiento de la influencia de las variables físicas y sociales en el comportamiento de las personas. El individuo y su entorno son unidades de funcionamiento, conformando sistemas en cambio continuo, a partir de cinco principios que orientan la intervención:

- a) *Principio de interdependencia*: los componentes de la unidad social (ambiente-personas) son interdependientes. El modificar uno supone alterar al otro, estableciendo un nuevo “flujo” entre ambos –una nueva forma de relacionarse– (Chacón y García, 1998). Esto implica que la unidad de análisis e intervención es precisamente la comunidad (Hombrados, 1996).
- b) *Principio de adaptación*: los organismos (personas) varían sus conductas en función de los recursos disponibles, lo que determina que debe buscarse la congruencia entre las capacidades de las personas y su entorno, tanto social, como material (Chacón y García, 1998; Hombrados, 1996).
- c) *Principio de sucesión (o evolución)*: la comunidad –y su ambiente– está en continuo cambio, por lo que debe analizarse longitudinalmente a partir de la historia acumulada para intervenir y evaluar resultados a largo plazo. Esto tiene una implicación fundamental, pues una variación producto de la intervención puede provocar beneficios en una comunidad pero desfavorecer a otras, por ejemplo, que compartan la misma área geográfica. De esta forma, el principio orienta la acción, al mismo tiempo, hacia la utilización alternativa de las posibilidades que proveen los recursos, intentando mantener la homeostasis –el equilibrio– entre las poblaciones (Chacón y García, 1998; Hombrados, 1996).
- d) *Principio de recursos cíclicos (o de reutilización de recursos)*: que implica que el uso y procesamiento de recursos depende de cómo cambien las demandas del problema y la percepción del mismo, pudiendo reutilizarlos según sean las condiciones (Chacón y García, 1998; Hombrados, 1996). Se deduce de lo anterior que la intervención debe poner énfasis en la detección de los mismos y de las condiciones que los determinan a nivel de su uso, importancia y función.

Este marco ha logrado amplia difusión en el campo de la Psicología Comunitaria, tal y como queda reflejado en el Capítulo 2 de este manual. En este sentido Hombrados (1996) y Alfaro (2000), entre otros, consideran a este marco como una perspectiva aplicada que permite entender globalmente el dinamismo que ha logrado la Psicología Comunitaria al adoptarlo en sus prácticas, estableciéndose

como un plano sobre el que se adecuan otros marcos, como los que mencionábamos anteriormente. Se trata por tanto de un marco conceptual que ha logrado permear el campo de forma transversal.

Lo anterior supone que éste representa la base epistemológica sobre la cual la Psicología Comunitaria actual se erige. Muchos son los autores que consideran que este marco es el que mejor se adapta al ideal de Psicología Comunitaria más allá de sus particularidades locales (pasando por alto las diferentes condiciones históricas que dan sentido a la acción de profesionales y a los proyectos políticos para los cuales trabajan). Evidentemente quienes comparten esta apreciación claramente considerarían la propuesta de entender a la Psicología Comunitaria como un campo integrado por marcos conceptuales diversos es inapropiada.

En concreto, este marco supone algunos elementos significativos a tener presente en la práctica. A saber; que los problemas surgen en un entorno que ayuda (y determina) a desencadenar, mantener, incrementar o reducir su incidencia. Por lo tanto, una labor fundamental al plantear el trabajo comunitario es la localización adecuada de la manifestación del problema y de su impacto –centrándose en el entorno que los individuos indican como problemático. Por lo mismo, los objetivos deben ser consistentes con los valores y objetivos del entorno –social y material–, pues de esto depende la posibilidad del cambio y del impacto esperado. Además, una intervención adecuada proporciona las bases para que la comunidad se desarrolle de forma autónoma a partir de sus propios recursos –y de la generación de otros a partir de esos–, ya que el supuesto es que los “organismos [se desarrollan y] varían sus conductas en función de los recursos disponibles” (Hombrados, 1996).

Marco transaccional

Según Chacón y García (1988) este marco puede entenderse como una ampliación del marco ecológico integrando principios de la Psicología Evolutiva, centrándose en la dimensión temporal de los cambios que van ocurriendo a medida que se desarrolla la intervención. De esta forma, el objeto de la Psicología Comunitaria que sigue este marco es “la comprensión de la disfunción y la salud emocional y conductual de las personas que se desenvuelven en escenarios físicos, psicosociales y políticos”, permitiendo así comprender como se desarrollan determinados estados emocionales y patrones conductuales, al mismo tiempo que sienta las bases para su modificación o prevención. Según los autores los principios de este marco pueden resumirse de la siguiente forma:

- a) **Holismo**, es decir, la afirmación de que las partes no pueden ser estudiadas independientemente de un todo.
- b) **Directividad**, en tanto los sucesos que ocurren en una comunidad están determinados por las características y experiencias presentes y pasadas de los miembros de la misma y su entorno. Esto implica que lo que ocurre se conceptualiza como un proceso, que debe ser adoptado en el análisis del campo de trabajo.
- c) Se deben diferenciar los medios de los fines de una comunidad, al analizar las comunidades para intervenir en ellas ha de tenerse en cuenta que estas se orientan sobre objetivos específicos, los que dan carácter y particularidad a las mismas. De esta forma, el proceso mediante el cual se desarrolla la intervención implica, necesariamente, una flexibilización y modificación de algunos de esos objetivos para adaptarse a las circunstancias concretas y así poder concretar los fines esperados para con la intervención. La reorganización de recursos bloqueados, mal empleados, no actualizados, resulta una tarea central.
- d) Se debe insistir en la movilidad de las funciones conductuales. En el transcurrir de su evolución las comunidades van incrementando su amplitud y diversidad de respuestas frente al medio, lo que significa que cada miembro y grupo de la comunidad posee un cúmulo de estrategias para resolver las demandas que se le plantean (o que, directamente, él mismo se plantea). Esto implica, entonces, que ese conjunto de conocimientos y prácticas acumulado puede ser reutilizado, independientemente de que el contexto en el que han sido desarrolladas cambie, haciendo necesaria una readaptación a las nuevas circunstancias. En este sentido, la desadaptación se produce por el uso inflexible de respuestas anteriormente adaptativas, más que por las respuestas en sí mismas.
- e) **Continuidad y cambio**, la premisa fundamental de este marco es que el cambio y el proceso de desarrollo. Cada cambio supone una modificación, en algún grado de importancia e impacto en grupos, individuos, o en toda la comunidad. Por lo mismo, dichos cambios suponen un continuo, en donde las estrategias a seguir cobran sentido y relevancia, permitiendo además, el uso de metodologías de medición e identificación de los mismos (Chacón y García, 1998).

A partir de estos puntos, se plantea la necesidad de implementar estudios longitudinales para captar el factor temporal, indicador fundamental en la secuencia de la dinámica comunitaria.

Una de las principales áreas de aplicación de este marco es la prevención, especialmente respecto de conductas “no deseables”, pues permite definir formas adecuadas de intervención a partir de la identificación y sistemática manipulación de procesos desarrollados con respecto a la desadaptación o adaptación de una determinada comunidad. Así, son condiciones de este marco que, (1) se desarrollen métodos efectivos para monitorear las relaciones individuo-contexto, (2) validando los factores de riesgo y las conductas precursoras de los mismos, (3) a partir del establecimiento de criterios de riesgo adecuados en grupos y subgrupos, que además permitan evaluar su desarrollo a través del tiempo, lo que requiere de un marco temporal de la etiología del desorden que se desea prevenir. Esto permite, además, proponer modelos de desarrollo de la situación comunitaria a futuro, en la medida que la complejidad del sistema lo permita (Chacón y García, 1998).

Marco de acción o cambio social

Antes de empezar con este último marco vale la pena aclarar que este corresponde a un conjunto de teorizaciones que, al igual que en el caso del marco sobre la salud mental, no comparten supuestos teóricos que permitan afirmar una cierta relación de unidad. Se trata más bien de un conjunto de orientaciones a las que la categoría de marco es difícilmente aplicable de modo directo. El denominador común, si antes fue el énfasis en la reconceptualización de la salud mental, ahora lo es respecto de la necesidad de contar con enfoques en torno a problemas sociales que incidan en la vida de las personas en comunidades, bajo el supuesto de que, en diversos aspectos, dichos problemas guardan relaciones entre sí, apuntando la causa última a la estructura social dominante. Esto supone, en un primer momento, que los servicios y respuestas actuales frente a dichas problemáticas, no dan abasto (son ineficientes) frente a las necesidades que dichos problemas plantean. Una forma de actuar, frente a esta situación es la de suponer que la organización de los residentes y miembros de la comunidad implicados en el problema permite hacerle frente de mejor forma.

Evidentemente, este marco –si podemos denominarlo así– critica las posibilidades que la Psicología clásica tiene para explicar problemáticas que rebasan el campo de lo intrapsíquico, o de “lo psicológico”, pues su enfoque no está orientado hacia la comprensión de los problemas reales con los que se enfrenta la sociedad, intentando producir un marco (o un conjunto de marcos) que permitan entender cómo los sistemas sociales producen reacciones psicológicas, y que, al mismo tiempo, posibilite establecer una forma de intervención sobre dicha relación (Chacón y García, 1998). En este sentido este marco resalta la necesidad de “devolverle

a grupos deprivados, el sentimiento de autodeterminación, ya que el principal efecto de las relaciones de estos grupos con la estructura social es un sentimiento de impotencia o indefensión comunitaria” que impide la posibilidad de desarrollo y de enfrentar los problemas que se le presentan cotidianamente (Chacón y García, 1998). Es claro, además, que de preferencia este marco, al definir su grupo objetivo como “deprivado” opta por intervenir en comunidades cuya condición de vida es genéricamente entendida como “pobre”, o bien durante el último tiempo como “vulnerable” o “carenciado”.

Todo lo anterior hace difícil definir algunos de los principios orientadores de la corriente, pero existen –sin embargo– algunos elementos en común a todas estas visiones que mencionamos a continuación:

- a) El énfasis durante la intervención en la participación de los miembros de la comunidad, más que una estrategia para mejorar la efectividad en la relación de implicación de la comunidad con sus problemas cotidianos, es esencialmente una forma de redistribuir el poder, tanto dentro de la comunidad como respecto de las relaciones que la misma tiene con su entorno social (Chacón y García, 1998). Esto implica, evidentemente, que si bien existe un profesional, diferente del miembro de la comunidad, su trabajo es cooperativo con el proceso participativo que debe gestar y favorecer dentro de la comunidad. Esta participación implica, además, que es la cultura y la historia la que se influye en el proceso de trabajo.
- b) Se priorizan dos líneas de intervención paralelas, que se superponen a la hora de la implementación, complementándose en la lectura que el profesional (y la comunidad) hace del proceso. La primera supone un trabajo de reflexión, en donde se ponen en tela de juicio algunos de los supuestos que fundamentan la acción del colectivo frente al abordaje de su problemática, estableciendo alternativas posibles a la acción. La segunda línea supone la generación y reformulación de habilidades, conocimientos y prácticas adecuadas a la situación.
- c) En general, y a partir de lo anterior, se utilizan paraprofesionales para fomentar el desarrollo comunitario. Parte de este proceso se conoce como “Investigación-Acción” (véase en el Cuadro 1.2. las contribuciones de Lewin sobre la IA y la IAP), que orienta el camino a seguir durante la intervención, permitiendo una explicación del proceso, y en la que la misma comunidad se compromete en la posibilidad del cambio responsabilizándose, en parte, del proceso. Lo anterior redundará en una redistribución del poder dentro de la comunidad, favoreciendo una transformación activa de la misma (Chacón y García, 1998).



Kurt Lewin, psicólogo polaco. Fue profesor en Berlín y perseguido por los nazis huyó a Estados Unidos. Se le considera el fundador de la Psicología Social y contribuyó al desarrollo de la gestalt, la teoría de campo, así como a la investigación-acción.

Cuadro 1.2. La aportación de Kurt Lewin

La Investigación Acción Participativa (IAP) tiene sus orígenes en el trabajo pionero de Kurt Lewin (1946) quien propuso inicialmente el nexo entre investigación y acción (IA), influenciado en parte por sus observaciones de comunidades y grupos religiosos, quienes despliegan un gran espíritu de autoayuda en el proceso de solucionar los problemas y atender a las necesidades de los miembros de la comunidad. El método de Lewin partía de la teoría psicosocial y proponía combinar teoría y práctica en la investigación-acción a través del análisis del contexto, la categorización de prioridades y la evaluación (Balcázar, 2003).

La estrategia de la IAP parte de los siguientes supuestos: a) Los seres humanos son los constructores de la realidad en que viven, b) Una comunidad tiene un desarrollo histórico y cultural previo a la intervención psicológica, c) La investigación, como toda actividad científica, está anclada espacial y temporalmente, d) Las relaciones entre sujetos externos e internos a la comunidad deben ser horizontales, e) Toda comunidad posee recursos para llevar a cabo su proceso de transformación y f) No sólo es posible, sino deseable, combinan diferentes formas metodológicas (Martín González, 1998).

d) A nivel de metodologías, es evidente que se presta atención a las necesidades y a cómo se involucra la comunidad en la intervención, pues la toma de conciencia crítica de la situación, como decíamos, es el elemento clave, permitiendo además, independencia del equipo interventor en su desarrollo futuro (Chacón y García, 1998).

Como puede notarse, dado el énfasis en la reconceptualización de los fenómenos por parte de la comunidad, es decir, de la toma de conciencia crítica de su condición de oprimidos y marginados, le ha dado a la práctica derivada de este marco un carácter fundamentalmente político, muchas veces no diferenciando la función del profesional como psicólogo o como militante. Esto, además, en deter-

minados contextos histórico políticos, como los de América Latina durante su pasado reciente, en donde —en palabras de Ignacio Martín-Baró (1990)— la militarización, la injusticia estructural y los regímenes opresivos acompañados de violaciones del orden institucional reconceptualizan los parámetros de a quién se debe apoyar y de qué forma es posible dicha ayuda.

Por lo mismo, y en la medida de que el clima político y social ha disminuido la efervescencia de décadas pasadas, el apoyo directo de este marco ha ido en descenso, priorizándose al rescate algunos de sus presupuestos, fundamentalmente aquellos que permiten una lectura de cómo el proceso participativo se articula con la estructura social, pero se han desechado otros, como el énfasis en la libertad de acción de la propia comunidad.

Características en común de los diferentes marcos teóricos

Tras la exposición de los diferentes marcos de referencia de la Psicología Comunitaria, a continuación trataremos de presentar en el Cuadro 1.3 las características que comparten entre ellos, con el objeto de dar unidad a la disciplina.

Cuadro 1.3. Características comunes de los marcos teóricos

1. Contexto y ecología.
2. Las relaciones recíprocas entre el individuo y el sistema social o ambiental.
3. La dimensión temporal.
4. La directividad de los sucesos.
5. El conocimiento como fenómeno construido.
5. Las interrelaciones entre el observador y el observado.
6. La subjetividad y la perspectiva de los grupos implicados.
7. La investigación-acción.
8. La fiabilidad de las observaciones.

Fuente: Chacón y García (1998).

Resumen

Al trazar el recorrido histórico de la Psicología Comunitaria es importante reconocer el hecho de que ésta surge en Estados Unidos con el objeto de reformar el sistema de salud mental y así crear redes de atención que atiendan los problemas de la comunidad, mientras que en Latinoamérica emerge como una respuesta profesional ante contextos sociales generalmente asociados a condiciones de injusticia y marginación. Todo psicólogo comunitario no puede olvidar que su trabajo se enmarca tanto en el ejercicio profesional como en el científico, y que su labor depende tanto de las condiciones históricas como de su propia capacidad para apropiarse del conocimiento disponible, tal y como ha quedado constatado en los distintos marcos teóricos de la disciplina que tienen en común, entre otras características: la orientación hacia la competencia-prevención, la preferencia por la intervención organizacional-comunitaria y la necesidad de una base de investigación empíricamente fiable.

Lecturas recomendadas

Sánchez Vidal, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria: Un Enfoque Integrado*. Barcelona: Editorial Pirámide.

Alipio mantiene una importante línea de publicaciones sobre el desarrollo y principales características de la Psicología Comunitaria desde mediados de la década de los ochenta. Este manual contiene una revisión de los principales aspectos y características de la Psicología Comunitaria en la actualidad, proponiendo una visión unificadora a partir de conceptos centrales.

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

Se trata de una completa revisión de la Psicología Comunitaria tanto en Europa como en América. Contiene información histórica, conceptual y síntesis de los marcos teóricos aplicados a temáticas relevantes en el ejercicio práctico de la Psicología Comunitaria.

Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.

Presenta una interesante discusión sobre los ejes de desarrollo de la Psicología Comunitaria a partir de la identificación de sus principales referentes dentro de la Psicología Social. Supone que la misma se estructura en base a tradiciones que se han mantenido con mínimas variaciones desde hace tres décadas. Plantea que la Psicología Comunitaria es un subconjunto de la Psicología Social Aplicada.

Montero, M. (1982). Fundamentos teóricos de la Psicología Social Comunitaria en Latinoamérica. *Boletín de la AVEPSO*. 5, 15-22.

Uno de los documentos de mayor relevancia histórica en el desarrollo de la Psicología Social Comunitaria en América Latina. Si bien no es el que tuvo mayor impacto y difusión, contiene una revisión adaptada al lenguaje psicológico de la matriz conceptual de Orlando Fals-Borda en torno a la investigación acción.

Página Web de interés

<http://www.portalpsicologia.org/>

Página web que vincula con recursos teóricos, metodológicos y técnicos de la Psicología contemporánea.

<http://www.liber-accion.org/>

Portal de noticias y discusión sobre temáticas de relevancia y Psicología Social desde la perspectiva crítica latinoamericana.

<http://www.apa.org/about/division/div27.html>

American Psychological Association (APA). Division 27- Society for Community Research and Action: Division of Community Psychology

<http://www.comunitarios.cl>

Red de trabajo comunitario libre y cooperativo. Sitio dedicado al intercambio de información sobre trabajo comunitario y prácticas de organización comunitaria.

Referencias bibliográficas

- Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Asún, M. (2005). *Para leer la Psicología Comunitaria: Contextualización histórica en Santiago de Chile*. Tesis para optar al Grado de Psicólogo. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Balcázar, F. E. (2003). La investigación-acción participativa en Psicología Comunitaria. Principios y Retos. *Apuntes de Psicología*, 21, 419-435.
- Bennett, C., Anderson, L., Cooper, S., Hassol, L., Klein, D. y Rosenblum, G. (1966). *A report of the Boston conference on the education of psychologists for community mental health*. Boston: Boston University.
- Bernstein, D. A. y Niftzel, M.T. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Bloom, B. L. (1973). *Community Mental Health: A historical and Critical Analysis*. Morristown: General Learning Press.
- Calderón Narváez, G. (1984). *Salud Mental Comunitaria*. México D.F.: Trillas.
- Castells, M. (1999). *La era de la información: Economía, sociedad y cultura*. México D.F.: Editorial fondo de cultura económica.
- Chacón, F. y García, M^a J. (1998). Modelos teóricos en Psicología Comunitaria. En A. Martín González (Ed.) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y Aplicaciones* (pp. 31-47) Madrid: Síntesis.
- Dohrenwend, B.S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-14.
- Ellacuría, I. (1984). *Conversión de la Iglesia al Reino de Dios. Para anunciarlo y realizarlo en la historia*. Santander: Sal Terrae.
- Hombrados, M. I. (1996). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Krause, M. (1996). Intervenciones en Psicología Comunitaria: un análisis comparativo transcultural. *Revista Chilena de Psicología*, 17, 33-59.
- Mann, Ph. (1978). *Community Psychology: Concepts and Applications*. Nueva York: The Free Press.
- Martín González, A. (1998). *Psicología Comunitaria: Fundamentos y Aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Martín González, A., Chacón, F., Martínez, M.F. (Eds) (1986). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.

- Martín-Baró, I. (1989). *Psicología Social desde Centroamérica II. Sistema, Grupo y Poder*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1990). *Psicología Social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- Montero, M. (1980). La Psicología Social y el desarrollo de comunidades en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 159-170.
- Montero, M. (1994). *Psicología Social Comunitaria. Teoría, método y experiencia*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Murrell, S. A. (1973). *Community Psychology and Social Systems*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology. Values, Research and Action*. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- Saforcada, E. (1992). Introducción. En J. Kelly y cols. (Eds.). *Psicología Comunitaria. El Enfoque ecológico-contextualista*. (pp. 7-34). Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención* (2a. edición). Barcelona: PPU
- Sarason, S. B. (1973). The evolution of Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 1, 91-97
- Serrano-García, I. y Álvarez, S. (1992). *Contribuciones Puertorriqueñas a la Psicología Social Comunitaria*. Río Piedras: EDURP.
- Tyler, F. (1984). La Psicología Comunitaria y sus implicancias para los países en vías de desarrollo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16, 291-307.

Empowerment y desarrollo comunitario

Estefanía Estévez López,
Terebel Jiménez Gutiérrez y
Gonzalo Musitu Ochoa

Introducción: El empowerment en la Psicología Comunitaria

¿Qué es el empowerment?

Poder y empowerment

Teoría multinivel del empowerment

La relación del empowerment con la perspectiva ecológica

El empowerment y el modelo ecológico del desarrollo humano

Raíces intelectuales del modelo ecológico

Principios del modelo ecológico del desarrollo humano

Componentes del modelo ecológico del desarrollo humano

El modelo ecológico y los niveles del empowerment

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- **Autodeterminación**
- **Cambio social**
- **Constructo multinivel**
- **Ecología humana**
- **Empowerment (potenciación)**
- **Modelo Ecológico del Desarrollo Humano**
- **Participación**

Objetivos

- **Definir el concepto de empowerment e integrarlo en el marco de la Psicología Comunitaria.**
- **Analizar los diferentes niveles del empowerment –individual, grupal-organizacional y comunitario– y las interdependencias que se producen entre estos niveles.**
- **Explorar las implicaciones del modelo ecológico del desarrollo humano para la comprensión de la perspectiva del empowerment.**
- **Estudiar las raíces intelectuales, los principios y componentes básicos del modelo ecológico del desarrollo humano –microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema– y su relación con los niveles del empowerment.**

Introducción: El *empowerment* en la Psicología Comunitaria

Tal y como hemos tenido ocasión de constatar en el capítulo anterior, la Psicología Comunitaria es una disciplina que surgió inicialmente como un movimiento social y político con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y en la que el concepto de salud fue un elemento central. Posteriormente, se constituyó formalmente como disciplina con una peculiar forma de tratar los problemas. Para los psicólogos comunitarios, existen un conjunto de valores fundamentales que impregnan su actividad, desde cómo se analiza a cómo se interviene en la realidad social, y entre los que destaca el de la igualdad, es decir, el estar siempre en consonancia con la comunidad con la que se está trabajando. Cuestiones tan relevantes como la crítica al modelo médico tradicional en el ámbito de la salud mental, la incorporación del rol del ambiente en los diferentes desarrollos teóricos de la Psicología, el desarrollo de la tradición grupal en la Psicología Social, la crisis de relevancia de los conocimientos desarrollados en esta misma disciplina y la apuesta por la indisolubilidad de lo teórico y lo aplicado fueron antecedentes que condujeron al nacimiento de la Psicología Comunitaria (para una revisión ver Blanco, 1987).

Con estos precedentes, a mediados de los años 60, un grupo de psicólogos, en su mayoría de procedencia clínica, se reunieron en Swampscott (Boston) con la preocupación de mejorar la formación y el desempeño de los psicólogos en el área de la salud mental, y con el objetivo de ampliar el papel del psicólogo en la comunidad. En esta conferencia se fraguó el origen de la Psicología Comunitaria alrededor de una serie de ideas clave que presentamos en el siguiente cuadro. En él hemos destacado aquellas características que caracterizan a la disciplina y que, posteriormente, cristalizaron en el desarrollo de la teoría del *empowerment*, objeto de este capítulo.

Cuadro 2.1. El nacimiento de la Psicología Comunitaria: ideas clave

- *Crítica y rechazo al modelo médico:* éste se centra en el concepto de enfermedad-déficit y favorece una relación diádica, autoridad-activa/enfermo-pasivo, que es insuficiente para fomentar el desarrollo de una mejor calidad de vida.
- *Importancia del modelo de desarrollo:* frente a lo anterior, se impulsa el desarrollo de una visión positiva de la salud, centrada en el desarrollo de capacidades y competencias en las personas mediante la acción social planificada.
- *Necesidad de conjugar teoría y praxis:* ambas son insolubles y deben analizarse desde una perspectiva ecológica que incorpore la interacción entre personas y ambientes.
- *Promover una Psicología de interés público:* se deben tratar cuestiones socialmente relevantes y promover el uso del conocimiento científico en pro del bienestar social.
- *Formación del psicólogo comunitario:* generalista e interdisciplinar, con un entrenamiento en escenarios comunitarios como participante directo.

En una conferencia posterior, celebrada en Austin en 1975, los académicos y profesionales allí reunidos se esforzaron por perfilar la formación y entrenamiento de los psicólogos comunitarios. Entre ellos, destaca Julián Rappaport quien, además de elaborar el primer programa de formación en Psicología Comunitaria, afianza la conceptualización de la disciplina en su libro *Community Psychology. Values, Research and Action* (1977) y, años más tarde, en el primer *Handbook of Community Psychology* publicado en el año 2000. El interés de la figura de Rappaport reside en su preocupación por dotar a la disciplina de una teoría válida que explique su campo de conocimiento y que sirva de guía a la investigación y actuación científicas. Implicado activamente en el intento de establecer las bases para el desarrollo de este cuerpo teórico, formuló el concepto de *empowerment* como meta integradora del desarrollo teórico de la Psicología Comunitaria puesto que en él se integran, de forma complementaria, la potenciación de recursos, la intervención y los principios ecológicos.

Si ningún modelo puede ser calificado de "neutral" en las Ciencias Sociales, el modelo del *empowerment* lo es aún menos. En efecto, el concepto de *empowerment* presenta dos ejes principales: es al mismo tiempo elemento vertebrador de la teoría y orientador explícito de los valores en la práctica. En relación con esta última cuestión, para Rappaport la noción de *empowerment* incluye un conjunto de valores que, asumidos por los psicólogos comunitarios en su hacer profesional y académico, constituyen una guía hacia un mismo objetivo investigador y aplicado que es el bienestar social. Como veremos a lo largo de los siguientes párrafos, el concepto de *empowerment* refleja el interés por proporcionar protagonismo a personas, grupos y comunidades en la consecución de mayor control y dominio sobre sus vidas (cuestión que se analiza en el Capítulo 7 sobre intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración). En última instancia, el *empowerment* persigue el cam-

bio social, entendido éste como una modificación significativa en la estructura (normativa, relacional y teleológica) de un sistema social que afecta a la vida y relaciones (horizontales y verticales) de sus miembros. De esta idea se derivan una serie de valores que se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 2.2. Valores de la Psicología Comunitaria

- *Distribución equitativa de los recursos materiales y psicológicos*: el bienestar, la salud y la calidad de vida son un bien social que debe ser accesible a todas las personas. El origen de la mayoría de los problemas sociales está en la distribución desigual de los recursos materiales, sociales o psicológicos, que mina el bienestar, la salud y calidad de vida de los más desfavorecidos. La Psicología Comunitaria es una disciplina socialmente comprometida y con vocación aplicada que pretende superar esas situaciones de desigualdad; es proactiva, positiva y preventiva.
- *Diversidad y relatividad cultural*: el reconocimiento de la importancia de las condiciones ambientales y socioculturales en el comportamiento implica reconocer el derecho de las personas a ser diferentes. Fomentar el protagonismo de personas, grupos y comunidades significa buscar conjuntamente espacios de reflexión y de acción desde sus propios marcos de referencia y asumiendo el propio etnocentrismo de los profesionales.
- *Modelo de colaboración entre profesional y comunidad*: consecuencia de las dos ideas anteriores es la necesidad de desarrollar un modelo de colaboración en la práctica profesional que, en contraposición con un modelo de experto o paternalista, desarrolle un diálogo horizontal con la comunidad a modo de colaborador o facilitador de procesos de cambio.

Como ya hemos señalado, paralelamente, Rappaport (1987) reúne una serie de planteamientos teóricos de la Psicología Comunitaria bajo el concepto de *empowerment* y que serán desarrollados posteriormente por Marc A. Zimmerman en su Teoría Multinivel del *Empowerment*. Según Zimmerman (2000), por un lado, la orientación hacia los valores del *empowerment* sugiere las metas, objetivos y estrategias para implementar cambios. Por otro lado, el *empowerment* como teoría provee de una serie de principios y de un marco para organizar nuestro conocimiento. La relevancia que tienen Rappaport y Zimmerman para la Psicología Comunitaria es que ambos sintetizan y visibilizan las aportaciones de la disciplina que se habían desarrollado hasta el momento. Así, la formulación de la teoría del *empowerment* se presenta como una síntesis que aglutina de forma coherente los planteamientos que hasta el momento se venían haciendo desde la Psicología Comunitaria. En suma, la teoría del *empowerment* se presentaba como una respuesta a muchos años previos de discusión en la joven disciplina y en el ámbito de la salud.

Rappaport señalaba con contundencia en 1987 que, "el objetivo propio de la teoría en Psicología Comunitaria puede ser resumido en una palabra, *empowerment*". El *empowerment* es, según este autor, el fin último de la disciplina. Es un

concepto que estimula el desarrollo de la teoría y que capta la "visión del mundo" de los psicólogos comunitarios, sus valores y objeto de interés. Estas afirmaciones dan cuenta del interés de Rappaport por dotar a la disciplina de una teoría válida que explique su campo de conocimiento y que sirva de guía a la investigación y actuación científica. El *empowerment* es lo que se intenta definir, comprender, explicar, predecir, crear o facilitar a través de las intervenciones y actuaciones de los científicos, mientras que la prevención es la forma de acercamiento al fenómeno de interés, una forma compartida por la comunidad científica de solucionar los problemas concretos (Buelga, Musitu, Vera, Avila y Arango, 2009; Hombrados, 1996).

Pero este planteamiento no es restrictivo en el sentido de limitar el objeto de la Psicología Comunitaria a este constructo. Muy al contrario, el estudio del *empowerment* se relaciona con un amplio abanico de variables de estudio y de intervención comunitaria muy sugerentes tales como la salud mental, la intervención educativa, la competencia social, la participación social, el apoyo social, las redes sociales, la justicia social, los grupos de ayuda mutua, etc. (Buelga y cols., 2009), siendo éstos algunos de los tópicos de interés que convergen en la Psicología Comunitaria. En este sentido, véase el Capítulo 4 sobre apoyo social.

Tras ubicar el concepto de *empowerment* en el desarrollo de la Psicología Comunitaria y como objeto fundamental de interés de la disciplina, es el momento de responder a la pregunta ¿qué se entiende por *empowerment*? En primer lugar, discutiremos el significado del concepto; en segundo lugar, lo analizaremos en relación con un concepto cercano como es el poder; en tercer lugar, desarrollaremos el modelo multinivel del *empowerment* propuesto por Zimmerman y, en cuarto lugar, nos detendremos en la íntima relación entre el *empowerment* y el modelo ecológico que dará paso a la segunda parte del capítulo. En ésta, nos adentraremos brevemente en las raíces intelectuales, principios y componentes del modelo ecológico con el objetivo de, finalmente, analizar qué factores de los distintos sistemas ecológicos pueden facilitar el desarrollo del *empowerment* en personas, grupos y comunidades.

¿Qué es el *Empowerment*?

Muchos autores castellano-hablantes se han detenido a desentrañar la difícil traducción de la palabra *empowerment*, ya que no se trata de traducir simplemente un vocablo sino de encontrar un término en español que aglutine la multiplicidad de significados que el neologismo inglés sugiere. Entre otros, se han barajado términos como fortalecimiento en América Latina (Montero, 2003) o potenciación (Hombrados, 1996) y emponderamiento (Sánchez-Vidal, 2007) en el contexto español. En

nuestra lengua, *empowerment* alude a dar poder, facultar, autorizar, habilitar, pero ninguna de estas palabras aglutina todo el significado y riqueza que Rappaport atribuye al concepto. Ante esta dificultad nos inclinamos por utilizar el término inglés, teniendo presente la definición de su creador.

Como se ha adelantado, el *empowerment* tiene múltiples referentes. En primer lugar, se refiere a una condición de dominio o autoridad por la que individuos o grupos logran por sí mismos transformaciones dirigidas a mejorar la calidad de sus vidas y el acceso a bienes y servicios de la sociedad. Se refiere no sólo a la determinación individual sobre la propia vida o autodeterminación, sino también a la participación democrática en la vida de la comunidad a través de estructuras mediadoras como la escuela, el vecindario, la iglesia y organizaciones de voluntarios. En el *empowerment* convergen el sentimiento o sentido psicológico de control personal y el interés por la influencia social real, el poder político y la provisión de derechos legales y opciones a los ciudadanos. En el siguiente cuadro se reúnen algunas de las definiciones formuladas por distintos autores.

Cuadro 2.3. Definiciones del *empowerment*

- “Proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren control y dominio –*mastery*– sobre sus vidas” (Rappaport, 1984).
- “Proceso por el cual los individuos aprenden a conocer la estrecha correspondencia entre sus objetivos y el sentido de cómo alcanzarlos, la relación entre sus esfuerzos y los logros en sus vidas” (Mechanic, 1991).
- “La potenciación es un proceso intencionado y progresivo que, centrado en la comunidad local, fundamentado sobre el respeto mutuo, la reflexión crítica, la ayuda natural y la participación en estructuras sociales de la comunidad, permite a aquellos que no comparten por igual los recursos, tener un acceso y un control sobre los recursos” (Cornell Empowerment Group, 1989).

Atendiendo a estas definiciones se puede extraer la idea de que el *empowerment* tiene dos componentes básicos: uno es la autodeterminación individual, que se refiere a la capacidad de las personas para tomar decisiones y resolver por sí mismas problemas que afectan a su propia vida, y el otro, la participación democrática en la vida comunitaria. Según Zimmerman (2000), la autodeterminación o potenciación psicológica se obtiene con el fortalecimiento de tres dimensiones de la persona: su sentido de control personal (dimensión interna), su comprensión crítica del entorno sociopolítico (dimensión externa) y sus esfuerzos por ejercer un control sobre este entorno (dimensión conductual). La participación en organizaciones y actividades comunitarias será un medio privilegiado para poner en funcionamiento estas tres dimensiones personales y obtener como resultado personas con un elevado sentido de competencia y bajo sentimiento de alienación. Es necesario no olvidar que la

potenciación no se dirige únicamente al fortalecimiento psicológico de la persona sino que también es necesaria cierta provisión de derechos y opciones a los ciudadanos en los contextos en que se desarrollan. En efecto, según este autor, el *empowerment* es un concepto/proceso multinivel donde los cambios que se producen en un nivel influyen en los que se dan en los subsiguientes y viceversa. Pero antes de presentar la teoría multinivel del *empowerment* desarrollada por este autor, nos detendremos brevemente en la relación que existe entre poder y *empowerment*.

Poder y empowerment

Poder y *empowerment* son dos constructos que están íntimamente relacionados. Como hemos adelantado, uno de los valores fundamentales hacia los que nos orienta el concepto de *empowerment* es la consideración de que el bienestar, la salud y la calidad de vida son un bien social que debe ser accesible a todas las personas, para lo que es necesario una distribución equitativa de los recursos materiales y psicológicos. Desde esta perspectiva, el origen de la mayor parte de los problemas sociales es la distribución desigual de los recursos. Es en este punto donde el poder surge como una fuerza social que también está detrás de la mayor parte de los problemas y conflictos sociales, ya que su ejercicio se basa, precisamente, en la desigualdad de recursos.

Según Sánchez-Vidal (2007), el poder, definido como la “capacidad de influir en el comportamiento de otros o a la vida colectiva a través de la amenaza o el uso real de la fuerza y de recompensas y castigos”, es inherente a la relación social y constituye el núcleo de la desigualdad. La tenencia de poder se relaciona con el control de los recursos y, las diferencias de poder, por tanto, con el desigual control de los recursos. En consecuencia, según este mismo autor, el incremento de poder –social o personal– ha de estar en el centro de cualquier programa de desarrollo o cambio social.

En efecto, como hemos visto en su definición, el *empowerment* implica dos componentes interdependientes: la percepción de control personal y los esfuerzos reales por ejercer ese control, de modo que podemos decir que se incrementa la percepción de poder personal. Esto se traduce en que la persona identifica los agentes causales, aquellos con poder y recursos, su conexión con algún aspecto específico de su vida y los factores para poder influir en las decisiones de aquéllos. Pero como también hemos señalado, no es suficiente la percepción individual de control sino que también es necesaria la provisión de recursos sociales, por lo que la percepción de control personal también depende del poder colectivo reflejado en la disponibilidad de recursos en la propia comunidad. El *empowerment*, en el nivel de la comunidad, implica la organización y participación de personas y grupos en

estructuras sociales intermedias que median entre el individuo y las instituciones sociales más impersonales. El objetivo es acceder y controlar recursos que implican la mejora en la calidad de sus vidas y que probablemente estén bajo el control de estas instituciones burocráticas impersonales o élites sociales ajenas al entorno comunitario. Es de este modo que el *empowerment* favorece un cambio social de abajo-arriba en beneficio de una distribución igualitaria de recursos y, por ende, de formas de vida también más igualitarias.

La teoría multinivel del empowerment

Rappaport proporcionó la definición multinivel del *empowerment* pero no especificó cómo se desarrollaba el proceso a través de los diferentes niveles de análisis. Fue Zimmerman (2000) quien lo hizo en su teoría multinivel del *empowerment*. Este autor dedica un capítulo del primer *Handbook of Psychology Community* a la descripción detallada del constructo: como ya sabemos, en el nivel individual, la persona presenta una comprensión crítica del entorno socio-político, se esfuerza por ejercer control sobre su ambiente y los recursos sociales y participa con otras personas para alcanzar objetivos comunes; el nivel organizacional incluye procesos y estructuras que posibilitan la participación de sus miembros e incrementan la efectividad organizacional para alcanzar dichos objetivos; finalmente, en el nivel comunitario, la acción colectiva mejora la calidad de vida en la comunidad y las conexiones entre las diferentes organizaciones comunitarias. Desde este punto de vista, el *empowerment* organizacional y el comunitario no son un simple agregado de varios individuos potenciados.

Para entender con claridad la teoría del *empowerment* es sumamente importante distinguir, desde esta perspectiva multinivel, entre los procesos de fortalecimiento y los resultados que se derivan de estos procesos. Los procesos incluyen las acciones, actividades o estructuras que permiten poner en marcha los esfuerzos por obtener control y recursos que satisfagan necesidades y, también, una mayor comprensión crítica del entorno. Estas actividades permiten a personas y grupos desarrollar habilidades relacionadas con la toma de decisiones y la resolución de problemas. Los resultados de la potenciación se refieren a la operatividad del fortalecimiento de modo que se pueda estudiar cuáles son los efectos producidos en función de los intentos llevados a cabo por tener un mayor control. Estos efectos son también indicadores de los resultados. Tanto los procesos como los resultados de la potenciación varían a lo largo de los diferentes niveles sugeridos por la teoría del *empowerment*. Así, Zimmerman (2000) establece una comparación entre los procesos y resultados que operan en el nivel individual, grupal-organizacional y comunitario que se presenta en Tabla 2.1.

Tabla 2.1. Procesos y resultados de potenciación en los niveles de *empowerment*

NIVELES DE ANÁLISIS	PROCESO DE POTENCIACIÓN (EMPOWERING)	RESULTADOS DE LA POTENCIACIÓN (EMPOWERED)
Individual	Autoestima, autoeficacia. Habilidades sociales: toma de decisiones, empatía. Manejo de recursos. Trabajar en equipo, con los demás.	Sentido de bienestar. Sentido de control. Conciencia crítica. Comportamiento participativo.
Organizacional	Oportunidades para participar en la toma de decisiones. Responsabilidades compartidas. Liderazgo compartido.	Competencia en manejo de recursos. Redes de trabajo: coaliciones entre organizaciones. Influencia política.
Comunitario	Acceso a recursos de la comunidad. Apertura de estructuras mediadoras. Desarrollo de valores (tolerancia a la diversidad)	Coaliciones organizacionales. Liderazgo plural. Habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria.

Se considera como procesos de potenciación en el ámbito individual, el aprender a tomar decisiones, a manejar recursos, o trabajar en equipo con otras personas. Consecuencias de ello serán por ejemplo, la percepción de control sobre una situación específica, determinadas habilidades o conductas proactivas. El análisis en el nivel grupal-organizacional puede incluir, como procesos potenciadores, las responsabilidades compartidas, y como resultado operativo, la organización en red o la influencia en políticas locales. Contextos representativos de este nivel son la familia y la escuela, y las instituciones y asociaciones locales. Finalmente, en el nivel comunitario, los procesos potenciadores pueden dirigirse a hacer accesibles los recursos de la comunidad a todos sus integrantes, y los resultados en este nivel se reflejarían en coaliciones entre las organizaciones de la comunidad, la existencia de un liderazgo plural y la participación activa de los miembros de la comunidad en la vida comunitaria.

Para Zimmerman (2000), un amplio desarrollo de la teoría del *empowerment* necesita, por tanto, un estudio de los procesos y resultados en múltiples niveles de análisis. Además, considera que estos niveles son mutuamente interdependientes, de modo que el fortalecimiento en un determinado nivel se relaciona directamente con el potencial fortalecedor en otro nivel. A modo de ejemplo, el desarrollo de organizaciones participativas y responsables es consecuencia del agrupamiento de personas potenciadas en un nivel individual, siendo al mismo tiempo la base desde la cual es posible el desarrollo de comunidades competentes. Si bien, como ya hemos señalado, las organizaciones y comunidades potenciadas no son simples agregados de individuos potenciados, es difícil imaginar una comunidad o una organización fortalecida con personas sin conocimiento crítico de la realidad o sin habi-

lidades o capacidades para controlar sus propias vidas. En la segunda parte de este capítulo se desarrollan detenidamente los procesos y resultados del *empowerment* en los diferentes niveles, contextualizando dicha descripción en los entornos o contextos sistémicos correspondientes.

La relación del empowerment con la perspectiva ecológica

Para Rappaport, la naturaleza de la Psicología Comunitaria y, por ende, del *empowerment*, es esencialmente ecológica. La perspectiva ecológica se refleja en la idea expuesta anteriormente de que el *empowerment* es un constructo multinivel, aplicable tanto a individuos como a organizaciones, en el que se da una influencia mutua entre los distintos niveles y cuyo contenido difiere atendiendo a los diferentes entornos, personas y organizaciones a que se refiere. El objetivo de Rappaport fue mostrar que la potenciación, desde una óptica ecológica, debe ser la guía para el psicólogo comunitario.

En este sentido, para poder comprender el significado global que tiene el *empowerment*, es necesario profundizar en las relaciones de las personas con su entorno. Un aspecto fundamental en este análisis consiste en conocer las características de los entornos que facilitan o, al contrario, inhiben el desarrollo del *empowerment*. Si estudiamos las características de los entornos que proporcionan dominio y poder a las personas (generalmente, son las denominadas estructuras sociales intermedias tales como familias, asociaciones, etc.), estamos describiendo también las condiciones que conducen al *empowerment*. Al contrario, si trabajamos en entornos donde no surge el *empowerment*, el objetivo será, en colaboración con las personas de esos entornos, comprender críticamente sus circunstancias y favorecer un cambio social que permita crear las condiciones para desarrollar una condición de dominio y control sobre el entorno que mejore sus vidas.

Por tanto, y en consonancia con esta idea, el objetivo de la segunda parte de este capítulo es analizar cómo se desarrolla el *empowerment* en función de los diferentes entornos ecológicos, desde los más microsociales y relacionados con constructos más psicológicos del individuo, a los más macrosociales y relacionados con aspectos organizacionales, políticos, sociológicos o económicos.

El empowerment y el modelo ecológico del desarrollo humano

Como ya hemos señalado, la perspectiva del *empowerment* y el modelo ecológico del desarrollo humano están profundamente interrelacionados. Esta relación se sustenta en que los supuestos del modelo ecológico del desarrollo humano subyacen

y estructuran de manera sistematizada los planteamientos de la teoría del *empowerment*, tal y como trataremos de exponer a continuación. Como comentábamos en los apartados precedentes, el *empowerment* supone la potenciación de recursos y el fortalecimiento en varios niveles: individual, grupal-organizacional y comunitario. Estos son precisamente los sistemas que, en el modelo propuesto por Urie Bronfenbrenner, se encuentran interconectados e impregnan todo el desarrollo humano. A lo largo de este apartado vamos a concretar estas ideas, comenzando por una breve descripción de los orígenes del modelo ecológico, continuando con los principios y componentes de este modelo y finalizando con el vínculo existente entre estos principios y componentes y los niveles de análisis de la teoría del *empowerment*.

Raíces intelectuales del modelo ecológico

El término ecología procede de las palabras griegas «οικος» (oikos: casa, vivienda, hogar) y «λογος» (logos: estudio o conocimiento). Podemos decir, por tanto, que ecología significa literalmente «estudio de los hogares». Este término fue acuñado por el biólogo alemán Ernst Haeckel en 1869 en su trabajo *Morfología General del Organismo*. En un principio, Haeckel entendió la ecología como la ciencia encargada del estudio de las relaciones de los seres vivos con su ambiente, pero más tarde amplió su definición al estudio de las características propias del entorno y la transformación de éstas por sus integrantes. Hoy en día la ecología se sigue entendiendo en estos términos, aunque forma parte de una disciplina más amplia, la biología, y, de hecho, se considera que la ecología es la biología de los ecosistemas (Margalef, 1998).

Algunos años después de la publicación de Haeckel y ya entrado el siglo XX, Ellen Swallow Richards, pionera en el estudio de las ciencias ambientales y primera mujer admitida en el Instituto de Tecnología de Massachusetts, asentaría los cimientos de la ecología humana, dejando un gran legado para los biólogos que la sucedieron. En su libro *La Higiene de la Vida Cotidiana*, publicado en 1907, Ellen analiza el efecto de las condiciones ambientales en las sociedades humanas, y destaca que la educación es el principal medio para fomentar una interacción adecuada con el entorno que redunde en bienestar y salud para el ser humano. Definía la ecología humana como el estudio del entorno de los seres humanos y de los efectos que produce en sus vidas.

En 1911, Ellen muere por enfermedad en su casa convertida en laboratorio, no sin haber dejado huella en otros científicos. Prueba de ello es que en 1916 se fundó la Sociedad Ecológica de América, que reunía a investigadores de diferentes disciplinas, y en 1917 nació la revista *Ecology*. En 1925 Burgess y Park publicaron sus contribuciones desde la Escuela de Chicago, donde desarrollaron otra perspectiva de la ecología humana: la denominada ecología urbana (hoy considerada una especialización de la ecología humana). El interés de estos investigadores era la distribución

de los espacios urbanos. Las ciudades en este período estaban experimentando un crecimiento rápido y cambios a gran escala que requerían un análisis desde un punto de vista macroscópico, como un todo. Los planteamientos de la ecología urbana se han aplicado al transporte y a la distribución del trabajo.

Será en la segunda mitad del siglo XX cuando la ecología humana avance como disciplina de la mano de Amos Hawley, un sociólogo de la Universidad de Michigan que en 1950 publica su libro *Ecología Humana*. Hawley explica en este texto los fundamentos ecológicos de las estructuras sociales humanas. Este autor consideraba excesivo el hincapié que se estaba haciendo en los temas espaciales en los estudios de ecología humana y apostó por un nuevo punto de vista: la comunidad como el objeto principal de análisis. En el estudio de la relación entre la persona y el medio ambiente, Hawley subrayaba que el ser humano es inexorablemente dependiente de su entorno; así, señalaba que aunque la persona se independice de familiares y vecinos, dependerá entonces de otros extraños, sin alterar la situación de base. Y puesto que el ser humano necesita de su comunidad, abogaba por una defensa conjunta del medio, del ecosistema, mediante la cooperación colectiva.

Desde los estudios de Hawley, la Ecología Humana ha seguido desarrollándose y actualmente es una disciplina inserta en el marco académico de la Sociología, junto con la Antropología Cultural, la Demografía, la Geografía Humana y la Psicología Social. Aunque ha habido intentos de integrar las aportaciones de diversas disciplinas en el ámbito de la ecología humana, no existe una teoría comprehensiva integradora. Aun así, podemos destacar una serie de supuestos generales que son compartidos en el marco de las Ciencias Sociales. Estos supuestos se recogen en el Cuadro 2.4.

Cuadro 2.4. Supuestos generales de la Ecología Humana

- Los individuos y los grupos son esencialmente biológicos y sociales por naturaleza.
- Los seres humanos son dependientes de su ambiente para su subsistencia (aire, agua, alimento, etc.).
- Los seres humanos son sociales y de esta manera son interdependientes de otros seres humanos.
- Los seres humanos son finitos, y su ciclo vital junto con sus necesidades biológicas de subsistencia, impone el tiempo como constricción y recurso.
- Las interacciones humanas están espacialmente organizadas.

Todos estos supuestos generales se sustentan en la idea básica de la interconexión entre la persona y su ecosistema, un concepto clave en esta disciplina. Hawley (1991) definió el ecosistema como «un orden o disposición de dependen-

cias mutuas en una población en la que la totalidad opera como una unidad y, por esta razón, mantiene una relación viable con el medio ambiente» (p.52). La idea de ecosistema contiene los elementos de totalidad y de interdependencia entre las partes. Así, por ejemplo, un ecosistema familiar consiste de un sistema familiar en interacción con su ambiente. Las familias no son bloques autosuficientes del edificio social, exclusivamente responsables y culpables de su propio destino, sino que se encuentran profundamente influenciadas por el contexto social. Existe una relación entre los cambios que ocurren en la familia y los cambios que acontecen en el entorno. De esta forma, podemos decir que entre la familia y los sistemas extrafamiliares se establece un proceso continuo de adaptación mutua.

La familia es, de hecho, la estructura más importante del modelo ecológico para Hawley, quien la considera una organización social integrada en una red de parentesco más amplia, que ocupa un nicho en todos los sistemas sociales y que ofrece apoyo material y psicológico así como cuidado a sus miembros, mientras que reproduce el sistema de organización económica y social de la sociedad más amplia. En la misma línea, fue Urie Bronfenbrenner (1987) quien más claramente vislumbró el desarrollo del individuo dentro del ecosistema. Así, del mismo modo que un biólogo estudia un organismo particular atendiendo a la interrelación entre éste y su ambiente, desde los planteamientos de la Psicología Comunitaria y del modelo ecológico, para estudiar el desarrollo humano, Bronfenbrenner entiende que es necesario examinar todos los sistemas que rodean la evolución de la persona. De ahí que su perspectiva teórica reciba el nombre de modelo ecológico del desarrollo humano, un modelo considerado en la actualidad como útil y apropiado para guiar la investigación e intervención en el ámbito de la Psicología Comunitaria, y al que dedicamos la sección siguiente.

Principios del modelo ecológico del desarrollo humano

Urie Bronfenbrenner (1917-2005), psicólogo estadounidense interesado por el desarrollo humano, es el padre del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano (MEDH), una de las teorías con mayor aceptación en la psicología actual (Evolutiva, Social y Comunitaria). El MEDH se sustenta en el axioma comentado en los párrafos precedentes de que ninguna persona puede comprenderse de manera aislada de los contextos donde se integra. Muy al contrario, la comprensión de la persona necesita de un enfoque multidisciplinar y multicultural donde se analice el desarrollo del ser humano dentro de diferentes contextos y sistemas dinámicos. Bronfenbrenner reconoció este hecho cuando en 1977 hizo una crítica a la frecuente investigación de laboratorio en el ámbito de la Psicología del desarrollo humano, considerándola por entonces como “la ciencia de las conductas extrañas de los niños en situaciones extrañas con adultos extraños, en breves períodos” (p.513).



Urie Bronfenbrenner

En su libro *La Ecología del Desarrollo Humano* publicado en 1987, Bronfenbrenner enfatiza que el desarrollo de la persona es el resultado de la interacción de su carga genética con la familia inmediata y con otros componentes del ambiente. Como vemos, no hay contradicción alguna con la perspectiva de Hawley. Los dos acercamientos son complementarios y se diferencian en lo que exploran. Así por ejemplo, Hawley examina los vínculos entre partes del ecosistema y las leyes generales que gobiernan las interrelaciones de estas partes, y Bronfenbrenner examina la conducta humana individual como una consecuencia de la interacción entre los rasgos de la persona y sus habilidades con el ambiente. Esta última idea se resume en la fórmula $C=f(PA)$, propuesta por Kurt Lewin en 1935, y donde C es la conducta, función (f) de P y A, persona y ambiente respectivamente. Las formulaciones teóricas de Kurt Lewin (expuestas en el Capítulo 1) influyeron notablemente en Bronfenbrenner, tal y como éste aseguró en diversas entrevistas, y de hecho suponen la base estructural del modelo ecológico. Lewin destacó la gran relevancia del estudio del ambiente para la comprensión del desarrollo y comportamiento humano, pero no desde la consideración del ambiente como “realidad objetiva” sino desde la percepción subjetiva del mundo y las circunstancias que rodean a la persona. Bronfenbrenner adoptó este planteamiento y describió seis principios que permiten entender estas interrelaciones en el desarrollo humano desde las primeras etapas de la vida:

- a) *Desarrollo en contexto*. Los niños y jóvenes se encuentran profundamente influenciados por su ambiente –familia, amigos, compañeros de clase, así como por sus vecinos, su comunidad y cultura. De forma similar, los entornos donde viven y se relacionan, modelan el comportamiento de los padres. Desde esta perspectiva, la habilidad de un padre de cuidar y educar con éxito a su hijo no es únicamente una cuestión de «personalidad» o «carácter», sino que es también una función de la comunidad y cultura particular donde viven padres e hijos.

- b) *Habilidad social*. El acercamiento ecológico enfatiza la importancia de la «calidad de vida» para las familias y su estrecha relación con un entorno socialmente rico. Los padres, de acuerdo con esta formulación, necesitan una combinación apropiada de relaciones informales (ej. con otros familiares) y formales (ej. con profesores), capaces de proporcionarles apoyo, guía y asistencia en la difícil tarea de cuidar y educar a los hijos.
- c) *Acomodación mutua individuo-ambiente*. Los individuos y el entorno se adaptan y ajustan mutuamente. Así, para la comprensión del comportamiento humano necesitamos centrarnos en la interacción del individuo y la situación en el continuo temporal. Esto tiene importantes implicaciones puesto que requiere de acercamientos que puedan captar los efectos interactivos, así como de estudios longitudinales que vayan más allá de un punto en el tiempo y permitan analizar el desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital.
- d) *Efectos de segundo orden*. Gran parte de los aspectos más importantes del comportamiento y desarrollo humanos, tienen lugar como resultado de interacciones que son modeladas e incluso controladas por fuerzas que no se encuentran en contacto directo con los individuos en interacción. Bronfenbrenner denomina a estos efectos indirectos «efectos de segundo orden», para indicar que algo más allá de la interacción entre dos individuos está regulando la calidad de esta interacción. Así, por ejemplo, las relaciones entre padres e hijos se encuentran claramente moduladas por fuerzas externas a la familia. Con frecuencia, lo que acontece a un padre en el entorno laboral afecta tanto al padre como a los hijos, aunque éstos nunca hayan pisado la oficina.
- e) *Conexiones entre personas y contextos*. El acercamiento ecológico centra nuestra atención en: (1) «transiciones ecológicas», es decir, los movimientos de individuos desde un contexto social a otro (por ejemplo, podemos transitar en un mismo día por los siguientes escenarios: familia, amigos, medio escolar o laboral, por una ONG a la que pertenecemos, etc.); y (2) en «días transcontextuales», es decir, las relaciones que existen a través de diferentes contextos (por ejemplo, cuando un niño es un estudiante con respecto a sus compañeros y un vecino con respecto a un adulto de su barrio). De acuerdo con esta perspectiva, las relaciones paterno-filiales se fortalecen cuando un niño y su padre comparten experiencias en múltiples contextos. Además, de acuerdo con este planteamiento, la habilidad de los padres para criar con éxito a sus hijos depende en parte del nivel de riqueza de las redes de relaciones sociales de ambos. Cuando los hijos mantienen relaciones con adultos diferentes a sus padres, tales como profesores, amigos, veci-

nos y familiares, que trascienden distintos contextos y persisten en el tiempo, tanto los hijos como los padres se benefician, se fortalecen las relaciones paterno-filiales y se mejora el proceso de desarrollo del niño.

- f) *Perspectiva del ciclo vital.* El acercamiento ecológico del desarrollo humano considera que el sentido y significado de las características de personalidad y de las distintas situaciones a las que se enfrenta la persona, pueden diferir a lo largo del ciclo vital. Por ejemplo, familias altamente competentes en el cuidado y asistencia de sus hijos pequeños, pueden encontrar grandes dificultades en el manejo de los hijos cuando alcanzan la adolescencia. Desde el acercamiento ecológico, se insiste en que no existen respuestas ni soluciones correctas e incorrectas a lo largo de todo el ciclo vital, sino diferentes alternativas para una misma cuestión, dependiendo del nivel de maduración de las familias.

Tabla 2.2. Principios del modelo ecológico del desarrollo humano

1.	<i>Desarrollo en contexto:</i> el desarrollo humano se encuentra profundamente influenciado por las características de los contextos que rodean a la persona.
2.	<i>Habilidad social:</i> la persona necesita desarrollar habilidades sociales para interactuar adecuadamente con su entorno.
3.	<i>Acomodación mutua individuo-ambiente:</i> las personas y su entorno se adaptan y ajustan mutuamente.
4.	<i>Efectos de segundo orden:</i> algunos aspectos del desarrollo humano tienen lugar como resultado de interacciones modeladas y controladas por elementos que no están en contacto directo con las personas implicadas.
5.	<i>Conexiones entre personas y contextos:</i> las relaciones que trascienden a distintas personas y contextos influyen marcadamente en el desarrollo humano.
6.	<i>Perspectiva del ciclo vital:</i> las características de personalidad y el manejo de las situaciones difieren a lo largo del ciclo vital.

Estos seis principios (véase Tabla 2.2.) se articulan en función de cinco componentes básicos en el MEDH, que describimos en detalle a continuación.

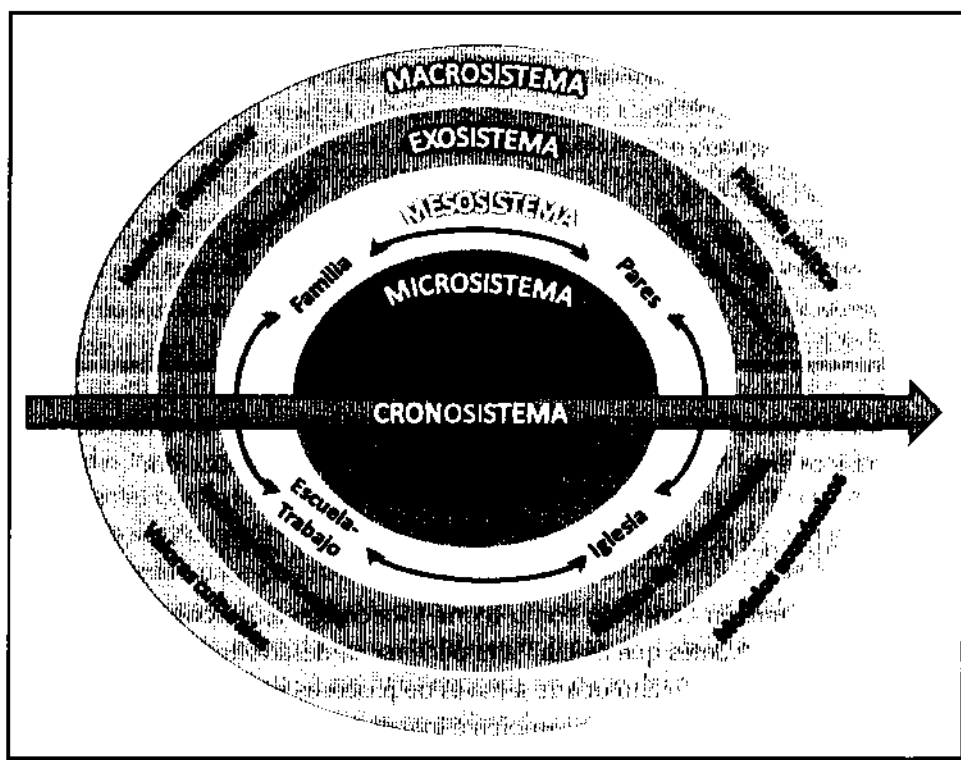
Componentes del modelo ecológico del desarrollo humano

El MEDH, también conocido como Teoría Bioecológica, describe el rango de influencias interactuantes que afectan a la persona en desarrollo. Según Bronfenbrenner, el desarrollo humano ocurre a través de procesos de interacción cada vez más complejos entre la persona, el ambiente inmediato y otros contextos más “alejados” de cuya influencia puede que la persona no sea tan consciente, como los

valores culturales de la comunidad y el momento histórico. Estos procesos comienzan en la familia, en la escuela o en el trabajo, contextos que por una parte están conectados entre sí y, por otra, también lo están hacia el exterior con la comunidad o el vecindario, con las instituciones sociales (por ejemplo, centros médicos, oficinas gubernamentales) y con los medios de comunicación; finalmente, el proceso de desarrollo de la persona también abarca los patrones culturales e históricos (por ejemplo, ideologías y costumbres, valores culturales, modelos económicos, filosofía política) que a su vez afectan a todos los contextos mencionados (desde la familia hasta las instituciones locales).

En definitiva, el MEDH considera que el ser humano se halla integrado en una tupida red de relaciones que se expresan gráficamente en estructuras concéntricas o anidadas y que representan los contextos de desarrollo o ambientes más significativos. A estas estructuras anidadas Bronfenbrenner las denomina con los siguientes términos: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema. En la siguiente figura hemos representado el modelo con estos cinco componentes. Además, en el Capítulo 4 se analiza nuevamente estos conceptos en relación al apoyo social.

Figura 2.1. Representación gráfica del MEDH



Un microsistema es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en sus entornos más inmediatos, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, o el lugar de culto religioso. Es, por tanto, el nivel más interno del ambiente conformado por los sistemas con los que la persona interactúa más activamente y más frecuentemente, en su día a día. Los más significativos son la familia y la escuela, y dentro de ésta, los compañeros y profesores. En los microsistemas ocurren dos efectos importantes: Los de primer orden, que se producen en el contexto de una díada –una actitud atenta de la madre hacia las necesidades de su hijo tendrá efectos psicológicos y sociales positivos en el niño– y los de segundo orden que afectan de forma indirecta a las díadas a través de la mediación de terceros –por ejemplo, un problema con alguien de la red social de amistades, puede afectar a la dinámica familiar. Además, a través del microsistema llegan a la persona en desarrollo las influencias más distantes de otros sistemas como las instituciones sociales o los valores culturales.

Un mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente, es decir, se trata de la interacción entre dos o más microsistemas. Por ejemplo, en el caso del niño serán fundamentalmente, no exclusivamente, las relaciones entre el hogar, la escuela y el grupo de compañeros, y para un adulto, serán la familia, el trabajo y la vida social, entre otros. Un mesosistema es un sistema de microsistemas y, por tanto, su descripción y análisis debe realizarse en los mismos términos que los microsistemas: relaciones, actividades y roles. Dependiendo del contexto, la persona se relaciona de una manera particular, realiza actividades concretas y desempeña roles particulares. El mesosistema puede ayudarnos a comprender, por ejemplo, por qué una persona que es extrovertida y eficiente en su entorno laboral, no asiste a las reuniones vecinales para tomar decisiones importantes para su comunidad.

Un exosistema se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante, pero en los cuales se producen hechos o se toman decisiones que afectan a todo aquello que ocurre en el entorno que comprende a la persona. El exosistema influye, por tanto, de manera indirecta en el desarrollo de la persona. Por ejemplo, un reconocimiento profesional del padre o la madre puede influir de forma indirecta en los hijos, aunque éstos no participen activamente en ese contexto. También, una práctica negligente en un hospital que afecte a un miembro de la familia repercutirá en el resto de familiares y amigos, aunque éstos no participen en ese escenario social. De ahí la importancia de vincular de forma efectiva los hechos que suceden en un exosistema con los hechos que acontecen en un microsistema, teniendo siempre presente los cambios evolutivos de la persona en desarrollo.

El macrosistema consiste en un patrón cultural global que contiene el conjunto de creencias, actitudes y valores dominantes que caracterizan el entorno cultural de la persona en desarrollo. Incluye también los entornos sociales más amplios como los modelos económicos y la filosofía política. Todos estos elementos mantienen correspondencias constantes con los sistemas de menor orden (micro, meso y exo), puesto que penetran de diversas formas en la vida diaria de las personas. Así por ejemplo, un microsistema como la familia, un mesosistema como la relación entre los entornos familiar y escolar, y un exosistema como los medios de comunicación, tienen unas características externas y unas reglas de funcionamiento internas muy diferentes en culturas orientales y occidentales. Pensemos que el simple hecho de que un niño crezca en una familia nuclear o extensa dependerá fundamentalmente del macrosistema de una sociedad determinada.

Cuadro 2.5. Componentes del modelo ecológico del desarrollo humano

- *Microsistema*: entornos más inmediatos a la persona en los que participa activamente.
- *Mesosistema*: interacción entre dos o más microsistemas.
- *Exosistema*: entornos que no incluyen a la persona como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan al microsistema y mesosistema.
- *Macrosistema*: conjunto de creencias, actitudes y valores dominantes que caracterizan el entorno cultural.
- *Cronosistema*: dimensión temporal del desarrollo de las personas y sus contextos.

Finalmente, en 1989, Bronfenbrenner incluye el tiempo como una parte más integral de su teoría, lo que ha supuesto, según Klein y White (1996), dos transformaciones esenciales. En primer lugar, Bronfenbrenner considera que su teoría ecológica se debe aplicar a todo el ciclo vital del individuo, y en segundo lugar, ha añadido la idea de *cronosistema*, que incorpora el tiempo como la historia del desarrollo de la persona, incluyendo eventos y experiencias y su efecto en el desarrollo. Ejemplos de factores del cronosistema son cambios en la estructura familiar, en el lugar de residencia y trabajo, e incluso períodos de guerras o crisis económicas.

Para terminar con este apartado, es fundamental destacar que el MEDH va en la línea de responder a una de las demandas que con más insistencia se ha venido haciendo a los enfoques ecológicos desde hace tiempo como es la de vertebrar una caracterización ambiciosa de los entornos de desarrollo con una caracterización del desarrollo psicológico individual (Hernández, 1996). Por esta particularidad, el MEDH ha tenido un gran calado en la investigación en Psicología Social y ha enriquecido notablemente los estudios sobre familia y comunidad de las últimas décadas. Esto es así porque los procesos de influencias mutuas entre personas y contextos, descritos en el modelo, proporcionan las claves para entender muchas características

psicosociales y comportamentales del individuo. El MEDH puede tomarse como punto de partida para tratar de entender problemáticas sociales tan relevantes como la violencia doméstica y la delincuencia juvenil; paralelamente, y en un sentido más positivo y acorde con nuestro propósito de este capítulo, aporta la estructura organizativa idónea desde la que analizar los procesos de potenciación o *empowerment* de personas y comunidades y de entender cómo los unos pueden influir en las otras y viceversa.

El modelo ecológico y los niveles del empowerment

Tanto el MEDH como la perspectiva del *empowerment* aportan descripciones multinivel para describir el proceso de desarrollo humano, en el primero, y el proceso de potenciación de recursos psicosociales, en el segundo. Por un lado, el MEDH destaca los ya descritos niveles de microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Por otro lado, tal y como se apuntó en la primera parte de este capítulo, el *empowerment* o potenciación se produce en los siguientes niveles de análisis: individual, grupal-organizacional y comunitario. Los niveles propuestos por ambas perspectivas tienen muchos puntos en común y, de hecho, comparten la misma estructura. Así, como señalábamos, el *empowerment* es un constructo multinivel puesto que, al igual que en el MEDH, la teoría de la potenciación considera que es necesario analizar la realidad de las personas en función de diferentes niveles con el fin de comprender cómo ciertos aspectos organizacionales, políticos o económicos tienen un peso específico para favorecer, o en contraposición, para inhibir los procesos de control y de dominio.

En efecto, tal y como señalaba Zimmerman (2000), el resultado operativo de una potenciación en el ámbito individual, puede ser el sentimiento de control personal, la conciencia crítica o el comportamiento participativo. Estos aspectos se encuentran a su vez íntimamente relacionados con características personales como el grado de autoestima, el sentimiento de autoeficacia, habilidades sociales como la empatía, y el sentimiento general de satisfacción con la vida; unos aspectos que, como comentaremos más adelante, se desarrollan o inhiben, fundamentalmente, en el marco de las relaciones sociales establecidas en el microsistema de Bronfenbrenner. En el nivel organizacional se analizan las interacciones e influencias mutuas entre contextos para, desde la perspectiva del *empowerment*, conseguir alianzas y responsabilidades compartidas que potencien los recursos no sólo de los individuos, sino también de los grupos. Estos elementos se insertan tanto en el mesosistema como en el exosistema del MEDH. Finalmente, los procesos y resultados relacionados con el nivel comunitario tienen que ver con la participación de las instituciones locales, las oficinas gubernamentales y los medios de comunicación en la vida comunitaria, todos ellos elementos incluidos en el exosistema de Bron-

fenbrenner. El macrosistema compuesto fundamentalmente por los valores culturales dominantes y la ideología política del contexto geográfico e histórico determinado, se encuentran al mismo tiempo rodeando e impregnando los niveles anteriores.

Del mismo modo, una idea esencial en el planteamiento de Zimmerman y compartida también por el MEDH de Bronfenbrenner es la influencia mutua entre los diferentes niveles –individual, grupal-organizacional, comunitario–. Tanto los procesos como los resultados que se generan en un nivel contribuyen a potenciar los subsiguientes. Teniendo en cuenta esta interrelación entre componentes y contextos del *empowerment*, pasamos a describir, a partir del esquema sugerido por Zimmerman, cada uno de los niveles.

El nivel individual del empowerment y el microsistema

Como ya hemos adelantado, el *empowerment* en el nivel individual se refiere a la potenciación psicológica la cual incluye varios componentes intrapersonales, como son la percepción de autoeficacia, el lugar de control, la capacidad crítica, la habilidad empática, la autoestima y la satisfacción general con la vida. Todos estos recursos constituyen los elementos básicos de una persona “potenciada”, así como las herramientas básicas que guían el esfuerzo de la persona hacia el control y cambio del entorno. Analizaremos a continuación cada uno de estos componentes de la potenciación psicológica.

La percepción de autoeficacia se refiere a la creencia de que se puede influir en los resultados, bien para lograr un determinado objetivo, bien para evitar una situación indeseable. Más específicamente, la autoeficacia fue definida por Bandura (1977) como el conjunto de creencias que una persona tiene acerca de su habilidad para realizar determinadas acciones con éxito. Cuando los esfuerzos de las personas por producir un efecto sobre el entorno tienen éxito, éstas experimentan satisfacción intrínseca y el deseo de realizar conductas encaminadas a mantener estos resultados. En otras palabras, se sienten competentes para ejercer un control e influencia sobre el entorno. Este concepto no hace referencia a los recursos que se disponen, sino al juicio que uno tiene sobre lo que puede o no hacer con estos recursos. La autoeficacia ayuda a determinar las actividades en las que participar (qué conductas se iniciarán) además de proporcionar información acerca del esfuerzo que se necesita para lograr los objetivos deseados y del tiempo que se está dispuesto a mantener ese esfuerzo pese a los obstáculos o experiencias adversas. Las experiencias previas de éxito incrementarán las creencias de autoeficacia y la motivación por continuar ejerciendo control sobre el medio. Un aspecto relevante de la autoeficacia para la teoría del *empowerment* es la eficacia política en tanto que se intenta intensificar y enriquecer la participación ciudadana en los espacios institucionalizados con el fin de que éstos tengan un mayor control sobre lo que ocurre en la esfera social.

El lugar de control (también conocido como locus de control) se refiere al tipo de creencia que tiene la persona acerca de la conexión causal entre su conducta y los resultados subsecuentes. El lugar de control fue propuesto por Rotter y Murly en 1965 y definido, a grandes rasgos, como la percepción de la persona sobre lo que determina el rumbo de su vida. Responde a la pregunta ¿los eventos y sus consecuencias tienen un origen interno o externo a la persona? Cuando el sujeto percibe que el evento ocurre principalmente como efecto de su propia conducta o características de personalidad, se trata de una creencia de control interno. Por el contrario, cuando el evento no es percibido como correlativo con su conducta, sino como el resultado de factores externos, tales como la suerte, el destino, el control o decisiones de otros o como algo incontrolable debido a la gran complejidad de las fuerzas que le rodean, se trata de una creencia de control externo. En definitiva, el locus de control representa una disposición que incluye una expectativa generalizada sobre la relación entre las propias acciones y los resultados o logros obtenidos, sean éstos alcanzar una determinada meta o evitar una situación aversiva. Las personas con un locus de control interno valoran más positivamente el esfuerzo y se perciben como responsables de lo que acontece a su alrededor.

La capacidad crítica se refiere a la capacidad de comprender y analizar los eventos y las situaciones sociales y de ser habilidoso para, a partir de ese análisis, emitir un juicio valorativo sobre los aspectos positivos y negativos de lo acontecido. Un conocimiento crítico de utilidad desde la perspectiva del *empowerment* incluye también la capacidad de identificar y valorar los factores que influyen en la toma de decisiones, en las relaciones de poder entre los grupos, y en las estrategias más adecuadas para lograr el cambio social. Se trata de una capacidad cognitiva que da cabida a un pensamiento flexible, intuitivo y maduro que permite examinar los acontecimientos desde distintas posiciones contrastadas y conocer cuándo implicarse o evitar un conflicto para reequilibrar esas relaciones de poder.

La habilidad empática se refiere grosso modo a la capacidad de “ponerse en el lugar del otro”. Podemos definirla como la habilidad de reconocer, comprender y valorar los sentimientos y necesidades de los demás. La empatía tiene un componente cognitivo relativo a la capacidad de percibir y entender la posición de la otra persona, y un componente emocional relacionado con la habilidad de sentir lo que la otra persona está experimentando. Hoy en día se considera un elemento clave de la denominada inteligencia emocional y fundamento del éxito de las relaciones interpersonales, puesto que se encuentra estrechamente relacionada con la calidez emocional, el compromiso y el afecto hacia los demás. Desde la perspectiva del *empowerment*, la persona empática mostrará una especial sensibilidad para escuchar y responder a las demandas de otras personas y grupos con necesidades.

Cuadro 2.6. Componentes del nivel individual del *empowerment*

- *Autoeficacia*: creencia sobre las propias habilidades para ejercer control e influencia sobre el entorno.
- *Lugar de control*: atribución causal de los eventos y sus consecuencias a factores internos o externos a la persona.
- *Capacidad crítica*: habilidad para comprender y analizar los eventos y las situaciones sociales y de emitir un juicio valorativo a partir de este análisis.
- *Habilidad empática*: capacidad de reconocer, comprender y valorar los sentimientos y necesidades de los demás.
- *Autoestima*: valoración que la persona hace de sí misma según cualidades subjetivas evaluables como positivas o negativas.
- *Satisfacción con la vida*: valoración general que la persona hace de su trayectoria vital.

La autoestima hace referencia a la valoración que la persona hace de sí misma según cualidades subjetivas evaluables como positivas o negativas. Podemos entender la autoestima como la conclusión final que la persona hace después de un proceso de autoevaluación y representa el grado de satisfacción personal con uno mismo. Hacemos una distinción entre autoestima global, o la actitud general hacia la propia persona, y autoestima multidimensional, o actitudes hacia aspectos específicos que representan distintas autovaloraciones en dominios como la familia, los amigos, la escuela, el trabajo o el atractivo físico. La autoestima es un componente básico de la potenciación psicológica del individuo desde la perspectiva del *empowerment*. La autoestima positiva se encuentra estrechamente relacionada con el bienestar emocional, mientras que la autoestima negativa se vincula con sentimientos de desesperanza, ánimo depresivo, falta de energía para afrontar los desafíos diarios de la vida, y dificultades para ejercer una influencia positiva en el entorno.

Por último, la satisfacción con la vida se refiere a la valoración general que la persona hace de su trayectoria vital como positiva o negativa, y refleja el bienestar subjetivo con la propia vida. La persona con una elevada satisfacción vital considera que, hasta el momento actual y en la mayoría de aspectos, su vida ha acontecido de modo positivo y ha podido conseguir aquello que más valora. La satisfacción con la vida se encuentra íntimamente relacionada con la autoestima, y la insatisfacción vital va de la mano de la sintomatología depresiva, el sentimiento de soledad y los problemas de salud. Esta insatisfacción vital puede surgir por falta de recursos materiales, sociales o incluso psicológicos que han obstaculizado que la persona adquiera dominio y control sobre su vida. Así, la satisfacción vital es un componente de importancia trascendental en la potenciación psicológica del individuo desde la perspectiva del *empowerment*, ya que además se encuentra estrechamente ligada al comportamiento.

La insatisfacción con los acontecimientos vitales y con el entorno inmediato que rodea a la persona, serán en muchas ocasiones el fundamento para la estimulación

del cambio social. En este sentido, para muchas personas resultará más beneficioso luchar por sus derechos participando activamente con otras personas afectadas o comprometidas en la causa, que esperar a que sus necesidades sean satisfechas por agentes externos. Esta participación activa estará motivada por la percepción de autoeficacia y tendrá efectos beneficiosos directos en la autoestima y la satisfacción vital.

En definitiva, el *empowerment* individual o psicológico se fundamenta sobre varios elementos principales: la percepción de autoeficacia, el lugar de control, la capacidad crítica, la habilidad empática, la autoestima y la satisfacción general con la vida. La siguiente cuestión que debemos plantearnos es ¿cómo se potencian estas dimensiones en el plano individual?, o en otras palabras ¿cómo llegan las personas a desarrollar estas capacidades y habilidades directamente relacionadas con la potenciación psicológica? La respuesta la encontramos en el microsistema del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano: se desarrollan a través de las actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en sus entornos más inmediatos como la familia, la escuela y el lugar de trabajo, mediante interacciones con otros significativos en la red social más cercana al individuo.

Aunque estos aspectos psicológicos pueden seguir moldeándose en el tiempo o experimentar altibajos a lo largo de la vida (por ejemplo, la autoestima puede verse afectada por sucesos no normativos o inesperados, como un accidente de tráfico o un reconocimiento laboral premiado), lo cierto es que la base de todos ellos se configura durante los primeros estadios del ciclo vital, es decir, infancia y adolescencia. En estas etapas del desarrollo, la familia y la escuela, por ser los dos principales contextos de socialización de la persona, constituyen el núcleo central donde se asientan los elementos clave para la configuración de la personalidad y la identidad del individuo. Es decir, estamos considerando que el *empowerment* en el nivel individual se deriva de las interacciones y relaciones personales en el ámbito más microsistémico del individuo. En este sentido, la influencia de la familia y la escuela será fundamental en el desarrollo de habilidades sociales como la empatía y la capacidad crítica, así como en la confianza con que la persona afronta los desafíos diarios de la vida con percepción de autoeficacia y un nivel determinado de autoestima.

Una característica fundamental de la familia es su potencial capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el afecto y el apoyo, con una clara influencia positiva en el ajuste psicosocial de todos sus integrantes; es un lugar especialmente privilegiado para desarrollar en sus miembros el sentido de pertenencia al grupo y proporcionar un sentimiento de seguridad; también contribuye a desarrollar en sus integrantes una personalidad eficaz y una adecuada adaptación social, promoviendo la autoestima y la autoconfianza, permite la expresión libre de sentimientos y opiniones, regula responsabilidades promoviendo el desarrollo de un adecuado locus de control, y establece mecanismos de regulación del comportamiento de los hijos a través de las prácticas educativas utilizadas por los padres.

Cuadro 2.7. El nivel individual del *empowerment*

El nivel individual de la teoría del empowerment y el microsistema del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano están íntimamente relacionados:

Los principales componentes de la potenciación psicológica, como la percepción de autoeficacia, el lugar de control, la capacidad crítica, la habilidad empática, la autoestima y la satisfacción general con la vida, se configuran y desarrollan, fundamentalmente, a partir de las interacciones sociales del individuo con sus contextos sociales más inmediatos como la familia, la escuela y el entorno laboral.

Así, en la literatura científica reciente sobre la influencia del contexto familiar en el desarrollo de capacidades y habilidades psicológicas en sus integrantes, encontramos ejemplos de estudios que asocian el clima familiar positivo –caracterizado por la comunicación abierta y fluida, la ausencia de conflictos graves o frecuentes, y la cohesión afectiva– con la percepción de autoeficacia, la elevada autoestima y la satisfacción vital general (por ejemplo, Estévez, Murgui, Musitu y Moreno, 2008), así como con la habilidad empática (Henry, Sager y Plunkett, 1996). Estos últimos autores argumentan que los padres que optan por un estilo comunicativo fundamentado en el razonamiento y la expresión positiva de emociones, consiguen que sus hijos adopten un pensamiento más flexible y abierto en la comprensión de los sentimientos y el estado emocional de otras personas; concluyen que la familia fomenta el desarrollo de la empatía de los hijos de varias maneras: por un lado, provee el «entrenamiento básico» con las personas más cercanas al individuo, y por otro, establece de ese modo el precedente para la respuesta empática de los hijos en el transcurso de nuevas interacciones con iguales y otros adultos como los profesores.

Paralelamente a la influencia familiar, el contexto escolar para los más jóvenes, y el entorno laboral para los más mayores –así como otros escenarios sociales de gran relevancia para ciertas personas, como el contexto de culto religioso–, contribuyen igualmente a la configuración de los aspectos psicológicos que comentamos, como la autoestima, la satisfacción vital y la autopercepción como individuos competentes. Asimismo, la capacidad de comprender las situaciones sociales y analizarlas de modo crítico es una habilidad que aprendemos en buena medida a través de la educación formal en la escuela, y que se sigue fomentando en otros estudios académicos superiores, así como mediante el desempeño de trabajos que requieren de un pensamiento analítico y reflexivo.

Todos estos recursos psicológicos son fundamentales para lograr el fortalecimiento y potenciación de los individuos, puesto que suponen herramientas clave para el control de la propia vida, la influencia sobre el entorno y el cambio social. No obs-

tante, el *empowerment*, como hemos señalado con anterioridad, no solamente opera en el nivel individual sino en niveles superiores, existiendo una influencia mutua entre éstos. En el siguiente apartado profundizamos en el nivel grupal.

El nivel grupal-organizacional del empowerment y el mesosistema-exosistema

Si bien ha habido un mayor desarrollo de la investigación orientada a la potenciación psicológica (Zimmerman, 2000), es fundamental profundizar en la comprensión de los niveles suprapicológicos, puesto que son piezas clave para favorecer el cambio social hacia la mejora de la calidad de vida. En el nivel grupal-organizacional podemos distinguir entre aquello que las organizaciones proporcionan a sus miembros y aquello que las organizaciones consiguen en sus comunidades. Las organizaciones que ofrecen oportunidades a sus miembros para obtener control sobre sus vidas son organizaciones potenciadoras; las organizaciones que desarrollan con éxito influencias en políticas o alternativas para la provisión de servicios, son organizaciones potenciadas. Las organizaciones comunitarias pueden reunir una o ambas características y así, por ejemplo, una organización como la familia puede tener escaso impacto en las políticas locales pero proveer a sus miembros de oportunidades para desarrollar habilidades y un sentimiento de control personal. En la misma línea, Maton y Salem (1995) señalan cuatro características de las organizaciones potenciadoras: (1) tienen una cultura de crecimiento; (2) proporcionan a sus miembros oportunidades para asumir diversos roles significativos; (3) suponen un sistema de apoyo mutuo que se relaciona con el desarrollo de una identidad social común; (4) así como un liderazgo compartido con un compromiso hacia los miembros y la misma organización. Podemos señalar que estas características las reúnen aquellos contextos ya analizados en el microsistema –familia y escuela– y otros no menos importantes para la vida comunitaria como son los grupos de ayuda mutua o asociaciones de defensa de derechos y provisión de servicios a la comunidad.

El *empowerment* en el nivel grupal-organizacional implica, por tanto, centrarse en los grupos y organizaciones potenciadoras/potenciadas y en las uniones o coaliciones con otras organizaciones como signo de fortalecimiento grupal. Las organizaciones, como las personas, tienen más capacidad de influencia cuando unen sus fuerzas para una consecución eficaz de los recursos. El apoyo mutuo, a través del cual se comparte información y recursos, amplía no sólo las posibilidades de éxito de la red organizacional en relación con los objetivos que se propone, sino que también representa un proceso de dotación de poder a la comunidad. Desde la perspectiva del *empowerment*, el apoyo mutuo, la unión y la coalición entre grupos y organizaciones se fundamenta en la participación. Como apuntábamos en el

apartado anterior, los contextos más representativos de este nivel son la familia y la escuela, así como las instituciones y asociaciones locales, pero no de manera aislada, sino en interacción e influencia mutua con el objeto de conseguir alianzas y responsabilidades compartidas que potencien los recursos tanto de los individuos como de los grupos.

La participación en el nivel grupal-organizacional se refleja en el mesosistema y el exosistema del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano. Recordemos que el mesosistema comprende la interrelación entre dos o más entornos inmediatos a la persona y en los que participa activamente, y que el exosistema recoge contextos más amplios como el vecindario e instituciones locales tanto políticas como apolíticas, como por ejemplo organizaciones y asociaciones de promoción de los intereses de los ciudadanos. En algunas ocasiones, la persona participa también activamente en estas asociaciones y, en otras, aunque no exista una implicación directa del individuo, las decisiones que en ellas se toman influyen igualmente en el desarrollo y bienestar de éste. El amplio abanico de organizaciones dirigidas a la defensa de los intereses de los ciudadanos agrupa desde aquellos sistemas sociales cuyos niveles de actuación son muy generales (asociaciones de usuarios y consumidores, organizaciones para la defensa del medio ambiente) como a aquellos cuyo campo de actuación opera en un tema concreto o específico (una asociación de familiares de discapacitados, por ejemplo).

Cuadro 2.8. La participación, concepto clave para la potenciación

La participación representa para la teoría del *empowerment* el mecanismo básico de adquisición de dominio y de control que se asocia con la posibilidad de influir en el entorno.

La participación ocurre cuando los miembros de una institución o grupo, a través de sus acciones, ejercen poder en los procesos de la vida institucional:

- a) en la toma de decisiones en diferentes niveles
- b) en la implementación de las decisiones
- c) en la evaluación del funcionamiento institucional.

En efecto, Zimmerman (2000) considera que la participación proporciona oportunidades para aprender, perfeccionar y poner en práctica habilidades relacionadas con la toma de decisiones y la solución de problemas. La participación en instituciones de la comunidad es entendida desde la teoría del *empowerment* como un mecanismo central para controlar las circunstancias luchando por la maximización de la calidad de la vida. Sobre esta base, Zimmerman entiende también que la participación en la esfera social tiene además la propiedad de promover el sentido de comu-

nidad y de pertenencia social, que se oponen al desarraigo personal y a la desintegración sociocultural. La pertenencia e integración en instituciones de la comunidad no sólo favorece el sentido de control y de confianza personal sino que cuando éstas proporcionan relaciones estables y recíprocas, que permiten desempeñar roles valorados socialmente, se favorece el desarrollo de una identidad social positiva, de una autoestima positiva y unos niveles de satisfacción con la propia vida y bienestar psicológico, favoreciéndose de ese modo el *empowerment* individual.

Vamos a considerar en este apartado dos ejemplos de participación y colaboración deseable entre instituciones y grupos para la potenciación de éstos y sus integrantes: por un lado, la interacción entre la familia y la escuela, como vehículo de potenciación directa de ambos contextos e indirecta de los hijos-estudiantes; y por otro, la participación en grupos de apoyo y autoayuda (por ejemplo, asociaciones de familiares de afectados de una determinada enfermedad, o asociaciones de lucha contra hábitos no saludables como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas).

La colaboración entre la familia y la escuela

Los acuerdos y compromisos entre la educación informal (en el contexto familiar) y la educación formal (en el contexto escolar) que reciben niños y adolescentes es sumamente relevante para que los objetivos de aprendizaje y desarrollo integral de los hijos se lleven a cabo en armonía y con coherencia. La familia constituye el primer marco educativo para el niño, donde los valores transmitidos pueden suponer una continuidad o una discontinuidad respecto de los valores inculcados en la cultura escolar. Lo que es incuestionable es que la familia comparte la responsabilidad de la educación con la institución escolar, por lo que ambos contextos se complementan. Así, los estudios sobre colaboración familia-escuela señalan que las mejores y más eficaces escuelas son aquellas que cuentan con el mayor apoyo y participación de los padres. Los efectos beneficiosos de esta alianza se ponen de manifiesto cuando existe una comunicación fluida entre ambos contextos educativos y se ponen sobre la mesa los recursos que ambas partes pueden aportar en beneficio de la otra.

Según García-Bacete (2003) es necesario que el intercambio de puntos de vista entre padres y profesores reúna dos características fundamentales: la reciprocidad, o el hecho de que la comunicación se dé en igualdad de estatus, y la mutualidad, o el hecho de que se traten asuntos en común. Los beneficios de este trabajo conjunto, es decir, de la participación activa de los padres en los proyectos educativos de la escuela de manera recíproca y con metas comunes, son numerosos y alcanzan distintos niveles y agentes, tal y como se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro 2.9. Beneficios de la participación familia-escuela

En los Hijos:

Mejor progreso académico, actitudes más favorables hacia la escuela y el profesorado, mejor ajuste comportamental, autoestima más elevada.

En los Padres:

Aumento de la percepción de autoeficacia y autoestima, actitud más positiva hacia la escuela y el profesorado, mayor motivación en la educación de los hijos, desarrollo de habilidades positivas de paternidad y de habilidades sociales como la comunicación, la toma de decisiones y la capacidad crítica.

En los Profesores:

Mayor competencia en sus habilidades profesionales e interpersonales, mayor satisfacción con su profesión y mayor compromiso con la educación del estudiante.

Estos beneficios indican que la participación y colaboración conjunta influye directamente en la potenciación de las personas e instituciones implicadas, fundamentalmente mediante el hecho de compartir responsabilidades. Compartir responsabilidades significa en líneas generales participar (tomar parte activa) en la definición de los objetivos de la organización, en la toma de decisiones concretas o en la resolución de determinados problemas, apoyando los acuerdos o medidas que han sido consensuados. En este caso, las personas e instituciones que se fortalecen al compartir responsabilidades y formar parte activa en la formulación y el respeto de los acuerdos, son los padres y profesores, las familias y escuelas.

Además, la participación activa permite a los miembros: (1) controlar asuntos o cuestiones que les interesan o afectan directa o indirectamente (por ejemplo, controlar aspectos relativos a la educación de los hijos); (2) adquirir y perfeccionar conocimientos y habilidades (a través del intercambio de informaciones y experiencias entre los participantes); (3) aumentar el compromiso en el logro de los objetivos establecidos (mediante los acuerdos consensuados entre padres y profesores), y (4) reforzar la vinculación afectiva entre los miembros, lo cual favorece a su vez la cohesión grupal.

En definitiva, ¿por qué es tan importante la colaboración conjunta entre la familia y la escuela? La respuesta está directamente ligada al concepto de *empowerment*: porque fortalece y potencia, por un lado, recursos psicológicos como la autoconfianza del profesorado y los padres, la percepción de autovalía y autoeficacia de los educadores y la autoestima académica de los alumnos, y por otro, porque fortalece a los grupos (microsistemas familiar y escolar) y el vínculo entre ellos, como consecuencia de la puesta en común de los recursos de ambas organizaciones, así como del establecimiento de estrategias conjuntas para la maximización de beneficios para todos los integrantes. Además, la participación democrática de padres y alum-

nos en las estructuras de toma de decisiones en la organización escolar favorece el desarrollo de los componentes de la potenciación individual de los implicados, así como de un clima de colaboración e identidad común.

La participación en grupos de apoyo y autoayuda

La característica fundamental de los grupos de apoyo y autoayuda es que se constituyen a partir de un colectivo de personas reunidas en torno a un problema común. El hecho de compartir una preocupación relevante en sus vidas, les hace identificarse inmediatamente con los demás en un espacio donde intercambian sentimientos y experimentan, por el mero hecho de compartirlos, un notable bienestar psico-afectivo. Otra característica de los grupos de apoyo y autoayuda es que los miembros proveen una red de apoyo emocional y social a través de encuentros regulares donde, además de sentimientos, se establece un intercambio de información, saberes y enseñanzas para afrontar con éxito determinadas situaciones.

En el contexto de estos grupos, la potenciación también se produce tanto en el plano individual como en el grupal, y es consecuencia de la interacción positiva entre todos los integrantes y del ambiente de confianza y respeto mutuo, lo que facilita una mayor accesibilidad y un mayor desarrollo y control de los recursos. Las personas que participan en estos grupos ven reforzada su percepción de autoeficacia, su autoestima y su satisfacción vital y, paralelamente, reciben información relevante sobre experiencias o servicios relacionados con su problemática que pueden resultarles de gran utilidad y suponer una gran ayuda para mejorar su situación.

Así, por ejemplo, el hecho de que un familiar directo de una persona con discapacidad se sienta identificado e integrado en un grupo de ayuda mutua en el que se comparten experiencias, sentimientos o problemas comunes, ayuda no sólo a reducir el aislamiento social al que frecuentemente se ven expuestos, sino que además se convierte en una fuente valiosa de información que puede ayudarle a tomar decisiones y resolver situaciones específicas relacionadas con la convivencia con su familiar (para un análisis en profundidad de la discapacidad véase el Capítulo 8 en este manual).

Es interesante observar que estos beneficios también se multiplican si las organizaciones de ayuda se vinculan a otros grupos semejantes en redes sociales más amplias, puesto que su control de los recursos y sus posibilidades de acción y de éxito son mayores que las de los grupos más aislados. La existencia de diferentes organizaciones de ayuda en una comunidad exige la coordinación de fuerzas y recursos. Esta coordinación, que se ubica en el nivel mesosistémico, es una característica favorecedora del *empowerment* y, al contrario, la descoordinación e incomunicación entre las estructuras sociales intermedias se convierte en uno de los mayores obstáculos para el desarrollo del *empowerment* en una comunidad.

Cuadro 2.10. El nivel grupal-organizacional del *empowerment*

El nivel grupal-organizacional de la teoría del *empowerment* y los niveles del **mesosistema** y **exosistema** del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano están estrechamente relacionados:

Los principales componentes de la potenciación a nivel grupal-organizacional, como son la participación activa en instituciones y asociaciones locales, la toma de decisiones grupales conjuntas y las responsabilidades compartidas, son elementos que se desarrollan en el marco de los sistemas meso y exo del MEDH, es decir, a través de las uniones, coaliciones e interacciones entre distintos contextos del microsistema (por ejemplo, familia y escuela) y otros contextos externos como el vecindario y las instituciones locales.

El nivel comunitario del *empowerment* y el exosistema-macosistema

El nivel comunitario del *empowerment* se centra en las comunidades potenciadoras y potenciadas, donde los recursos son accesibles a todos sus integrantes y existe una participación activa no sólo dentro del grupo sino en coalición con otras instituciones públicas y privadas. Es en este sentido en el que el nivel comunitario del *empowerment* se inserta en el exosistema del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano, en el que las decisiones que se toman en entornos más "alejados" a la persona influyen en su desarrollo y potenciación. Paralelamente, el patrón cultural que incluye el conjunto de creencias, actitudes y valores dominantes en el contexto comunitario, y que hace alusión directa al macrosistema del MEDH, mantiene una correspondencia constante con los sistemas de menor orden (micro, meso y exo), penetra por tanto en la vida de las personas y se relaciona también con su potenciación. No podemos olvidar que en el desarrollo comunitario también se integran, como partes indispensables, la familia y la escuela. La primera porque la base fundamental de la comunidad se construye a partir del conjunto de sistemas familiares –con multiplicidad de formas y contenidos–, y la escuela porque es en la mayoría de ocasiones el nexo de unión entre todos los miembros de la comunidad desde niños a ancianos.

Una comunidad potenciada es una comunidad que trabaja para el bien común o colectivo. Para ello, ha de ser una comunidad que sepa adquirir y gestionar los recursos necesarios. De ahí que una comunidad potenciada disponga de unos recursos accesibles para todos los residentes de la comunidad, desde infraestructuras como la vivienda o zonas de ocio, hasta servicios de protección/seguridad como policía o bomberos, o servicios generales como centros de salud, centros educativos y formativos y medios de comunicación social (emisoras de radio, televisión local y prensa) abiertos a la participación de los ciudadanos. Este espacio público y abierto a la comunidad, además de posibilitar una difusión de ideas, permite ser un lugar de

encuentro para el debate, la reflexión crítica, la solución de problemas y el refuerzo del valor de la tolerancia a la diversidad. La disponibilidad de estos medios de comunicación también es un importante recurso para influir en políticas públicas y en agentes causales alejados de la realidad comunitaria cuyas decisiones afectan a la calidad de vida en la misma (por ejemplo, supresión de recursos sociales, problemas ambientales, etc.).

A modo de resumen, una comunidad está fortalecida cuando: (1) sus miembros tienen las aptitudes, la motivación y los recursos suficientes para realizar acciones que mejoran la vida de la comunidad; (2) identifica eficazmente sus necesidades, y tiene la capacidad de desarrollar estrategias adecuadas para la resolución de sus problemas; y (3) hace esfuerzos por mejorar la comunidad, proporciona oportunidades para la participación ciudadana, y tiene capacidad de acción ante situaciones que considera injustas o ilegítimas.

Cuadro 2.11. El nivel comunitario del *empowerment*

El nivel comunitario de la teoría del *empowerment* y los niveles del exosistema y el macrosistema del Modelo Ecológico del Desarrollo Humano están íntimamente relacionados:

Los principales componentes de la potenciación comunitaria son: el acceso a los recursos de la comunidad de todos los integrantes, la participación activa de estructuras mediadoras (exosistema) y el desarrollo de valores sociales y comunitarios (macrosistema) que permitan mejorar la calidad de vida del conjunto poblacional a través del fortalecimiento comunitario.

Además, en las comunidades potenciadas los valores sociales desempeñan un papel esencial. Los valores abarcan todo el proceso de potenciación y llegan a todos los niveles analizados a lo largo del capítulo. Así, valores como la generosidad, la tolerancia a la diversidad, el respeto y apoyo mutuo, la benevolencia, la igualdad, la justicia, son los elementos clave de toda ciudadanía responsable, activa y solidaria, y los pilares de la Psicología Comunitaria y, por ende, del sentimiento comunitario y del *empowerment*. Recordemos que la Psicología Comunitaria y el nivel comunitario del *empowerment* pretenden “potenciar la acción realizada desde la comunidad, por la comunidad y para la comunidad”. Son perspectivas positivas que se basan en los recursos y potencialidades de los individuos, los grupos y las comunidades y no en los déficits o carencias de éstos. El objetivo último que se persigue en el nivel comunitario es el cambio social mediante la mejora de la calidad de vida de todo el conjunto poblacional, atendiendo de manera especial –bajo los supuestos del MEDH– a la interrelación de cada uno de los contextos del desarrollo humano óptimo.

Que todos los contextos estén en interacción y se influyan mutuamente, nos obliga a tenerlos presentes en todos los niveles, aunque el foco de análisis difiera esencialmente del individuo, al grupo o a la comunidad más amplia en cada uno de ellos. Así, tal y como ya hemos comentado, los valores del macrosistema impregnan los niveles inferiores; y es, a su vez, en el primer nivel –el microsistema–, en la interacción del individuo con sus contextos inmediatos como la familia, la escuela y los iguales, donde acontece de manera más directa la socialización en estos valores clave para su posterior potenciación en otros niveles. Consideramos por tanto que es en estos entornos inmediatos donde encontraremos las claves para promover, no sólo los recursos psicológicos relacionados con el ajuste psico-afectivo de la persona, sino también el sentimiento de comunidad y de pertenencia social imprescindibles para lograr un fortalecimiento integral de la población y la comunidad.

Resumen

El objetivo general de este capítulo ha sido analizar el concepto de *empowerment*, como elemento fundamental de la Psicología Comunitaria, y en relación con el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano. El *empowerment*, traducido generalmente como potenciación o fortalecimiento, se define como el proceso por el cual las personas, grupos, organizaciones y comunidades adquieren dominio sobre sus vidas mediante el acceso y control sobre los recursos. Tanto la Psicología Comunitaria como el enfoque específico del *empowerment* se caracterizan por su componente proactivo, positivo y preventivo. Así, más allá de buscar una solución a los problemas presentes centrándose en los déficits o debilidades, se intenta buscar y movilizar los aspectos positivos, esas fuerzas que, presentes en la persona, el grupo o la comunidad, permiten mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas y comunidades.

Adoptar la perspectiva del *empowerment* conlleva la asunción de objetivos y estrategias que culminen en la implantación de cambios efectivos inherentes a la práctica de la Psicología Comunitaria. La meta final es la potenciación en todos los niveles –individual, grupal-organizacional y comunitario– que permita el cambio social. Así, el interés específico del *empowerment* se dirige a la influencia mutua que se produce entre la persona y los sistemas ambientales en los que ésta se desarrolla. Estos sistemas ambientales se encuentran organizados según el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano en los contextos denominados microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El microsistema incluye los entornos más inmediatos a la persona en los que participa activamente, como la familia, la escuela y el entorno laboral. El mesosistema se refiere a la interacción entre dos o más microsistemas, es decir, entre dos o más contextos inmediatos a la persona. El exosistema considera los entornos que no incluyen a la persona como participante, pero en los cuales se producen hechos que afectan al microsistema y mesosistema, como las instituciones locales públicas y privadas. Y el macrosistema hace referencia al conjunto de creencias, actitudes y valores dominantes que caracterizan el entorno cultural. Según el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano, el desarrollo de la persona se produce a partir de las influencias interactuantes entre ésta y los contextos mencionados. Es por esto que consideramos que el Modelo Ecológico aporta los supuestos sobre los que se sustenta y estructura la perspectiva del *empowerment*. El vínculo fundamental que se establece entre ambos planteamientos radica en la asunción de que será a partir de la interrelación persona-ambiente, que se producirá la potenciación tanto a nivel individual como del grupo, organización o comunidad.

El *empowerment* en el nivel individual se refiere a la potenciación psicológica e incluye varios recursos de la persona, como la percepción de autoeficacia, el lugar de control, la capacidad crítica, la habilidad empática, la autoestima y la satisfacción general con la vida. Todos estos recursos constituyen los elementos básicos de una persona “potenciada”, así como las herramientas básicas que guían el esfuerzo de la persona hacia el control y cambio del entorno. En el nivel grupal-organizacional implica centrarse en el fortalecimiento de los grupos y organizaciones. Esto se consigue principalmente a través del establecimiento de coaliciones que se fundamenten en el apoyo mutuo y la participación activa de las partes, con el objetivo de compartir información y recursos, ampliando de ese modo tanto la potenciación grupal como la individual de todos los integrantes. Finalmente, en el nivel comunitario se refiere a las comunidades fortalecidas que saben cómo adquirir y gestionar los recursos y trabajan para el bien común o colectivo. En suma, la aportación fundamental de la teoría del *empowerment* es que conecta de forma clara y sistemática el bienestar individual con el ambiente social y político más amplio.

Lecturas recomendadas:

Rappaport, J. y Seidman, E. (ed.). (2000). *Handbook of Community Psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Se trata del primer *handbook* publicado de esta incipiente disciplina y reúne las contribuciones de más de cien autores. En relación con el presente capítulo, se recomienda especialmente la lectura de los capítulos de M. A. Zimmerman (*Empowerment theory*), una revisión sistemática de este constructo multinivel y de la investigación relacionada; E. L. Cowen (*Community psychology and routes to psychological wellness*), donde el autor considera el *empowerment* uno de los factores centrales de la salud; y J. G. Kelly y colaboradores (*Understanding and changing social systems*), en el que los autores revisan la centralidad del punto de vista ecológico en la Psicología Comunitaria.

Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

En este libro, el autor presenta una síntesis detallada de su acercamiento a la comprensión del desarrollo del individuo desde el punto de vista de la ecología humana. Se trata de un libro práctico y de gran utilidad, escrito con un lenguaje sencillo y un estilo accesible a cualquier lector, que transmite con elegancia y profesionalidad el interés del autor por la investigación científica, así como ideas clave para orientar la acción social.

Ávila, M.E., Vera, A., Musitu, G. y Jiménez, T.I. (2009). *Educación popular y promoción del bienestar*. México D.F.: Trillas.

Este es un libro que nace de la necesidad urgente de intervenir en la desintegración comunitaria que sufren las comunidades marginadas de la República Mexicana, en su mayoría indígenas. Se fundamenta en los principios de la Psicología Comunitaria y la metodología de la Educación Popular de Paulo Freire. Es por tanto un libro muy recomendable como guía y caja de herramientas para la intervención comunitaria.

Buelga, S., Musitu, G., Vera, A., Avila, E. y Arango, C. (2009). *Psicología Social Comunitaria*. México D.F.: Trillas.

Este es un libro elaborado conjuntamente por profesores españoles y latinoamericanos que recoge con detalle el desarrollo de esta disciplina, sus raíces intelectuales, modelos de intervención y experiencias más relevantes en el contexto latinoamericano. En relación con el presente capítulo, se recomienda especialmente la lectura de la unidad dedicada a "Los procesos de creación de la Psicología Comunitaria: entre el individualismo y el colectivismo".

Página Web de interés

www.uv.es/lisis

Esta es la página web del *Grupo Lisis* de investigación, compuesto por un equipo de psicólogos, docentes e investigadores sociales, que desarrollan su actividad profesional desde diversos centros y universidades españolas y latinoamericanas. El interés principal de este grupo de investigadores se centra en el análisis y comprensión de los factores relacionados con el ajuste psicosocial, desde la perspectiva del modelo ecológico y siguiendo los planteamientos de la teoría del *empowerment*.

En la página web se recogen numerosas aportaciones científicas, como tesis doctorales, contribuciones a congresos, publicaciones en revistas de impacto, así como una síntesis de los proyectos de investigación elaborados por el grupo en el marco de los programas nacionales competitivos de I+D+I. En estos proyectos de investigación el objetivo principal es la potenciación de los individuos y grupos, bajo la premisa ecológica de influencia mutua entre contextos.

www.sph.umich.edu/prc/

Esta es la página web del *Prevention Research Center of Michigan (PRC/MI)*. Dirigido por el profesor Mar A. Zimmerman, el PRC/MI tiene como principal objetivo desarrollar conocimiento relacionado con políticas y programas de salud pública más efectivos. Además, lleva a cabo diferentes intervenciones comunitarias para la mejora de la salud, especialmente en poblaciones desfavorecidas y desde la óptica del *empowerment*.

<http://www.liber-accion.org/>

Liber-Acción es un espacio web colectivo de búsqueda, reflexión y análisis de problemáticas sociales desde la perspectiva del *empowerment* en Psicología Comunitaria. El objetivo principal es poner a disposición de la comunidad un espacio de sensibilidad para la lucha por la liberación social y la apuesta por la construcción conjunta de un mundo mejor. En los distintos enlaces encontramos noticias de actualidad y artículos relacionados, así como eventos propuestos por la comisión organizadora.

Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Blanco, A. (1987). La Psicología Comunitaria. *Papeles del Colegio de Psicólogos*, V, 41-46.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Buelga, S., Musitu, G., Vera, A., Ávila, M.E. y Arango, C. (2009). *Psicología Social Comunitaria*. México D.F.: Trillas.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008) Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 119-128.
- García-Bacete, F. (2003). Las relaciones escuela-familia: un reto educativo. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 425-437.
- Hawley, A.H. (1991). *Teoría de la ecología humana*. Madrid: Tecnos.
- Henry, C. S., Sager, D. W., y Plunkett, S. W. (1996). Adolescents' perceptions of family system characteristics, parentadolescent dyadic behaviors, adolescent qualities, and dimensions of adolescent empathy. *Family Relations*, 45, 283-292.
- Hombrados, M. I. (1996). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Málaga: Aljibe.
- Klein, D. M., y White, J. M. (1996). *Family theories: An introduction*. Londres: SAGE.
- Margalef, R. (1998). *Ecología*. Barcelona: Omega.
- Maton, K. I. y Salem, D. A. (1995). Organizational characteristics of empowering community settings: a multiple case study approach. *American Journal of Community Psychology*, 23, 699-727.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. Nueva York: Rinehart and Winston.
- Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Richards, E.H.S. (1907). *Sanitation in daily life*. Boston: Whitcomb & Barrows.

Rotter, J. B. y Murly, R. C. (1965). Internal versus external control of reinforcement and decision time. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2 (4), 598-604.

Sánchez Vidal, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.

Zimmerman, M. A. (2000). *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (p.43-64). Nueva York: Kluwer Academic Plenum.

Sentido de comunidad

M^a Isabel Hombrados Mendieta

Introducción

La Comunidad y el Sentido de Comunidad

Componentes del Sentido de Comunidad

Membrecía

Influencia

Integración y satisfacción de necesidades

Conexión emocional

Evaluación del Sentido de Comunidad

La Comunidad Moderna: la Ciudad y los Barrios

Sentido de Comunidad y Calidad de Vida en el Contexto del Barrio Urbano

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Barrio urbano
- Comunidad
- Conexión emocional
- Influencia
- Integración y satisfacción de necesidades
- Membrecía
- Sentido de comunidad

Objetivos

- **Conocer el concepto de sentido de comunidad y los diferentes componentes que lo definen.**
- **Conocer los principales conceptos vinculados al sentido de comunidad.**
- **Conocer los diferentes instrumentos de evaluación y las dimensiones de medida.**
- **Conocer las consecuencias psicosociales del sentido de comunidad.**
- **Ser capaz de aplicar los principales conceptos utilizados.**
- **Ser capaz de analizar la relación entre sentido de comunidad, integración social y calidad de vida.**
- **Ser capaz de diseñar estrategias que permitan favorecer el sentido de comunidad en diferentes contextos.**
- **Ser capaz de organizar la información y adquirir conocimientos de distintas fuentes documentales.**

Introducción

El sentido de comunidad es un concepto clave dentro de la Psicología Comunitaria. Con él se hace referencia al sentimiento de pertenencia, membrecía e implicación de la persona con su comunidad entendida no solo como lugar geográfico sino como un grupo de personas vinculadas a un espacio. Para comprender bien en qué consiste el sentido de comunidad se hace necesario repasar también el propio concepto de comunidad. Eso es lo que se hace en el primer apartado de este capítulo. A continuación se pasa revista a los diversos componentes que dan lugar al sentido de comunidad, pues es este un concepto multidimensional que implica diferentes aspectos. Entre ellos cabe destacar la membrecía, la influencia, la satisfacción de necesidades y la conexión emocional. Se pasa revista también a la forma de operacionalizar o medir el sentido de comunidad. Finalmente se aplica el concepto de sentido de comunidad al contexto de análisis fundamental de la comunidad moderna constituido por el barrio urbano y se describen varias investigaciones que muestran como el sentido de comunidad se relaciona positivamente con la calidad de vida de los residentes.

La Comunidad y el Sentido de Comunidad

La comunidad es un concepto ampliamente utilizado en las ciencias sociales lo cual en algunas ocasiones conlleva una cierta ambigüedad en su definición. Por una parte puede ser entendida bajo tres acepciones: como un lugar; como conjunto de personas; y como un sistema social. Aunque existen otras dos grandes maneras de describir la comunidad: como lugar geográfico; y como grupo de relaciones y recursos.

Para Blanco (1988) el concepto de comunidad se mueve en torno a un ingrediente ecológico (concentración de individuos en un espacio determinado); a un factor macrosocial (estructura y organización social); a un elemento microsocial (relación entre grupos y personas); y a un factor psicológico (sentido de pertenencia).

La comunidad debe ser entendida por tanto como el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, ya sea este urbano o rural, bajo unas condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados por características comunes, y/o por intereses y aspiraciones que pueden devenir comunes.

La nostalgia por la comunidad, por las formas de vida y de relación que en ella se dan, ha sido un tema tratado por Nisbet (1966) en su obra *La formación del pen-*

samiento sociológico. La comunidad se refiere a todas las formas de relación en las que predominan la intimidad personal, la profundidad emocional, la unión social, el compromiso moral y la continuidad en el tiempo. La comunidad es el producto de la acción grupal, acción que se caracteriza por la identificación de etnias, profesiones, valores y normas y que permite la realización de objetivos comunes que proporcionan un sentido de unión simbólica.

El sentido de relación y cooperación entre los miembros se vuelve a repetir en la definición de Coleman (1966) para quien el término comunidad se refiere a elementos que se tienen en común. Algunas de estos elementos pueden ser objetos tangibles tales como la propiedad y otras menos tangibles como ideas comunes, creencias, valores, normas compartidas y una acción común que hace que la comunidad funcione como un todo.

Un tratamiento distinto del tema lo aporta Senett (1975), con las denominadas comunidades de supervivencia. Las condiciones bajo las cuales estas comunidades aparecen son aquellas de gran densidad de población e interacciones sociales inestables. Frente al sentimiento del nosotros, las comunidades urbanas suponen múltiples y diversos contactos, la tensión que se deriva de estos intercambios crea la necesidad de ajuste mutuo por pura supervivencia. Se produce una huida del concepto clásico de comunidad para hacer hincapié en que a partir del conflicto y la inestabilidad surge la verdadera implicación.

En 1974 Sarason publica *El Sentido Psicológico de Comunidad*, esta obra marca el inicio de una línea de investigación psicosocial que ha propuesto al sentido psicológico de comunidad como el concepto central de la Psicología Comunitaria.

Para el autor el concepto de comunidad va más allá de la localización espacial concediendo gran importancia a la existencia de redes sociales o de interacción social. Es por ello que el concepto de sentido psicológico de comunidad alcanza aquí toda su importancia ya que lo define como el sentido de que uno pertenece a una colectividad mayor, de la cual es parte significativa; el sentido de que aunque haya conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, estos conflictos deben ser resueltos de forma que no se destruya el sentido psicológico de comunidad; el sentido de que hay una red y una estructura de relaciones que se fortalecen y no se diluyen en sentimientos de soledad. Esta constituye la acepción más corriente del término, colocando el autor el sentido psicológico de comunidad en la intersección de lo individual y lo colectivo, de lo psicológico y social.

También un monográfico de revista ha recogido el interés que el tema despierta entre los investigadores. Nos referimos al que le dedica el *Journal of Community Psychology* (1986) y en el que se realiza una exhaustiva revisión del sentido de comunidad. Ante el crecimiento del número de investigaciones sobre el tema,

Lorion y Newbrough (1996) realizan un monográfico en el que se explica la evolución del concepto. En este monográfico McMillan (1986) dirá que la esencia de la Psicología Comunitaria no procede de teóricos y científicos sino de las lecciones que le proporcionaron sus propios familiares y vecinos. El autor indica que empezó a comprender lo que era la comunidad y a desarrollar un sentimiento de pertenencia a través del análisis del pequeño pueblo de Arkansas donde se crió. Para el autor aquella persona que ve la comunidad como algo positivo en su vida, que desarrolla un sentido de pertenencia y de compromiso generalmente se sentirá más satisfecho con su vida. La comunidad se refiere entre otras cosas a un sentido de lugar, la comunidad son las personas que la forman, sus interrelaciones, su preocupación compartida por el otro y su sentido de pertenencia, siendo múltiples los elementos que componen este sentimiento.

El sentido de comunidad implica el sentimiento de pertenencia, de membrecía, de implicación personal. Implica también la influencia recíproca entre el individuo y la comunidad; la integración y la satisfacción de necesidades y la conexión y participación emocional. (McMillan y Chavis, 1986).

Más recientemente otra revisión importante la realizan Fisher, Sonn y Bishop (2002) en la que destacan cómo gran parte de la dificultad para definir el concepto proviene de las diferentes unidades de análisis empleadas y de los diferentes contextos utilizados. Los investigadores analizan el sentido de comunidad tanto en grupos pequeños (la familia) como en unidades de análisis más amplias (el barrio o la ciudad).

Como se desprende de las definiciones anteriores se ha producido un cambio de enfoque en el concepto de comunidad el cual deja de centrar sus miras en el contexto exclusivamente geográfico e incluye nociones tales como pertenencia, solidaridad o seguridad. La comunidad según Heller, Price, Reinharz, Riger, Wandersman y D'Annunzio (1984) puede referirse a un lugar geográfico concreto o a un lugar no territorializado basado en una red de relaciones que aporta amistad y apoyo tangible, por tanto no se habla ya de comunidades localizadas en un lugar geográfico determinado sino de comunidades de un marcado carácter relacional.

Para Cox (1989) el grupo primario o comunidad es uno de los grupos de los cuales la sociedad se sirve como agente de socialización, desarrollando además un papel central en el desarrollo psicológico de sus miembros. En esta noción de comunidad primaria se destaca la idea de que los miembros de una comunidad concreta comparten un conjunto de valores, ideales, historias y símbolos. Esto supone para Gurrutxaga (1991) la identificación del individuo con el grupo, el conocimiento mutuo de sus miembros, la existencia de una solidaridad grupal y la toma de conciencia del Nosotros. Se puede entender por tanto que la comunidad reúne una serie de características que le son propias; en primer lugar el autor habla

de la existencia de un grupo social cohesionado, en el cual los individuos pueden proyectarse como personalidades globales, al margen de roles o status determinados; Por otra parte es necesaria la duración en el tiempo de este tipo de relaciones porque no puede haber comunidad si no hay conocimiento mutuo, conocimiento que solo será posible alcanzar si la interacción es prolongada en el tiempo. El individuo debe ser reconocido como integrante de un grupo, no ya por quien es él personalmente sino por su pertenencia a una colectividad característica, es la colectividad quien da nombre al individuo. La solidaridad comunitaria es la causante del desarrollo de fuertes sentimientos de pertenencia lo que hace que el grupo aparezca como fuertemente cohesionado por la conciencia del Nosotros.

Sin embargo, el desarrollo de las grandes ciudades y la situación de industrialización ha provocado que el ser humano se repliegue sobre sí mismo como mecanismo para afrontar el estrés generado por el crecimiento de las ciudades, y por ende que la visión de la comunidad como un todo armónico e integrado desaparezca. El individuo comienza a desligarse de la comunidad y a creer en su propia autosuficiencia e independencia de los demás. Deja de necesitar a la comunidad, de sentir solidaridad, pertenencia e integración social, lo cual lleva a que las comunidades se constituyan como organizaciones político-administrativas. En este sentido especial mención requiere la obra de Tönnies "Comunidad y asociación" (1979) ya que su esfuerzo va encaminado a mostrar la existencia de dos modos de estructuración social, la comunidad (*Gemeinschaft*) y la asociación (*Gesellschaft*) que surgen de la voluntad natural y racional, respectivamente. La relación entre ambas es siempre dialéctica y compleja, la primera representa los valores, las relaciones comunitarias son personales, familiares, afectivas; la segunda representa los recursos, los medios instrumentales para conseguir un fin, representa el progreso. La acción debe ir encaminada a conseguir un equilibrio armónico entre comunidad y asociación. Estos conceptos se corresponden con los tipos de organización social externa, clasificados por Tönnies en:

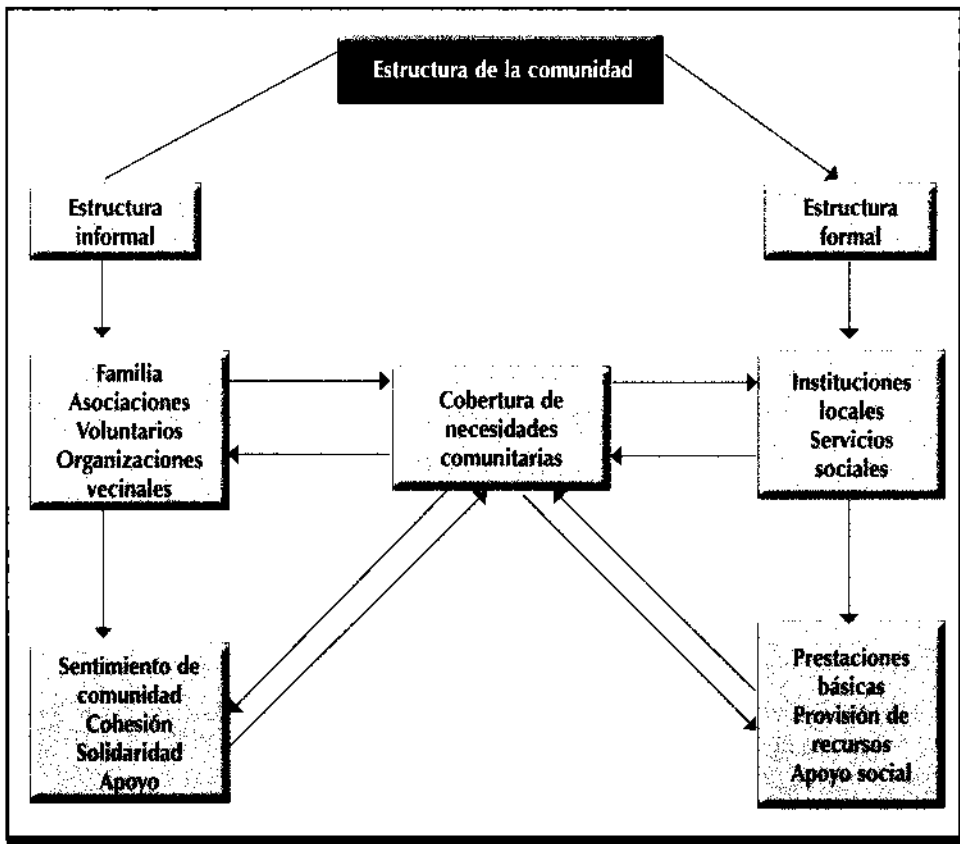
- Comunidad (*Gemeinschaft*): Vida familiar, vida rural y vida de pequeña ciudad.
- Asociación (*Gesellschaft*): Vida urbana, vida nacional y vida cosmopolita.
- La comunidad representa la proximidad física, la cooperación, el sentimiento de solidaridad, el apoyo social, la participación y la acción conjunta.
- La asociación representa la individualidad, la legalidad, la competencia y las normas.

Para el autor las conexiones afectivas van desapareciendo conforme nos acercamos a la asociación, más propia de la vida urbana donde priman los intereses individuales y se hace necesaria la aparición de las normas para regular la convivencia:

“Durante el período de comunidad, el joven principio del espacio permanece ligado al viejo principio del tiempo. En el período de asociación ambos principios comienzan a separarse y de la separación brota la urbe” (Tönnies, 1979, p. 279).

Siguiendo una perspectiva ecológica hay que entender que los grupos e individuos se encuentran en interacción dentro de un determinado hábitat sobre el cual ejercen su influencia al tiempo que este influye a los primeros. A su vez la comunidad constituye el punto de partida esencial a partir del cual se estructuran las necesidades comunitarias y la actuación de las instituciones, esta estructura de la comunidad donde interaccionan la estructura informal (solidaridad, apoyo, sentido de comunidad) y la estructura formal (acción institucional) se muestran en la Figura 3.1.

Figura 3.1. Estructura de la Comunidad



Fuente: Hombrados y Gómez (1995, p. 287).

Con el sentido de comunidad se va consolidando una identificación de las personas con el espacio en el que viven. Este sentimiento se fundamenta sobre la pertenencia de los sujetos a un espacio común, y por lo tanto, a una misma forma de vida, que puede producir una conciencia de participación para resolver problemas comunes (Musitu, 1991).

Componentes del Sentido de Comunidad

El concepto de sentido de comunidad es complejo, se trata de un concepto que hace referencia tanto a lugares, como a personas o sentimientos e incluso para denominar el término se utilizan varias acepciones: sentido de comunidad, sentimiento de comunidad o sentido psicológico de comunidad. Para referirse a la experiencia individual se utilizan normalmente los términos de sentimiento o sentido psicológico de comunidad, mientras que para referirse al nivel de análisis grupal se suele utilizar el término de sentido de comunidad, siendo esta última la acepción más ampliamente utilizada. Sin embargo, existe bastante acuerdo en la importancia de definir los diferentes componentes o dimensiones que configuran el sentido de comunidad. También aquí los autores que lo han analizado han distinguido diferentes componentes.

Sarason (1974) señala que el sentido de comunidad consta de los siguientes componentes:

- a. Percepción de similitud con los otros miembros de la comunidad.
- b. Reconocimiento de la interdependencia que se da entre los miembros de la comunidad en cuestión.
- c. Deseo de mantener dicha interdependencia, que se traduce en comportarse con los demás como nosotros esperamos y deseamos que ellos se comporten con nosotros.
- d. El sentimiento de que uno es parte de una estructura social superior estable y de la que se depende.

El sentido de comunidad tal y como fue definido por McMillan y Chavis (1986) es un concepto multidimensional compuesto de los siguientes elementos:

- a. Membrecía: un sentimiento de pertenecer a la comunidad o de pertenecer a una red de relaciones sociales.
- b. Influencia: sentimiento de que las acciones de los individuos pueden influir en la comunidad a la vez que lo que ocurre en esta puede influir en el comportamiento de los primeros.

- c. Integración y satisfacción de necesidades: percepción de que aquello que los miembros de la comunidad necesitan lo pueden encontrar en la misma.
- d. Conexión emocional: creencia de que los miembros de la comunidad comparten una historia, un lugar y unas experiencias comunes.

Para estos autores, cada una de estas dimensiones consta a su vez de una serie de características:

Membrecía

El sentimiento de pertenencia a una red de relaciones sociales o membrecía está constituido por una serie de elementos que permiten al individuo diferenciar entre quien es parte de la comunidad y quien no lo es, y son:

- Límites: designan a quienes pertenecen y a quienes no; proporcionan a los miembros de la comunidad seguridad emocional para la expresión de sus sentimientos y la satisfacción de sus necesidades. El lenguaje, los rituales o la ropa constituyen señales externas de identificación.
- Seguridad emocional: Estos límites dan soporte y estructuran la seguridad que protege la intimidad del grupo, a veces para proteger la seguridad emocional el grupo hace uso de barreras físicas como es la delimitación geográfica de los barrios.
- Sentido de pertenencia e identificación: implica el sentimiento, la creencia y la expectativa de que uno se inserta en el grupo y tiene un lugar en él. Implica también un sentimiento de aceptación del grupo, las expresiones que hacen referencia a “mi barrio”, “mi grupo” son reflejo de este sentido de pertenencia.
- Inversión personal: un individuo que trabaja para ser aceptado por el grupo, llega a tener la sensación de que se merece tener un lugar reservado en él. Otra consecuencia es que la pertenencia al grupo se convierte en algo muy valorado y significativo. La existencia de líderes en el barrio o la pertenencia a asociaciones constituyen un buen ejemplo de ello.
- Sistema simbólico común: El conocimiento del sistema de símbolos de una comunidad es un prerequisite para conocerla correctamente. Un sistema simbólico común permite el correcto funcionamiento de la vida social, incluso en la heterogeneidad, un sistema simbólico común permite el correcto funcionamiento de la vida social. Por ejemplo, cuando una persona se traslada a vivir a otra ciudad necesita conocer el funcionamiento y las normas sociales del nuevo contexto.

El sentido de comunidad se apoya en un sistema de relaciones dinámico que no tendrían porque sostenerse siempre en el dar y recibir con unos determinados miembros de la comunidad sino que podría ser desarrollado incluso cuando estas relaciones se dieran con otros miembros diferentes con los cuales el contacto ocurre durante un periodo de tiempo concreto y que puede que no se repita en un futuro.

La historia compartida, la experiencia mutua de los acontecimientos que tienen lugar en la comunidad y los símbolos comunes son elementos clave para construir el Sentido de Comunidad ya que proporcionan una forma de sentirse integrado y de ser reconocido como miembro de la misma.

Influencia

En lo que respecta al sentimiento de influencia recíproca de las acciones de la comunidad sobre el individuo y viceversa confluyen dos fuerzas opuestas que funcionan simultáneamente ya que si un miembro es relevante para el grupo aquél ejercerá influencia sobre el grupo y al mismo tiempo la cohesión del grupo permitirá la influencia de éste sobre sus miembros. De acuerdo con esto hay que destacar que:

- Los miembros de una comunidad se sienten más atraídos por ella cuando creen que tienen poder e influencia. El “*empowerment*” o potenciación de la comunidad está siendo cada vez más analizado como un elemento clave para la integración social (en este sentido véase el Capítulo 2).
- Hay una estrecha relación entre la presión para la conformidad que ejerce la comunidad sobre sus miembros y el Sentido de Comunidad de estos.
- La presión para la conformidad y la unanimidad hace que se produzca un consenso entre el individuo y la comunidad que favorece la cohesión y la unión.
- Hay una influencia recíproca entre la comunidad y sus miembros.

Integración y satisfacción de necesidades

En cuanto al papel de la dimensión integración y satisfacción de necesidades o refuerzo sobre el Sentido de Comunidad hay que decir que:

- El refuerzo y la satisfacción de necesidades son las funciones principales de una comunidad.

- Las recompensas de las comunidades pueden ser status social de sus miembros, recursos con que cuenta y competencia de los demás miembros.
- Otras necesidades individuales pueden llegar a saturar la capacidad de cumplimiento de las necesidades comunitarias por lo que estas se ven en la obligación de establecer prioridades internas que permitan la paulatina satisfacción de tales necesidades.
- Una comunidad fuerte debe garantizar la posibilidad de que sus miembros sean capaces de satisfacer sus necesidades.

En la actualidad se están desarrollando por parte de los profesionales intervenciones que tienen como protagonista al ciudadano y como objetivo la satisfacción de las necesidades. Un ejemplo claro donde se han de consensuar las necesidades individuales y comunitarias son los presupuestos participativos, donde los vecinos de un mismo barrio se han de poner de acuerdo para priorizar sus necesidades y tomar decisiones consensuadas respecto a las inversiones presupuestarias que han de realizar las instituciones de la ciudad en sus barrios.

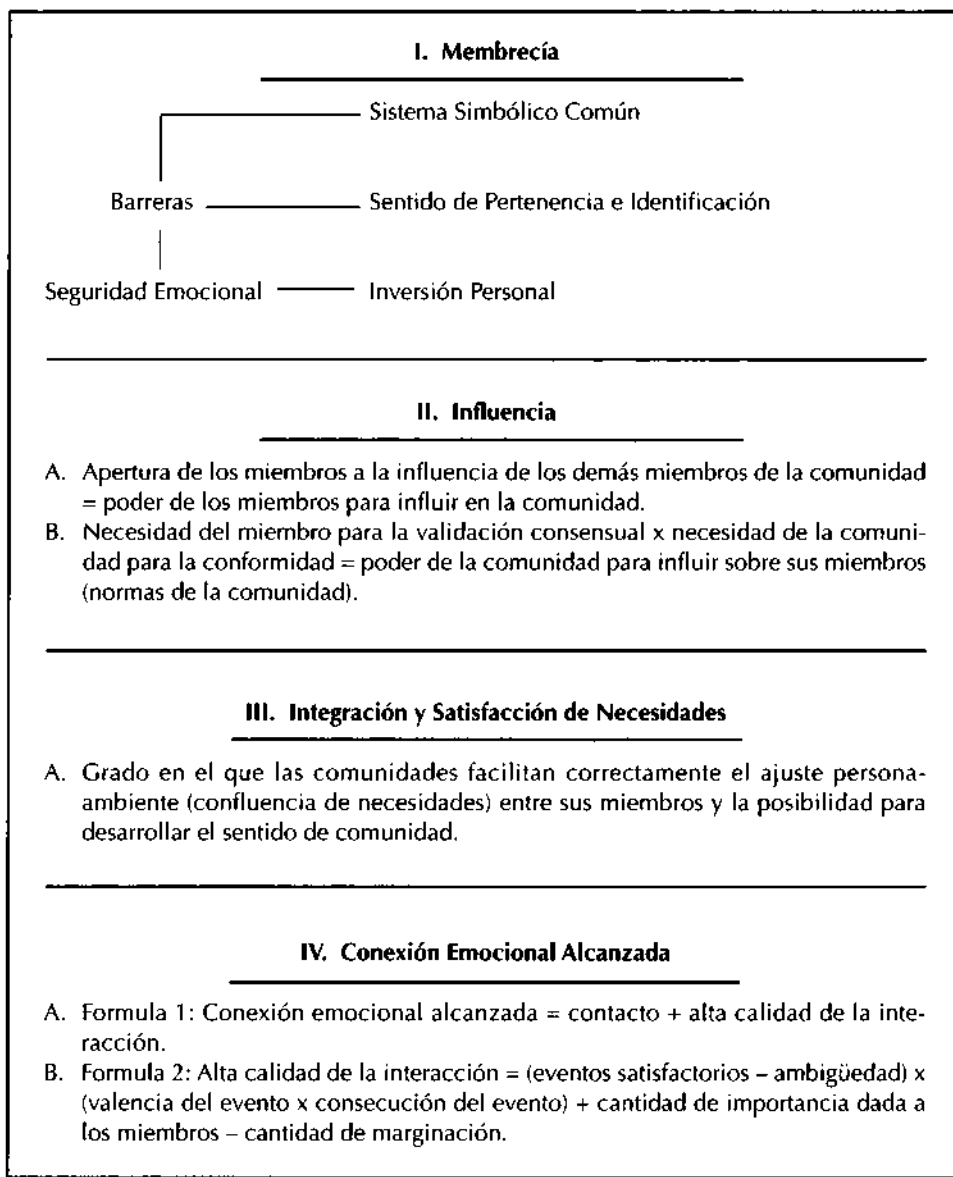
Conexión emocional

La conexión emocional estará determinada por el deseo de interactuar de las personas y de conseguir unas relaciones de calidad. Es un componente eminentemente afectivo, según esto hay que destacar que:

- la interacción debe permitir la resolución de los problemas y la superación de las crisis individuales y grupales.
- La creación de redes sociales y la percepción de apoyo social favorecen la conexión emocional (tal y como queda reflejado en el Capítulo 4).

El establecimiento de redes sociales en el propio barrio constituye un elemento esencial para la integración social. Estas relaciones de interacción y de conexión emocional se suelen producir más frecuentemente en el ámbito rural, de hecho las personas mayores suelen encontrar en estos contextos una ayuda que se proporciona de forma natural entre las redes y contactos que mantienen con los demás miembros de la comunidad. En cambio, en las grandes ciudades las personas mayores carecen de esta conexión emocional y la provisión de ayuda la proporcionan principalmente las instituciones (p.e. la ayuda a domicilio).

Figura 3.2. Elementos del Sentido de Comunidad



Fuente: Gómez y Hombrados, (1993, p. 23).

Estos elementos del sentido de comunidad se forman a través de las relaciones dinámicas que mantienen sus respectivos sub-elementos, todos se encuentran en un sistema de relación recíproca que los convierte tanto en causa como en efectos. Las interrelaciones entre los cuatro componentes con sus respectivos sub-elementos hay

que explicarlas atendiendo al contexto concreto que se estudie: la ciudad, el barrio, las residencias o los grupos juveniles.

En realidad, revisando la literatura empírica al respecto se puede constatar la existencia de cuatro componentes: relacional, territorial, simbólico y político (Sánchez, 2001). Mientras que las investigaciones muestran la presencia fundamental de los dos primeros como se ha podido constatar, el abordaje empírico de los restantes ha sido más escaso. El interés por el componente político lo resaltan autores como Heller (1989) cuando habla del poder colectivo en relación a la vinculación grupal como núcleo del desarrollo y de la eficacia personal o Rappaport (1986) con su concepto de *empowerment* entendido como potenciación o incremento de poder de la comunidad. En cuanto al componente simbólico este hace referencia a la comunidad cultural, a la necesidad de compartir valores comunes.

Como ha quedado reflejado, el concepto de comunidad es complejo y está ligado tanto a los aspectos objetivos del entorno físico como a los aspectos subjetivos de la interacción social. En realidad hay muchos niveles de análisis y una gran diversidad de temas interesantes sobre la comunidad que se abordan en la actualidad desde perspectivas interdisciplinarias. También se está analizando su relación con una gran variedad de fenómenos sociales relevantes como la configuración de los barrios; la participación social; el apoyo social y las redes sociales; la calidad de vida; la privacidad; la inmigración o el desempleo, entre otros.

Evaluación del Sentido de Comunidad

La evaluación del sentido de comunidad resulta compleja dada la diversidad de los componentes que conforman el concepto de sentido de comunidad. La evaluación de este sentimiento del “nosotros” se operacionaliza en aquellas conductas tendentes a desarrollar un sentimiento de pertenencia, en la búsqueda de contactos con el medio, en el establecimiento de lazos de amistad o en el intento de satisfacer las necesidades sociales dentro de un contexto determinado (Hombrados y Gómez, 1997).

En 1978 Doolittle y McDonald a partir de su escala de 26 ítems identificaron seis factores de sentido de comunidad: clima de apoyo, ciclo de vida familiar, seguridad, interacción informal, interacción con el vecindario y localismo. En 1981 Riger y Lavrakas utilizando una escala de sólo seis ítems encontraron una estructura multidimensional del Sentido de Comunidad, concretamente identificaron dos dimensiones de unión a la comunidad: vinculación social y arraigo al lugar. También en 1981 cabe citar por su complejidad el cuestionario desarrollado por Glynn con más de cien cuestiones muy generales sobre sentido de comunidad. El autor

desarrolló una escala de cuyo análisis factorial obtuvo seis dimensiones que median sentido de comunidad. Estas dimensiones incluían una evaluación objetiva sobre la estructura de la comunidad, relaciones de apoyo en la comunidad, similitud y patrones de conducta en las relaciones entre los residentes, grado de participación en la comunidad, calidad del medio en el que se inserta la comunidad y seguridad.

A pesar de esta primera evidencia de que el sentido de comunidad es un concepto multidimensional hay investigaciones que discutirían esta idea y que propondrían una estructura unidimensional del concepto. En este sentido, y con propósitos más macrosociales se construye la escala de Davidson y Cotter (1986) para medir el sentido de comunidad en relación a la ciudad de residencia. Los autores analizaron factorialmente su escala de 17 ítems concluyendo que la misma era unidimensional y que esta única dimensión reflejaba Sentido de Comunidad. Por su parte, Buckner en 1988 elaboró una escala que pretendía medir tres dimensiones del Sentido de Comunidad y los resultados de su análisis factorial mostraron la conjunción de los ítems en torno a un único factor que etiquetó con el nombre de Cohesión.

La aproximación teórica más sólida a las dimensiones del sentido de comunidad fue la realizada en 1986 por McMillan y Chavis los cuales como se mostraba anteriormente identificaban el concepto como compuesto por cuatro elementos: membresía, influencia, satisfacción de necesidades y conexión emocional. Desde que se propusiera este modelo teórico son muchos los autores que se han dedicado a la realización de investigaciones que permitieran el desarrollo de un instrumento de medida que recogiera los componentes del modelo propuesto.

Para el desarrollo del Índice de Sentido de Comunidad (SCI) Chavis, Hogge, McMillan y Wandersman (1986) prepararon el perfil de 100 personas que respondieron a una gran encuesta sobre participación en el barrio. Los perfiles se diseñaron en función de las respuestas a 43 ítems de la encuesta, 39 de los cuales se creía relacionados con las cuatro dimensiones descritas por la teoría de McMillan y Chavis (1986). A continuación, los jueces dieron una calificación, de uno a cinco, de cada uno de los perfiles sobre la base de la percepción del propio juez del Sentido de Comunidad, apareciendo un alto nivel de acuerdo entre los jueces lo cual apoyaba fuertemente tanto el concepto original de Sarason (1974) como la teoría de McMillan y Chavis (1986). Del total de ítems, 21 fueron utilizados para el diseño final del SCI. Los participantes en el proyecto debían responder sobre una escala de cinco puntos la percepción de Sentido de Comunidad que tenían con los residentes de su propio bloque.

Las puntuaciones totales del Índice de Sentido de Comunidad fueron comparadas con las de Sentido de Comunidad aportadas por los 100 perfiles diseñados por los jueces obteniéndose una alta correlación entre ambas.

A pesar de que el modelo de McMillan y Chavis (1986) ha sido el más ampliamente utilizado por todos los investigadores este ha sido revisado reiteradamente, especialmente sus cuatro dimensiones, ya que en diferentes investigaciones la estructura factorial de cuatro componentes que predice el modelo no aparece. En base a estos resultados y a las contradicciones existentes Long y Perkins (2003) desarrollan una escala de 8 ítems: Breve Índice de Sentido de Comunidad (BSCI), en la que se combinan 5 ítems de la escala original del SCI con otros 3 ítems que fueron validados en sus estudios. Estos 8 ítems responden a una nueva estructura del Sentido de Comunidad la cual incluye relaciones sociales, conocimiento mutuo y valores de la comunidad.

De forma coherente con los estudios precedentes Peterson, Speer y McMillan (2008) diseñaron una Escala Breve de Sentido de Comunidad (Brief Sense of Community Scale, BSCS) compuesta por 8 ítems nuevos diseñados para ser consistentes con el modelo de McMillan y Chavis (1986) con sus cuatro dimensiones y en las que se muestra un ítem de ejemplo:

- Satisfacción de necesidades: Todo lo que necesito lo puedo encontrar en este barrio.
- Membrecía: Me siento como un integrante más de mi barrio.
- Influencia: Cuando hablamos sobre lo que ocurre en el barrio mi opinión se tiene en cuenta.
- Conexión emocional: Me siento unido a mis vecinos.

Estas dimensiones fueron consideradas como representativas del concepto de Sentido de Comunidad en su conjunto. Para desarrollar el instrumento los autores pusieron a prueba 3 modelos factoriales diferentes y los resultados apoyan la hipótesis que postulaba que los ítems de la Escala Breve de Sentido de Comunidad (BSCS) se agrupan en torno a las cuatro dimensiones del Sentido de Comunidad teorizadas por McMillan y Chavis (1986) y que la puntuación conjunta de los mismos arroja una medida fiable de dicho concepto. Además, las correlaciones muestran, tal y como se esperaba, una relación positiva entre Sentido de Comunidad y participación en la comunidad, *empowerment* y salud mental y una relación negativa con depresión.

En nuestro país cabe destacar la elaboración de la escala de sentido de comunidad elaborada por Sánchez Vidal (2001) a partir del concepto de sentido de comunidad de Sarason y en la que se evalúan las dimensiones: Arraigo territorial/Pertenencia, Relación/Interacción, Interdependencia/Mutualidad, Similitud con otros, Competencia social/Influencia.

También se han construido instrumentos para relacionar el sentido de comunidad con algunos conceptos como el de privacidad (Hombrados y Gómez, 1995) esta escala está inspirada en la elaborada por Turnbull (1979) a tal fin. El autor entiende el sentimiento de comunidad como la tendencia de los sujetos a comprometerse y relacionarse con los demás y al deseo de participar en acciones conjuntas. De acuerdo con esta concepción se elabora esta escala utilizando como grupos de referencia la vida comunitaria y la regulación y deseo de contacto con los vecinos y el barrio.

Otros autores han evaluado el sentido de comunidad en relación al contexto específico que ha de ser estudiado, de acuerdo con esto para evaluar el sentido de comunidad en relación al bloque donde uno vive Schweitzer, Rosenbaum, Campos y Gardi (2002) desarrollan el Cuestionario de Sentido de Comunidad. Este cuestionario mide el sentido de comunidad preguntando a los residentes sobre la relación que tienen con los vecinos del bloque. A continuación se señalan las dimensiones que se miden en este cuestionario con un ítem de ejemplo:

- **Conexión, relación:** los vecinos de este bloque se conocen los unos a los otros.
- **Participación:** los vecinos de este bloque participan en actividades sociales.
- **Pertenencia:** existe un sentimiento de unidad entre los residentes de este bloque.
- **Apoyo social:** los vecinos de este bloque te llevarían en coche a algún sitio si lo necesitaras.
- **Empowerment:** los residentes de este bloque tienen voz u opinión en lo que respecta a los asuntos importantes de la comunidad.
- **Seguridad:** los vecinos de este bloque lo convierten en un lugar más seguro para vivir.
- **Participación política:** ¿ha votado en las últimas elecciones políticas?
- **Participación ambiental:** ¿Con que frecuencia recicla en su vivienda?

Para evaluar el sentido de comunidad en relación al contexto del barrio se encuentra la Encuesta de Evaluación Comunitaria (Jakes, Susan y Shanon, Lisa, 2002). Este instrumento mide el sentido de comunidad preguntando a los residentes sobre la relación que tienen con los vecinos del barrio. A continuación se señalan las dimensiones que se miden en este cuestionario con un ítem de ejemplo:

- *Empowerment*: sé cómo trabajar con otros vecinos para resolver problemas.
- Factores sociales: conozco los nombres de mucha gente de mi barrio.
- Factores físicos: el barrio se mantiene limpio
- Factores económicos: en el barrio se cuenta con apoyo económico de instituciones para hacer mejoras.
- Autoeficacia: carezco de habilidad para cambiar las cosas que no me gustan de mi barrio.
- Motivación: normalmente no quiero implicarme en tomar decisiones sobre las cosas que se pueden hacer en mi barrio
- Apoyo local percibido: las políticas locales (ayuntamiento) apoyan los esfuerzos por mejorar el barrio.
- Participación comunitaria: la mayoría de los residentes de esta zona adoptan un papel activo dentro del barrio.
- Participación individual: A menudo me ofrezco voluntario para participar en proyectos de mi barrio.

En la actualidad podemos contar con numerosos instrumentos para evaluar el sentido de comunidad, muchos de ellos se han elaborado para adaptarlos a un determinado contexto (bloque, barrio, ciudad); al tipo de población estudiada (inmigrantes, desempleados, residentes); o al tipo de variable con la que se intenta relacionar (privacidad, soledad, apoyo social). Aunque cabe señalar que existe una mayoría de investigadores que reconocen el carácter multidimensional del concepto frente a las autores que defiende la estructura unidimensional del sentido de comunidad.

La Comunidad Moderna: la ciudad y los barrios

Una de las consecuencias derivadas del fenómeno de la industrialización y la urbanización es la transformación de la comunidad y el nacimiento de las ciudades. Respecto a la ciudad, Wirth (1971) la definirá en función de tres características principales: densidad, heterogeneidad y número. La heterogeneidad sería el principal detonante de la segregación espacial en la ciudad y, por tanto, de la división del medio urbano en áreas naturales. En la ciudad, la solidaridad típica de la comunidad rural, la *Gemeinschaft* de Tönnies es sustituida por mecanismos de competición y de control social formalizado que obligan a que cada individuo deba afiliarse a una pluralidad de grupos que satisfacen diversas funciones que le son necesarias para su supervivencia.

En cuanto al número, la presencia de muchos habitantes en las ciudades provocará que el ciudadano esté condenado a encontrarse con casi todos, pero a permanecer siempre solo debido a que la relación con los demás se racionaliza y es cada vez menos emotiva. El contacto social en el medio urbano es en última instancia superficial, anónimo y rápido, tendencias agravadas por una alta densidad poblacional.

Dentro de las ciudades el barrio aparece como la principal unidad de análisis porque es considerado como un sistema social a pequeña escala que pone de evidencia las peculiaridades que le son propias y las diferencias de sus habitantes con el resto de los que integran la ciudad, aspectos todos ellos de interés para analizar el sentido de comunidad.

En cuanto al concepto de barrio y sus funciones, tampoco existe unanimidad. Se encuentra la acepción del barrio como lugar geográfico, es la idea de comunidad como lugar y la acepción del barrio como unidades muy heterogéneas en cuanto a los aspectos geográficos, los números y clases de personas que los habitan, el estatus socioeconómico de sus habitantes, sus edades, sus características socioculturales, las características de sus casas y hasta las normas que rigen la convivencia. Por lo que los distintos barrios se diferenciarían principalmente por tres elementos: aspectos físicos, desarrollo individual e identidad del grupo social. Con lo cual sería difícil distinguir este concepto del de comunidad.

Para Kirsners (1990) en el barrio hay que analizar cuatro elementos claves:

- a) Aspectos físicos tales como barreras arquitectónicas, uso del espacio, características del edificio, etc.
- b) Instituciones existentes bajo esa área.
- c) Factores sociodemográficos como la densidad de población, lugar de residencia, etc.
- d) Características de sus residentes.

En cambio, la definición de comunidad se centra más sobre interacciones, sentimientos, actitudes, percepciones y conductas de los individuos que suceden en un espacio determinado, donde se organizan unidades políticas, municipales o sociales que reflejan la estructura de vida durante un período determinado de tiempo. Los individuos forman una unidad y tienen un sentido de relación, interacción y cooperación necesarios para el funcionamiento de la comunidad.

En realidad, un barrio puede ser considerado como una comunidad, aunque el concepto de comunidad sea más amplio que el de barrio y aplicable a otros contextos. Como han señalado Altman y Wandersman (1987) los conceptos de barrio

y comunidad como lugares geográficos y grupos de redes sociales y recursos son válidos teóricamente y útiles prácticamente.

La distinción planteada por Tönnies sobre comunidad y asociación se puede aplicar al concepto de barrio urbano, ambos aspectos son complementarios y se desarrollan de una manera dialéctica y dinámica. El barrio estaría caracterizado igualmente por una dimensión que abarcaría desde los elementos más comunitarios, de participación, contactos sociales, etc., hasta concepciones más individualizadas donde predominan los medios e instrumentos para conseguir los fines. Conforme aumentan los aspectos de identidad e intercambio social, más nos estamos acercando al elemento psicológico de la comunidad, al sentimiento del “nosotros”. Cuando predomina el control social formal, más nos acercamos al barrio caracterizado por su alto grado de coordinación en cuanto a recursos y medios para conseguir sus objetivos. La falta de asociación y comunidad conducen a la inestabilidad y desconexión en el barrio. En realidad, lo ideal es la conjunción de ambos conceptos y la integración de los elementos significativos que lo caracterizan.

El barrio urbano representa un sistema social en miniatura donde los individuos comparten el espacio y regulan sus interacciones.

Una definición ya clásica es la que considera el barrio como un área local que tiene barreras físicas, tejido social, uso de los recursos del área y connotaciones simbólicas y emocionales especiales para sus habitantes (Keller, 1968).

Para algunos autores, esta definición se corresponde más con los barrios tradicionales; en realidad existiría cierto sentimiento nostálgico por el barrio típico de hace algunas décadas, porque el barrio urbano moderno potencia más la movilidad individual y la búsqueda de recursos fuera del área propia del barrio, de esta forma los límites y el espacio geográfico cobran menos importancia. De la misma forma que no todos los residentes de un barrio son igualmente accesibles a las oportunidades o servicios del mismo y por lo tanto es difícil hacer una sobregeneralización concerniente con la vida del barrio.

Sin embargo y a pesar de estas consideraciones es interesante anotar que el barrio permanece como modelo de planificación urbana, formando la base para nuevas ciudades y es punto de interés para numerosos investigadores de diferentes disciplinas que han analizado, entre otros temas, el fenómeno del cambio en los barrios que han ido evolucionando hacia la ciudad moderna; las modificaciones a nivel de organización comunitaria; las creaciones de los centros urbanos; la participación y organización ciudadana; el incremento de la vida privada; la calidad de vida en el barrio; la generación de conflictos entre los residentes; la ayuda, cohesión y sentido de comunidad y un largo etcétera de temas que han suscitado el desarrollo y evolución del barrio urbano.

Así, en el contexto del barrio urbano encontramos que una adecuada organización incrementa y promueve el bienestar entre sus residentes y se convierte en un modelo de estrategia de afrontamiento frente a los estresores ambientales. Cuando se proporcionan las competencias necesarias para enfrentarse a las demandas del ambiente se ayuda al individuo o la comunidad activamente a desarrollar tareas que cambiarán el ambiente, por ello uno de los objetivos del interventor comunitario ha de ser la prevención, incrementando el funcionamiento individual y grupal a través de la acción directa y utilizando los recursos de la comunidad.

Los residentes no son simples reactivos a las influencias externas, en definitiva, los barrios y comunidades pueden ser proactivamente cambiados para llegar a ser lugares donde la gente quiere vivir y donde pueden prosperar. En muchos aspectos, la calidad de vida en el barrio es y puede ser influida de forma importante por cómo los residentes se relacionan unos con otros como vecinos, cómo se tratan con el resto de la sociedad de la que forman parte y cómo cuidan de su ambiente físico.

Es decir, el sentido de comunidad, el tipo de barrio, las características de sus residentes pueden actuar como estrategias de afrontamiento o patrones de regulación de la vecindad que influyen en la satisfacción con el entorno y la calidad de vida.

Continuando con los sistemas de regulación de la vecindad Warren (1981) analizó la organización social de los barrios mostrando que ésta se encontraba relacionada tanto con la ayuda entre los residentes como con el sentimiento de bienestar en general y extrajo tres dimensiones que los caracterizaban:

- a) Interacción: Grado de intercambio social en el barrio.
- b) Identidad: Grado de identificación individual con el barrio.
- c) Conexión: Lazos de unión con su comunidad y con las organizaciones del barrio.

A partir de las variaciones de grado de estas dimensiones obtuvo seis patrones de diferentes tipos de barrio:

- El barrio integral.- Es un área con altos niveles de contactos cara a cara, con normas y valores apoyados por toda la comunidad; existe cohesión, amistad y una fuerte asociación y participación tanto dentro del barrio como en organizaciones fuera del mismo.
- El barrio localista.- Existe un alto grado de conexión dentro del área y escasa participación con el resto de la comunidad. Protege sus valores propios y en términos del autor "filtra" los valores externos que discrepan con los propios.

- El barrio difuso.- No se encuentran representados los valores de los residentes locales y carece de participación social informal.
- El barrio trampolín.- Es el formado por residentes con escasa integración dentro del área e interacción entre sus residentes, mientras que mantienen fuertes conexiones fuera del barrio.
- El barrio transitorio.- Existe una baja interacción, participación e identidad. Es un área con una gran población en movimiento. Se corresponde con el típico modelo de "anonimato urbano".
- El barrio anómico.- Carece de participación e identificación con el área local y el resto de la comunidad. Constituye un área completamente desorganizada y atomizada.

Esta clasificación ha recibido críticas de algunos autores que consideran que no se incluyen aspectos básicos como la calidad ambiental ni expresa suficientemente las consecuencias de las relaciones de los residentes con su barrio.

Atendiendo a este último aspecto Merry (1987) realiza su clasificación especificando las áreas donde puede emerger el conflicto con mayor o menor dificultad dependiendo del grado de control social que se pueda ejercer. De acuerdo con esto la clasificación incluye:

- Barrios heterogéneos.- En composición social, diseño físico, valores, estilo de vida, perfiles de población, etc.
- Barrios inestables.- Se caracterizan por un alto grado de movilidad de los residentes, no viven otros miembros de la familia, predominan los pisos de alquiler y existe incertidumbre respecto a las reglas que llegarán a prevalecer en los procesos sociales.
- Barrios en transición.- Están sufriendo transformaciones que cambian el estilo de vida de los residentes, pasan de ser barrios tranquilos y silenciosos a ser bulliciosos, de estar aislados a constituirse en centro comercial, de acogida de población inmigrante, de encuentros de "botellón", etc.
- Barrios con identidad y homogeneidad.- Tienen una historia particular, sus residentes tienen un tiempo alto de permanencia y conocen las reglas que rigen la vida en la vecindad.
- Barrio privado.- Los residentes comparten estilos de vida similares, el sentido de pertenencia viene por una identidad social estable, ofrece paz sin interacción, prima la elección por el prestigio del barrio sobre la existencia de raíces o lazos familiares.

En los tres primeros tipos de barrio aumenta el anonimato y la impersonalidad, los residentes no se sienten responsables del barrio, ejercen poco control sobre su espacio y el control social informal (control interno impuesto por la propia vecindad) es escaso. En tales circunstancias en barrios urbanos los sentimientos sobre la falta de predicción, incertidumbre y escaso control influirán negativamente sobre el sentido de comunidad y la satisfacción con el barrio. En el caso del barrio homogéneo y con identidad existe un fuerte control social informal, un fuerte sentimiento de comunidad, y de satisfacción con el barrio. Por último el barrio privado, se caracteriza por un alto control social formal (control externo impuesto por entidades que no pertenecen al barrio, buena prestación de servicios, de recursos, etc.), los sentimientos de comunidad son menores que en el caso anterior, pero la similitud entre sus residentes permite que el nivel de incertidumbre sea bajo y que se sientan satisfechos con sus barrios.

En términos de prevención, para Caplan (1974) los criterios para la acción social se deben dirigir a la reducción o modificación de las circunstancias ambientales inadecuadas, por ejemplo creando diseños ambientales adecuados a las necesidades y proporcionando recursos que permitan a los ciudadanos desarrollar competencias y sentimientos positivos a través del proceso de participación. De esta forma, el apoyo social, la creación de redes sociales y la participación comunitaria se convierten en ingredientes claves para aumentar el control social del ambiente residencial, entendido como la habilidad de los residentes de un área para regular las condiciones y circunstancias adversas de su barrio. Éste constituye un elemento esencial para prevenir la aparición de conflictos. En suma, la participación incrementa el sentido de control personal sobre el ambiente proporcionando estrategias para optimizar el mismo atendiendo a las necesidades y valores de sus residentes y creando un sentido de comunidad.

Varios significados se han atribuido al término participación comunitaria o ciudadana, la mayoría de los autores la consideran un proceso en el que los individuos comparten la decisión de involucrarse en las instituciones y programas del entorno que afectan a sus vidas; la participación refleja los esfuerzos realizados por los residentes de un barrio para mejorar sus condiciones individuales y comunitarias a través de la acción política en el sentido más amplio, por ejemplo organizarse para modificar los problemas ambientales (p.e. problemas de ruido, aparcamiento, suciedad).

Existe una amplia evidencia empírica sobre el tema de la que se destacan algunas conclusiones:

- La organización de los residentes por bloques permite maximizar la participación y las soluciones a los problemas del barrio.
- La participación de los residentes a través de las organizaciones se han mostrado eficaces en la preservación del barrio, el uso del espacio y el aumento de la seguridad.

- Los contactos sociales y las redes sociales que se crean en el barrio constituyen una fórmula de satisfacción con el entorno.
- La existencia de amigos en el barrio y la satisfacción con los vecinos incrementa la satisfacción con la vivienda.

Para Sarason (1974) la tarea del interventor comunitario es movilizar al vecindario, utilizando para ello los recursos presentes con la finalidad de tratar de construir una comunidad. El hecho de elegir el barrio como unidad de acción se debe a que en él se encuentran las características necesarias para ello, por lo que únicamente será necesario el fomento de las relaciones de sociabilidad e intercambio informal entre los vecinos a través de las asociaciones tanto formales como informales que existan en el barrio, en caso de que éstas no existiesen sería preciso propiciar su creación y potenciar su desarrollo, para lo cual será imprescindible evaluar las necesidades de los vecinos.

Será a través de una relación duradera y consistente como se irá formando una percepción del barrio como algo propio de lo que el individuo se siente parte. A los demás miembros de la comunidad se les percibe como vecinos por lo que el individuo supone que comparte una misma experiencia subjetiva con el resto del vecindario. Se va consolidando una identificación de los sujetos con el espacio en que viven. En definitiva, se entiende el vecindario o el barrio, como un sistema en el que todos los elementos están interconectados entre sí, siendo posible por tanto investigar los elementos que lo componen, las relaciones que se producen dentro de él, la importancia del entorno en el comportamiento de los residentes y sus condicionantes físicos. (Gil, Pons, Grande y Marín, 1995)

Como puede verse, el concepto de barrio que aquí se presenta ha cambiado con respecto al concepto clásico, ya que deja de enfocarse exclusivamente a un contexto geográfico e incluye nociones tales como sentido de pertenencia para sus miembros, solidaridad o seguridad y se destaca la importancia del apoyo entre los vecinos como característica fundamental de la vida grupal.

Sentido de Comunidad y calidad de vida en el contexto del barrio urbano

Los hallazgos de diferentes estudios indican una fuerte relación positiva entre el sentido de comunidad y la satisfacción con la calidad de vida en el contexto del vecindario. Los resultados muestran que cuando la interacción social aumenta en el entorno social inmediato (barrio, bloque, calle), las personas están más interesadas en la vida y el bienestar del resto de sus vecinos; considerando que la interacción social

es uno de los componentes del sentido de comunidad, se puede extrapolar que este se relaciona con el interés y preocupación por los vecinos y las personas más próximas. En cambio ya mostraron los miembros de la Escuela de Sociología Urbana de Chicago que el desarraigo con la comunidad genera violencia y desadaptación. También diversos estudios encuentran relación entre sentido de comunidad y las redes de apoyo social ya que observan que los barrios con alto sentido de comunidad realizan más actividades sociales con sus vecinos, y como es sabido, las personas satisfechas con el apoyo social que reciben, muestran experiencias de menor estrés que quienes experimentan menor nivel de apoyo (Schweitzer, Rosenbaum, Campos y Gardi, 2002)

En cuanto al tiempo de residencia en el barrio el sentido de comunidad se relaciona con mayor tiempo de estancia en la comunidad, más competencia social, más capacidad de afrontamiento y mayor satisfacción con la vida. El sentido de comunidad también media entre la estabilidad del vecindario y el bienestar de los residentes (Chipuer y Pretty, 1999).

Respecto a las características sociodemográficas de los residentes Prezza, Amici, Roberti y Tedeschi (2001) concluyen que las relaciones con la comunidad son mayores en mujeres, para miembros de familias grandes, en personas con menor nivel académico, en los que viven durante más tiempo en el barrio, para miembros de asociaciones, para personas casadas y en personas con hijos.

En cuanto a las características del contexto Prezza y Constantini (1998) a través de un estudio en tres comunidades diferentes muestran que el sentido de comunidad y la satisfacción son más altos en ciudades pequeñas (pueblos o municipios) que en las ciudades mayores. Según estos resultados, el sentido de comunidad se relaciona con satisfacción con la vida principalmente en pueblos y ciudades pequeñas. También el sentido de comunidad es mayor en comunidades rurales que en contextos urbanos.

Sin embargo, cuando se estudian los factores que influyen en la calidad de vida de un barrio en el contexto urbano (Foruria, Mitchell, Jones, Tadlock, Weakly y McDonald, 2004) se encuentra que tanto la calidad de vida como el sentido de comunidad se relacionan positivamente con el número de vecinos conocidos, la satisfacción con la composición del barrio, valorar positivamente el hecho de conocerse unos a otros y la satisfacción con los hogares. En otro estudio (Hombrados y García, 2005) relacionan sentido de comunidad y calidad de vida encontrando que la variable predictora que tiene una mayor influencia sobre la calidad de vida es la seguridad, ésta hace referencia a que los residentes consideren seguro el lugar donde viven. También el apoyo social, la pertenencia y la participación son buenos predictores de la calidad de vida, tal y como queda reflejado en el Capítulo 4). Estos datos son sumamente importantes ya que confirman como en las comunidades

pequeñas o en las comunidades que facilitan la interacción social, la ayuda entre los vecinos es una realidad social que permite a determinados grupos de población con escasas fuentes de apoyo como son las personas mayores o los inmigrantes prolongar sus redes sociales más allá del entorno familiar y encontrar el apoyo que necesitan en su entorno más próximo.

El estilo de vida en el barrio y el tipo de barrio inciden en el sentido de comunidad. Las transformaciones y los cambios que se producen en el entorno del barrio influyen en el sentido de comunidad de los residentes. En la actualidad vivimos momentos de transformaciones importantes en los estilos de vida y características de la población. Especialmente, hay un fenómeno que contribuye a ello, como es el asentamiento de la población inmigrante en determinadas zonas de la ciudad. Es por ello que se están realizando estudios que analizan los entornos a través del sentido de comunidad ya que éste facilita la relación, la identidad, la organización social y la adaptación a los nuevos contextos. Las migraciones actuales conllevan una mayor diversificación en todos los órdenes, generando gran variedad de perfiles y modelos de asentamiento, con la inmigración, las experiencias personales y colectivas están relacionadas con el asentamiento en lugares diversos. Los inmigrantes tienden a concentrarse espacialmente en unas pocas zonas geográficas. Por tanto la percepción que los autóctonos tienen de los inmigrantes puede variar considerablemente según su mayor o menor proximidad con ellos, siendo para algunos un hecho próximo y cotidiano, mientras que para otros es algo lejano o poco común. Es por ello que adquiere una especial relevancia el estudio de la relación que los residentes mantienen con las personas inmigradas en el entorno en el que conviven. Es importante conocer, las reacciones que provoca entre la población autóctona la convivencia con los inmigrantes, los problemas de convivencia que aparecen en los bloques de vivienda y la valoración que hacen los residentes de aquellos inmigrantes que conocen personalmente. Así pues, es clave analizar cuál es el sentido de comunidad de estos grupos de población ya que el sentido de comunidad es un elemento potencialmente fortalecedor de la integración social y la calidad de vida. El conocimiento de esta realidad es fundamental para conocer y anticipar los efectos no deseados de la inmigración y permite desarrollar estrategias concretas de intervención adecuadas a las necesidades de los residentes y a la convivencia intercultural. En un estudio en el que analizamos el sentido de comunidad y la calidad de vida de la población autóctona que conviven con inmigrantes (Hombrados, Gómez y Domínguez, 2009) los resultados indican que aumenta el sentido de comunidad y la calidad de vida conforme aumenta el contacto con los inmigrantes en el mismo bloque. Igualmente ocurre cuando nos centramos en los residentes que conviven con inmigrantes en el barrio ya que la presencia de inmigrantes se corresponde con un aumento en el sentido de comunidad y en la calidad de vida percibida por los residentes autóctonos.

Estos resultados son muy importantes para planificar una correcta intervención social que facilite la integración con los inmigrantes a través del sentido de comunidad. Como ya se indicó el sentido de comunidad es complejo y este puede referirse tanto al entorno más cercano (bloque, casa...) como al entorno menos próximo (barrio, ciudad...). En los estudios realizados hemos encontrado que la presencia de inmigrantes tiene una influencia diferente en los residentes dependiendo del grado de proximidad e interacción. Esto nos hace pensar que es necesario crear estrategias de intervención que faciliten las relaciones interculturales entre inmigrantes y autóctonos. Esta idea tiene aún más fuerza cuando nos centramos únicamente en los residentes que conviven con inmigrantes puesto que la adecuada convivencia mejora el sentido de comunidad y la calidad de vida percibida tanto en el contexto del barrio como en el del bloque.

Los hallazgos confirman, como muestran la mayoría de los estudios revisados, la relación positiva entre sentido de comunidad y calidad de vida. Otro hallazgo importante es que el sentido de comunidad es un elemento fortalecedor de la interacción social y la calidad de vida. En la medida en que aumenta la interacción positiva con los inmigrantes aumentan el sentido de comunidad y la calidad de vida de los residentes autóctonos. Por ello es importante que se realicen políticas sociales que desarrollen intervenciones que favorezcan la mediación en las relaciones interculturales como una forma de evitar conflictos y de facilitar la integración social.

Resumen

En este capítulo se analiza un concepto fundamental en Psicología Comunitaria como es el sentido de comunidad. En el capítulo el lector podrá conocer las definiciones más importantes sobre el sentido de comunidad, los componentes y las dimensiones del concepto y los instrumentos de evaluación más utilizados. Se aplica el concepto al contexto de análisis fundamental de la comunidad moderna como es el barrio urbano y se analizan las consecuencias psicosociales, para ello se explican diversos estudios e investigaciones que muestran cómo el sentido de comunidad se relaciona positivamente con la calidad de vida de los residentes y funciona como un elemento fortalecedor de la integración social.

Lecturas recomendadas

Gómez Jacinto, L. y Hombrados Mendieta, M. I. (1992) *Sentido de comunidad y privacidad*, *Revista de Psicología Social*, 7 (2) 213- 226.

El objetivo de este trabajo fue poner a prueba la hipótesis de la relación negativa entre privacidad y sentido de comunidad. Los resultados confirman dicha hipótesis, así como el impacto sobre dichos fenómenos de las variables consideradas como determinantes.

Gómez Jacinto, L. y Hombrados Mendieta, M. I. (1993) Sentido de comunidad. En L. Gómez, M.I. Hombrados, J. Canto y M. Montalbán. *Aplicaciones de La Psicología Social*, (pp. 22-32) Málaga: Miguel Gómez Ediciones.

Capítulo de revisión teórica sobre el sentido de comunidad, en el que se exponen los resultados de investigaciones que han relacionado el concepto con la privacidad, el clima social y la participación política, además de examinar diferentes instrumentos de evaluación

Hombrados Mendieta, M.I. y Gómez Jacinto, L. (1995). La Organización Comunitaria. En L. Gómez y J. Canto (Coord.) *Psicología Social*, (pp. 272-289) Madrid: Ediciones Pirámide.

Capítulo en el que se analizan los conceptos de comunidad, barrio y sentido de comunidad, se examina la relación entre apoyo social y sentido de comunidad, además se presentan instrumentos para evaluar el tipo de barrio, el sentido de comunidad y el apoyo social percibido en el contexto del barrio.

Sanchez Vidal, A (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 16 (2), 157-176.

Este artículo analiza el sentido de comunidad en un barrio de Barcelona y cabe destacar la elaboración de la escala de sentido de comunidad en la que se evalúan las dimensiones: Arraigo territorial/Pertenencia, Relación/Interacción, Interdependencia/Mutualidad, Similitud con otros, Competencia social/Influencia.

Hombrados-Mendieta, I., Gomez-Jacinto, L. y Dominguez-Fuentes, J.M. (2009). The Impact of Immigrants on the Sense of Community. *Journal of Community Psychology*, 37 (6), 671-683.

En este estudio se analiza la forma en que la convivencia con inmigrantes puede afectar al sentido de comunidad y la calidad de vida percibida por los residentes autóctonos de los diferentes barrios de la ciudad. Los hallazgos muestran que el sentido de comunidad se manifiesta de forma diferente dependiendo del contacto que mantengan los residentes autóctonos con los inmigrantes y que el sentido de comunidad se relaciona positivamente con la calidad de vida los residentes que conviven con inmigrantes.

Página Web de interés

Jakes, S. y Shannon, L. (2002). Community Assets Survey. En <http://ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/Scale>. PDF.

The Sense of Community in Lansing Project Team. En <http://www.msu.edu/user/socomm/links.htm>.

Referencias bibliográficas

- Altman, I., y Wandersman, A. E. (1987). *Neighborhood and community environments*. Nueva York: Plenum Press.
- Blanco, A. (1988). La Psicología Comunitaria ¿una nueva utopía para el final del siglo XX? En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez, *Psicología Comunitaria*, Madrid: Visor
- Buckner, J. (1988). The Development of an Instrument to Measure Neighborhood Cohesion. *American Journal of Community Psychology*, 16, 771-791.
- Caplan, G (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications
- Chavis, D.M., Hogge, J.H., McMillan, W.D. y Wandersman, A. (1986). Sense of Community through Brunswick's lens: A first lool. *Journal of Community Psychology*, 14, 24-40.
- Chavis, D.M., y Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55-81.
- Chipuer, H.M., y Pretty, G.M. (1999). A review of sense of community index: Current uses, factor structure, reliability and further development. *Journal of Community Psychology*, 27, 643-658.
- Cox, D.R. (1989). *Welfare Practice in a Multicultural Society*. Sidney: Australia: Prentice Hall.
- Davidson, W. y Cotter, P. (1986) Measurement of sense of community within the sphere of city. *Journal of Applied Social Psychology*, 16, 608-619.
- Doolittle, R. y MacDonald, D. (1978). Communication and Sense of Community in a Metropolitan Neighborhood: A Factor Analytic Examination. *Communication Quarterly*, 26, 2-7.
- Fisher, A., Sonn, C. y Bishop, B. (2002). *Psychological sense of community. Research, Applications, and Implications*, Nueva York: Plenum Publishers.
- Foruria, A., Mitchell, S.H., Jones, D.G., Tadlock, H.L., Weakly, D.L., y McDonald, T.W. (2004). *Factors Influencing Neighborhood Quality of Life in a City-wide Sample*. Boise State University.
- Gil, M., Pons, J., Grande, J.M. y Marin, M. (1995). Aproximación operativa a los conceptos de participación y sentimiento de pertenencia: estrategias de intervención en la comunidad. *Intervención Psicosocial*, 13, 21-30.
- Glynn, T. (1981). Psychological sense of community: Measurement and application. *Human Relations*, 34, 780-818.

- Gómez Jacinto, L. y Hombrados Mendieta, M. I. (1992) *Sentido de comunidad y privacidad*, Revista de Psicología Social, 7 (2), 213- 226.
- Gómez Jacinto, L. y Hombrados Mendieta, M. I. (1993) Sentido de comunidad. En L.Gómez, M.I.Hombrados, J.Canto y M. Montalbán. *Aplicaciones de La Psicología Social* (22-32), Málaga: Miguel Gómez Ediciones.
- Gurrutxaga, A. (1991). *El redescubrimiento de la comunidad*. REIS, 56, 36-60.
- Heller, K. (1989). The Return to Community. *American Journal of Community Psychology*, 17, 1-15.
- Heller, K., Price, R.H., Reinharz, S., Riger, S., Wandersman, A. y D'Aunno, T.A. (1984). *Psychology and Community Change: Challenges of the Future*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Hombrados, M.I. y García, M.A. (2005). *El sentido de comunidad: análisis de la estructura teórica del concepto*. *Comportamiento y Palabra*. Málaga: Ed. Facultad de Psicología.
- Hombrados, M.I. y Gómez, L (1995). La Organización Comunitaria. En L. Gómez y J. Canto (Coord.) *Psicología Social* (pp. 272-289), Madrid: Ediciones Pirámide.
- Hombrados-Mendieta, I., Gomez-Jacinto, L. y Dominguez-Fuentes, J.M. (2009). The Impact of Immigrants on the Sense of Community. *Journal of Community Psychology*, 37 (6), 671-683.
- Jakes, S. y Shannon, L. (2002). *Community Assets Survey*. En <http://ag.arizona.edu/fcs/cyfernet/nowg/Scale.PDF>.
- Keller, S. (1968). *The Urban Neighborhood: A Sociological Perspective*. Nueva York: Random House.
- Kisners, S.R. (1990) *Neighborhood health centers. Evaluation of an environment for community health care*. Nueva York: UMI Dissertation Service.
- Long, A.D., y Perkins, D.D. (2003). Confirmatory factor analysis of the sense of community index and development of a brief SCI. *Journal of Community Psychology*, 31, 279-296.
- Lorion, R.P. y Newbrough, J.R. (1996). Psychological Sense of Community: The Pursuit of a Field's Spirit. *Journal of Community Psychology*, 24, 311-314.
- Mann, P. A. (1978). *Community Psychology: Concepts and applications*. Nueva York: Free Press
- McMillan, D.W., y Chavis, D.M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- Merry, S.E. (1987). Crowding, Conflict, and Neighborhood Regulation. En Altman, A.W.I. (1987) *Neighborhood and Community Environments*. Nueva York: Plenum Press.

- Musitu, G. (1991). *Psicología Comunitaria*. Valencia: Universitat de València.
- Nisbet, R.A. (1966). *The Sociological Tradition*. Nueva York: Basic Book.
- Perkins, D., Florin, P., Rich, R., Wandersman, A. y Chavis, D.M. (1990). Participation and the social and physical environment of residential blocks: Crime and community context. *American Journal of Community Psychology*, 18, 83-115.
- Peterson, N.A., Speer, P.W., y McMillan, D.W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology*, 36, 61-73.
- Prezza, M., Amici, M., Roberti, T., y Tedeschi, G. (2001). Sense of community referred to the whole town: its relations with neighboring, loneliness, life satisfaction and area of residence. *Journal of Community Psychology*, 29, 29-52.
- Prezza, M., y Costantini, S. (1998). Sense of Community and Life Satisfaction: Investigation in Three Different Territorial Contexts. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 181-194.
- Rappaport, J. (1986). Collaboration for empowerment: Creating the language of mutual help. En H. Boyte, y F. Riessman., *The new populism: the politics of empowerment*, Philadelphia: Temple University Press.
- Riger, S. y Lavrakas, P. (1981). Community Ties, Patterns of Attachment, and Social Interaction in Urban Neighborhoods. *American Journal of Community Psychology*, 9, 55-66.
- Sánchez Vidal, A (2001). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 16, 157-176.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schweitzer, J.H., Rosenbaum, R., Campos y Gardi, J. (2002). *Creating Block-Level Sense of Community in Urban Neighborhoods*. Home Projects: Families and Communities Together Coalition (FACT). Michigan State: University-East Lansing.
- Tönnies, F. (1979). *Comunidad y Asociación*. Barcelona: Península.
- Turnbull, A. (1979) Privacy, community and activity space. A relational exploration, en A.H.Esser y Greenbie *Design for communality and privacy*, Nueva York: Plenum Press
- Warren, D.I. (1981). *Helping Networks*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Wirth, L. (1971). *El Urbanismo como Modo de Vida*. Buenos Aires: Ediciones Tres.

Apoyo social e intervención social y comunitaria

Enrique Gracia Fuster

Introducción

Los pioneros y su legado: John Cassel, Sydney Cobb y Gerald Caplan

El apoyo social: análisis conceptual

Estructura de las relaciones sociales: fuentes de apoyo social

Las funciones del apoyo social

Apoyo recibido versus apoyo percibido

El apoyo social a lo largo del ciclo vital

Apoyo social, salud y bienestar: Modelos explicativos

Modelo de los efectos principales del apoyo social

Efectos protectores (Buffer)

El apoyo social en la intervención social y comunitaria

Formatos y características de las intervenciones basadas en el apoyo social

Intervenciones diádicas

Grupos de apoyo

Grupos de ayuda mutua

Grupos de ayuda mutua: características y procesos

Los profesionales y los grupos de ayuda mutua

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Apoyo social
- Efecto "buffer" del apoyo social
- Efecto principal del apoyo social
- Grupo de apoyo
- Grupo de ayuda mutua
- Red social
- Red social de apoyo

Objetivos

- **Conocer los antecedentes y principales precursores en el estudio del apoyo social.**
- **Familiarizarse con los aspectos principales que han caracterizado el análisis conceptual del constructo apoyo social.**
- **Conocer los principales mecanismos explicativos que se han propuesto para explicar el efecto positivo del apoyo social en la salud y el bienestar.**
- **Comprender la importancia del apoyo social como herramienta para la intervención social y comunitaria, y conocer las características y formatos de este tipo de intervención.**
- **Conocer las características que definen a los grupos de ayuda mutua y reflexionar sobre las relaciones entre estos grupos y los profesionales de la intervención social.**

Introducción

Este capítulo trata sobre una de las principales herramientas para la intervención social y comunitaria: el apoyo social. El capítulo comienza con un recorrido por sus orígenes y antecedentes más relevantes y, en especial, por la obra y el legado de los autores que darían un impulso definitivo a este área de estudio. El recorrido del capítulo continúa con un análisis de cuatro aspectos fundamentales para la comprensión del apoyo social: las fuentes de apoyo social, sus funciones, la naturaleza percibida y recibida del apoyo social, y su importancia a lo largo del ciclo vital. Una vez analizados estos aspectos conceptuales, el capítulo se centra en el análisis de los principales mecanismos que se han propuesto para explicar sus efectos positivos en la salud y el bienestar. Una vez examinados los aspectos básicos entorno al concepto de apoyo social, el resto del capítulo centrará su atención en el apoyo social como herramienta de intervención. Para ello se analizarán los principales formatos de las intervenciones que incorporan el apoyo social.

A mediados de los años 70 del siglo XX, y con el nombre de "Apoyo Social", surge lo que parece ser un nuevo campo de estudio que despertará el interés de diversas disciplinas científicas como la Psicología, la Sociología, el Trabajo Social, la Epidemiología o la Medicina. Como señalaron Sheldon Cohen y Leonard Syme en su clásico volumen de 1985 *Social support and health* (Apoyo social y salud), rara vez un grupo tan diverso de científicos sociales y de la salud se habían mostrado de acuerdo respecto de la importancia de un único factor en la promoción de la salud y el bienestar. Un acuerdo, interés multidisciplinar y, también, entusiasmo por este nuevo constructo que puede constatarse en diversas afirmaciones que podemos encontrar en publicaciones científicas de máximo prestigio durante los años 70 y 80 (véase Cuadro 4.1.).

Cuadro 4.1. Elogio del apoyo social en revistas científicas prestigiosas

- En 1976, John Cassel recomendaba en el *American Journal of Epidemiology*, que más que reducir la exposición a los estresores se debería intentar mejorar y fortalecer los apoyos sociales (p. 122).
- En 1976 Sydney Cobb recomendaba en la revista *Psychosomatic Medicine* que se debería empezar a enseñar a todos los pacientes, tanto a los que se encuentran bien como a los que se encuentran mal, a cómo dar y recibir apoyo social (p. 312).
- Sheldon Cohen y Thomas Wills observaban en su artículo de 1985 en el *Psychological Bulletin* que la investigación disponible demostraba que aquellas personas cuyas relaciones sociales (cónyuges, amigos, familiares, etc.) proveían de recursos materiales y psicológicos tenían una mejor salud que aquellas personas con menos contactos sociales de apoyo, lo que permitía afirmar que el apoyo social es un factor con una influencia causal en el bienestar (p. 310).
- James House y sus colegas, en su revisión de 1988 en la revista *Science* concluían que el aislamiento social era un importante factor de riesgo para la salud (mortalidad y morbilidad), y que la magnitud de esta asociación era similar a que se establece entre el tabaquismo y la mortalidad o morbilidad causada por su consumo (p. 543).

Ese interés, desde luego, no surgía de la nada. En realidad se trataba de la revitalización de un viejo tópico de estudio: el vínculo entre las relaciones sociales, la salud y el bienestar. Un tópico de investigación que ya había despertado la curiosidad de ilustres investigadores sociales a finales del siglo XIX y principios del XX. Entre esos ilustres precedentes destaca el trabajo publicado en 1897 sobre el suicidio de Durkheim, quien sería uno de los primeros en estudiar científicamente la influencia de experiencias sociales negativas como la ruptura de vínculos sociales y el aislamiento social en los patrones de mortalidad, especialmente en el suicidio. Otros precedentes ilustres serán las investigaciones de algunos de los fundadores de la llamada Escuela de Chicago como Robert Park, Ernest Burgess y Roderick McKenzie, en los años 20 del siglo XX, quienes también analizarían los efectos negativos (problemas sociales, desorganización social) de la ruptura de las redes sociales y de la desintegración de las comunidades socialmente cohesivas que se producía como resultado de la reubicación en zonas industriales. Finalmente, en el proceso de cristalización de el apoyo social como área de estudio con personalidad propia, también tendrán una influencia fundamental los estudios sobre el estrés, desarrollados durante los años 50 (Selyé, 1956; Hinkle y Wolff, 1958), en este sentido véase el Modelo de Estrés Psicosocial en el Capítulo 1, sobre su influencia en el desarrollo de la enfermedad, y los estudios posteriores sobre el rol de los vínculos sociales compensatorios (como las relaciones sociales de apoyo) como factores protectores de los efectos negativos de los estresores (Lazarus, 1966). De hecho, uno los primeros impulsores en el desarrollo del apoyo social como área de investigación, John Cassel, al identificar una serie de factores protectores que podrían proteger a las personas de las consecuencias negativas del estrés, consideró que el elemento común en esos procesos era “la fortaleza de los apoyos sociales proporcionados por los grupos primarios más importantes del individuo” (1976, p. 113).

Los pioneros y su legado: John Cassel, Sydney Cobb y Gerald Caplan

Las contribuciones de John Cassel (1974, 1976), médico epidemiólogo, junto a las de los psiquiatras Sydney Cobb (1976) y Gerald Caplan (1974), son consideradas unánimemente como los hitos que finalmente proporcionarán al apoyo social su carta de naturaleza como un campo de estudio con personalidad propia, siendo reconocido por la comunidad científica como un concepto clave para la investigación y la intervención. Pero quizás el legado más importante de los trabajos de Cassel, Cobb y Caplan es haber iniciado y marcado el camino de las dos grandes tradiciones que todavía hoy definen el estudio del apoyo social. La primera tradición, caracterizada por el estudio de la influencia del apoyo social en la salud y el bienes-

tar, y los mecanismos y procesos que explican esa influencia, representada fundamentalmente por Cassel y Cobb; y la segunda tradición, centrada en el papel del apoyo social en la intervención social y comunitaria, con especial énfasis en los sistemas formales e informales de apoyo que rodean a la persona, representada principalmente por Caplan.

Tanto Cassel como Cobb llevaron a cabo revisiones de estudios experimentales en los que animales y humanos expuestos a una variedad de estímulos estresantes, pero en compañía de otros iguales o en un contexto interactivo de apoyo, no sufrían los efectos adversos que otros sujetos en condiciones de aislamiento social experimentaban en su salud. Sobre la base de estos estudios, Cassel y Cobb propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes. Cassel señaló que el apoyo social es proporcionado por los grupos primarios más importantes para el individuo, incluyéndolo en la categoría de procesos psicosociales que denominó "protectores de salud". Ambos investigadores también subrayarían la importancia de los procesos informativos como un componente fundamental en la relaciones de apoyo. Cassel, como epidemiólogo, se había interesado en los efectos negativos que determinadas condiciones de la vida urbana (hacinamiento, viviendas deficientes, vecindarios deteriorados) ejercían en la salud física y emocional de los residentes. Este autor hipotetizaba que una consecuencia importante de esas condiciones de vida era el deterioro de los vínculos sociales, deterioro que reducía la cantidad de información que las personas reciben acerca de su situación y que interfería en el feedback relacionado con la precisión de sus percepciones y la efectividad de sus conductas. Al carecer de ese feedback, se incrementarían los niveles de incertidumbre que pueden llevar a un incremento del estrés y posibles desórdenes físicos y emocionales. Por su parte, Cobb, concedía tanta importancia a la información que el sujeto recibe del grupo primario o de sus relaciones significativas que, de hecho, sólo consideraba apoyo social a aquella información que lleva al sujeto a creer que es querido y cuidado, que es estimado y valorado y que, además, es miembro de una red de comunicación y obligaciones mutuas.

Tanto Cassel como Cobb concluirían que las relaciones sociales tenían un efecto beneficioso en la salud al ejercer un rol moderador o protector de los efectos perniciosos de los estresores psicosociales. Como señalaron House y sus colaboradores (1988), esta idea de que el "apoyo social" puede sostener o mantener al organismo ante los estresores u otra amenazas, mediante la promoción de conductas adaptativas o respuestas neuroendocrinas, proporcionaba una idea general y simple de cómo y por qué las relaciones sociales podrían tener un efecto causal en la salud. Una idea que generaría cientos de estudios con el objetivo de comprender mejor la relación entre el apoyo social y la salud física y mental.

Por otro lado, y como principal impulsor de la otra gran tradición, centrada en la importancia del apoyo social para la intervención social y comunitaria, se encuentra la figura de Gerald Caplan. Las contribuciones de Caplan, que fue Director del Programa de Salud Mental Comunitaria de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, se enmarcan en el contexto del movimiento de la salud mental comunitaria. De ahí su énfasis en la importancia de los vínculos de los pacientes con su grupo primario y el uso de los recursos sociales disponibles en la comunidad, en particular las fuentes informales de ayuda, tanto para la prevención como para la intervención social y comunitaria.

Entre las aportaciones más destacadas de Caplan se encuentran el estudio de los sistemas de apoyo informal de la comunidad y sus ideas sobre el papel que el profesional debe asumir en la prevención. Para Caplan un sistema de apoyo implicaba un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al promover el dominio emocional, al aportar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales, y al proporcionar feedback acerca de la propia identidad y desempeño. Según Caplan, los sistemas de apoyo suministrarían a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional. Caplan también realizaría una primera clasificación de los diferentes sistemas informales de apoyo presentes en el ambiente natural, vinculando cada uno de ellos a sus funciones en la protección de la salud. Además, sugirió de qué forma podrían fomentarse los vínculos de apoyo entre los ciudadanos a través de un conjunto de actividades impulsadas por los profesionales. El interés de Caplan en las intervenciones de carácter preventivo basadas en la comunidad también le llevaría a proponer ideas prácticas que los profesionales pudieran utilizar para iniciar o estimular el desarrollo de relaciones de apoyo. Suya es la tesis, por ejemplo, de que la consulta tradicional en salud mental se extienda hasta abarcar la creación de grupos de apoyo; del papel del profesional como educador y transmisor de información a los grupos de apoyo y ayuda mutua; y que el trabajo del profesional se inscriba en el ámbito del vecindario, con ciudadanos clave en permanente contacto con el profesional y compartiendo el protagonismo de la intervención.

Las contribuciones de Cassel, Cobb y Caplan supusieron la consolidación del constructo "apoyo social" como objeto de estudio e instrumento de intervención. Sus trabajos marcarían, además, los caminos que todavía hoy caracterizan a los planteamientos teóricos, la investigación y la intervención que giran en torno al concepto de apoyo social. Caminos que todavía hoy se están recorriendo y que trataremos de describir en los apartados siguientes

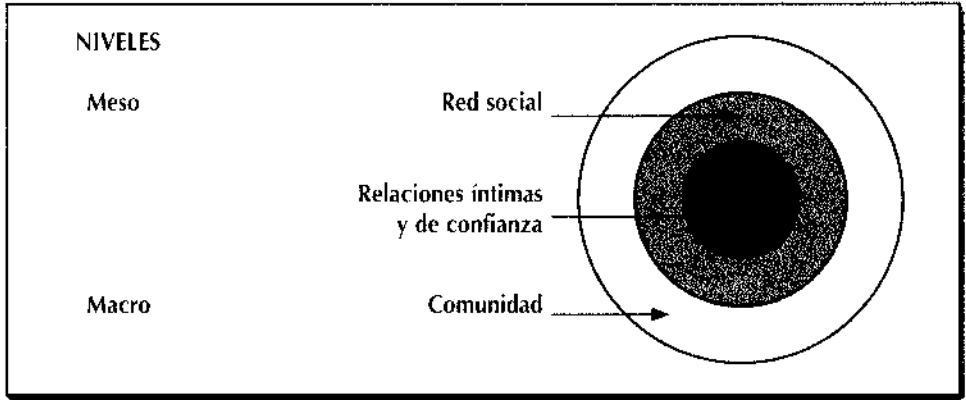
El apoyo social: análisis conceptual

A partir de las aportaciones y definiciones iniciales de Cassel, Cobb y Caplan, en las décadas posteriores, se produciría una avalancha de definiciones e instrumentos de medida del apoyo social que reflejarían las diversas perspectivas, niveles de análisis e intereses científicos de los investigadores en este área de estudio. El análisis exhaustivo del desarrollo conceptual de este constructo, así como de los instrumentos de evaluación y medida que han ido surgiendo en este campo de investigación, excedería el espacio disponible en este capítulo (para un análisis pormenorizado de estos aspectos, ver Gracia, Herrero y Musitu, 1995). No obstante, con la perspectiva que da el tiempo, sí que pueden identificarse los aspectos fundamentales alrededor de los cuales se han construido la mayoría de definiciones que pueden encontrarse en la literatura científica. Estos aspectos que, con un mayor o menor énfasis, podemos encontrar en la mayoría de definiciones y análisis del concepto de apoyo social, constituyen cuatro ejes: la estructura de la red social de apoyo (fuentes de apoyo social), las funciones del apoyo social (instrumentales y expresivas), la naturaleza percibida y recibida del apoyo social, y las condiciones en las que se producen los intercambios de apoyo social (situaciones cotidianas o de crisis a lo largo del ciclo vital). Precisamente, y con el objetivo de ofrecer una definición sintética que recogiera esos elementos comunes, Nan Lin (1986, Lin y Ensel, 1989) propuso una definición que recogía los cuatro ejes. Según Lin, el apoyo social podía definirse como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital. En los apartados siguientes analizaremos cada uno de estos ejes alrededor de los cuales pueden identificarse los elementos más relevantes para la definición y medida del apoyo social.

Estructura de las relaciones sociales: fuentes de apoyo social

Diversos autores han propuesto diferentes estratos o niveles de análisis de las relaciones sociales a partir de los cuales identificar las fuentes de apoyo social. Así por ejemplo, Benjamin Gottlieb (1981) propuso tres contextos vinculados al concepto y medida del apoyo social que se corresponderían con tres niveles ecológicos de análisis: los niveles *macro* (integración y participación social), *meso* (redes sociales) y *micro* (relaciones íntimas). Asimismo, esta idea de tener en cuenta los diferentes niveles de las relaciones sociales para el análisis de apoyo social sería utilizada por Lin (1986) para su análisis del apoyo social.

Figura 4.1. Niveles en las relaciones sociales: Fuentes de apoyo social



Para Lin, el vínculo de una persona con el entorno social puede representarse en tres niveles distintos, que representan tres fuentes de apoyo social: las relaciones íntimas y de confianza, las redes sociales y la comunidad. Como hemos visto, para este autor, el apoyo social se define como las provisiones expresivas o instrumentales proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza. Cada uno de estos ámbitos proporcionaría diferentes sentimientos de vinculación. El primer nivel, el ámbito más próximo a la persona, lo constituye el conjunto de sus relaciones íntimas o de confianza, del que deriva un sentimiento de compromiso, y donde se asume una serie de normas de reciprocidad y de responsabilidad por el bienestar del otro (véase Figura 4.1.). Estos niveles meso, micro y macro fueron analizados en el Capítulo 2.

Cuadro 4.2. Percepción de apoyo social en las relaciones íntimas y de confianza

Ensel y Lin (1991) desarrollaron una escala breve para evaluar el apoyo social percibido en las relaciones íntimas y de confianza.

Con qué frecuencia te han preocupado los siguientes problemas en los últimos meses:

	1	2	3	4	5
	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca

Marca con un círculo el número correspondiente a la opción elegida.

1. No tener pareja.....	1	2	3	4	5
2. No ver a familiares y conocidos.....	1	2	3	4	5
3. No tener amistades íntimas.....	1	2	3	4	5

El siguiente estrato, también cercano a la persona, consiste en las redes sociales a través de las cuales se accede directamente a un número relativamente amplio de otras personas. Estas tienen un grado elevado de especificidad y tienden a construir-

Cuadro 4.3. La comunidad como fuente de apoyo social

Enrique Gracia y Juan Herrero (2006; Herrero y Gracia, 2007), han construido un instrumento que evalúa el apoyo social en el estrato más externo de las relaciones sociales: la comunidad. Este instrumento permite obtener tres puntuaciones:

Escala 1. *Integración comunitaria*. Evalúa el sentimiento de pertenencia e identificación con la comunidad.

Escala 2. *Participación Comunitaria*. Evalúa el grado de implicación en las actividades sociales de la comunidad.

Escala 3. *Apoyo en las Organizaciones Comunitarias*. Evalúa el grado de apoyo que la persona percibe en las organizaciones de la comunidad.

Escala de Apoyo Comunitario Percibido (Gracia y Herrero, 2006)

A continuación encontrarás una serie de frases. Lee cada una de ellas cuidadosamente y conteste según su criterio poniendo un círculo alrededor de la respuesta que considere adecuada. Ten en cuenta que:

1. Significa que estás muy en desacuerdo
2. Significa que estás en desacuerdo
3. Significa que estás en parte de acuerdo y en parte en desacuerdo
4. Significa que estás de acuerdo
5. Significa que estás muy de acuerdo

ESCALA 1

- | | |
|---|-----------|
| 1. Me siento identificado con mi comunidad/barrio | 1 2 3 4 5 |
| 2. Mis opiniones son bien recibidas en mi barrio o mi comunidad | 1 2 3 4 5 |
| 3. Muy pocas personas de mi comunidad saben quién soy yo | 1 2 3 4 5 |
| 4. Siento el barrio como algo mío | 1 2 3 4 5 |

ESCALA 2

- | | |
|--|-----------|
| 5. Colaboro en las organizaciones y asociaciones de mi comunidad | 1 2 3 4 5 |
| 6. Participo en actividades sociales de mi barrio o comunidad | 1 2 3 4 5 |
| 7. Participo en algún grupo social o cívico | 1 2 3 4 5 |
| 8. Acudo a las llamadas de apoyo que se hacen dentro de mi comunidad | 1 2 3 4 5 |
| 9. No participo en las actividades socio-recreativas de mi comunidad | 1 2 3 4 5 |

ESCALA 3

Como sabes, asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívicos (asociaciones de vecinos, amas de casa, de consumidores, comisión de fiestas, etc.), la parroquia, agrupaciones políticas o sindicales, ONG's, etc. son organizaciones en las que se desarrolla una parte importante de la vida social de las personas. En estas organizaciones:

- | | |
|--|-----------|
| 10. Podría encontrar personas que me ayudaran a resolver mis problemas | 1 2 3 4 5 |
| 11. Encontraría alguien que me escuche cuando estoy decaído | 1 2 3 4 5 |
| 12. Encontraría una fuente de satisfacción para mí | 1 2 3 4 5 |
| 13. Lograría animarme y mejorar mi estado de ánimo | 1 2 3 4 5 |
| 14. Me relajaría y olvidaría con facilidad mis problemas cotidianos | 1 2 3 4 5 |

se a partir de características como las relaciones familiares, el mundo laboral o la amistad. Este tipo de relaciones proporciona sentimientos de vinculación. Estas relaciones requieren de la interacción interpersonal y de un mayor esfuerzo que la mera participación ya que se debe mantener las relaciones con una frecuencia y nivel de compromiso razonable. Finalmente, el estrato más externo y general, hace referencia a las relaciones con la comunidad más amplia. La participación en este estrato se refleja en el grado en que la persona se involucra en la comunidad y las organizaciones de carácter voluntario. Este tipo de vinculación refleja la integración en la comunidad de la persona y proporciona un sentimiento de pertenencia a una estructura social amplia y un sentido general de identidad social (véase el Capítulo 3 para un análisis de pertenencia a la comunidad).

El análisis de las comunidades como fuente de apoyo social ha sido un aspecto descuidado en la literatura, cuyo principal interés se ha dirigido al análisis de la percepción de apoyo en las relaciones íntimas y de confianza. No obstante, la interacción social con los miembros y organizaciones de la comunidad constituye una potencial fuente de apoyo para las personas. A partir de estas relaciones no sólo se pueden obtener importantes recursos, información y ayuda, sino también se deriva un sentimiento de pertenencia y de integración a una comunidad más amplia con importantes implicaciones para el bienestar individual y social (ver Gracia y Herrero, 2006).

Las funciones del apoyo social

En el estudio del constructo del apoyo social, es ampliamente aceptada la distinción entre una perspectiva cuantitativa o estructural y una perspectiva cualitativa o funcional. Desde la perspectiva estructural las variables o aspectos que más han recibido la atención de los investigadores han sido el análisis de la integración y participación social y el análisis de redes sociales, considerando tanto las variables estructurales de la red (como por ejemplo el tamaño y densidad) como las variables de la interacción (reciprocidad, frecuencia de contacto, homogeneidad) (ver Gracia y cols., 1995, Barrón 1996, para un análisis más detallado de estos aspectos). Desde una perspectiva estructural se enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que rodean al proceso de apoyo social. Desde este punto de vista, el interés se centra en los elementos más identificables y objetivos de la red de relaciones sociales de una persona. Es importante distinguir aquí entre los términos *red social* y *red social de apoyo*. La *red social* hace referencia al conjunto de las relaciones sociales y sus características estructurales, mientras que el concepto de *red de apoyo social* hace referencia al subconjunto de esas relaciones que desempeñan funciones de apoyo. Pero quizás la perspectiva de estudio que más impacto y peso específico ha tenido en este campo de investigación ha sido la perspectiva cualitativa o

funcional), esto es, el análisis de la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades (o, en otros términos, desempeñan diferentes funciones).

La distinción entre las diferentes funciones del apoyo social sigue la estela de las propuestas inicialmente por autores como Cassel y Caplan. Así, Cassel consideraba que la principal función del apoyo social era promover el sentimiento de que la persona a) se siente cuidada, amada y que se preocupan de ella; b) se sienta valorada y estimada; y c) era miembro de una red de obligaciones mutuas. También Caplan había definido el apoyo social como aquellos lazos entre los individuos o entre individuos y grupos que permitían: a) promover el dominio emocional; b) ofrecer consejo; y, c) proporcionar feedback sobre la propia identidad y el desempeño. Actualmente, existe un amplio acuerdo entre los investigadores en distinguir al menos tres funciones fundamentales del apoyo social: el apoyo emocional, el apoyo instrumental (también denominado apoyo material o tangible o ayuda práctica) y el apoyo informacional (que incluye además el consejo, orientación o guía). De este modo, el apoyo social puede aparecer en el plano afectivo, en el conductual y en el cognitivo. El plano afectivo recogería la expresión de emociones; el plano conductual se refiere al apoyo tangible como la ayuda financiera, la ayuda material o los servicios, por último el plano cognitivo contiene lo que numerosos autores denominan apoyo de información, consejo o guía.

Cuadro 4.4. Tipos de apoyo social (Gracia, Herrero y Musitu, 2002)

• **Apoyo emocional:**

Se refiere al área afectiva y tiene que ver fundamentalmente con la expresión de emociones, la importancia de compartir los sentimientos, pensamientos y experiencias, la necesidad de expresarse emocionalmente, la confianza y la intimidad, el afecto positivo e intenso, el dominio de las emociones, los sentimientos de ser querido y cuidado, los sentimientos de ser valorado, o los elogios y expresiones de respeto.

• **Apoyo de información:**

Cuando las situaciones estresantes se prolongan o los problemas quedan sin resolver, las personas pueden iniciar una búsqueda de información o consejo que les sirva de ayuda para superar esa situación. Las personas que están a nuestro alrededor pueden proporcionarnos información acerca de la naturaleza de determinado problema, proporcionarnos pistas sobre su interpretación, valoración y adaptación cognitiva, indicarnos los recursos que son relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción, así como proporcionarnos feedback acerca de la adecuación de las acciones de afrontamiento emprendidas.

• **Apoyo material, tangible o instrumental:**

Se ha definido como prestación de ayuda material directa o servicios. En circunstancias ordinarias, este tipo de apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades y preocuparse por un mayor crecimiento personal. Su efectividad se incrementa cuando el receptor percibe la ayuda como adecuada, pero puede tener efectos negativos si el receptor siente amenazada su libertad o si fomenta sentimientos de endeudamiento, lo que puede suscitar reticencias en la búsqueda de este tipo de ayuda.

Otros autores han incluido, además, otras funciones como el apoyo de estima, apoyo de evaluación (afirmación o feedback), compañía social o la oportunidad que nos ofrecen las relaciones sociales para ser capaces de proporcionar apoyo a otros. No obstante, como hemos visto anteriormente, este conjunto de funciones pueden agruparse en las dos grandes dimensiones propuestas por Lin (1986): funciones instrumentales y funciones expresivas del apoyo social. Esta clasificación parte de una diferenciación inicial entre los fines que desencadenan una acción y los medios para llevarla a cabo. La función instrumental deriva de actos instrumentales; es decir, actos que la persona emprende para lograr unos fines que difieren de los medios para conseguirlos. La dimensión instrumental se refiere así a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir objetivos o metas, tales como conseguir trabajo, obtener un préstamo, ayuda en el cuidado del hogar o de los hijos, etc. Por su parte, la función expresiva deriva de acciones expresivas: aquellas acciones que el individuo realiza y cuyo fin son ellas mismas. La dimensión expresiva hace referencia así a las relaciones sociales tanto como un fin en sí mismas, como un medio por las que el individuo satisface necesidades emocionales y afiliativas, tales como sentirse amado, compartir sentimientos o problemas emocionales, sentirse valorado y aceptado por los demás, o resolver frustraciones. El binomio instrumental-expresivo es asumido por la mayoría de los autores, si bien cada uno propone distintas funciones que pueden incluirse en uno u otro grupo (ver Gracia y cols., 1995, para una revisión).

Apoyo recibido versus apoyo percibido

Una importante distinción en el análisis conceptual del apoyo social es la distinción entre el apoyo percibido y recibido, refiriéndose así a dos componentes de este constructo: el componente cognitivo y el componente conductual. Como hemos visto anteriormente, la definición de apoyo social propuesta por Lin reconoce tanto los procesos sociales objetivos como la percepción que el individuo tiene de esos procesos (aspecto subjetivo). Ya Caplan había distinguido entre la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social: la primera hace referencia a las transacciones reales de ayuda que se producen con respecto a un individuo y la segunda a la percepción subjetiva de que esa transacción pudiera producirse en determinadas circunstancias. Desde el punto de vista de la investigación, la distinción entre apoyo percibido o recibido, ha generado un importante debate (ver Gracia y cols., 1995). Un debate que se basa, por una parte, en la observación de que pueden obtenerse efectos positivos del apoyo social percibido, en ausencia de la provisión objetiva del apoyo social y, por otra, en que la relación entre el apoyo percibido y el bienestar tiende a no replicarse cuando se utilizan medidas de apoyo social recibido (Cohen, 1988).

Cuadro 4.5. La percepción de apoyo social: La hipótesis triádica

Irving Sarason y sus colaboradores (1990) propusieron la "hipótesis triádica" que plantea que el apoyo social es el resultado de la interacción entre tres conjuntos de variables o contextos que operan en diferentes niveles: intrapersonal, interpersonal y situacional. De acuerdo con esta perspectiva, el apoyo social no es una propiedad objetiva de las interacciones sociales y, por tanto, no es posible determinar si una interacción social específica constituye apoyo social sin tener en cuenta, además, las valoraciones cognitivas o significados personales que la personas atribuyen a esa interacción. Esos significados personales son, a su vez, determinados por los contextos intrapersonal, interpersonal y situacional en los que la interacción social tiene lugar. De acuerdo con este modelo, el contexto intrapersonal incluye los modelos internos de representación (únicos y estables) que determinan la forma en la que una persona se percibe a sí misma, a los demás y las relaciones con los demás; el contexto interpersonal se refiere a las características cuantitativas y cualitativas de las relaciones sociales, así como de las redes sociales más amplias en las que las conductas de apoyo y los procesos de afrontamiento tienen lugar; y, finalmente, el contexto situacional incluye los sucesos o situaciones a los que los participantes en las relaciones sociales responden. Así, por ejemplo, la valoración de un intercambio social como una conducta de apoyo y su consecuente impacto dependería de las motivaciones y expectativas tanto de quien la recibe como de quien la provee, de la naturaleza de la relación en la que el intercambio de apoyo tiene lugar y de la situación problema a la que la conducta de apoyo se dirige.

Cuadro 4.6. La recepción de apoyo como amenaza a la autoestima

El escaso efecto observado del apoyo social recibido en el ajuste y bienestar lo explicarían Fisher y sus colaboradores (1982) planteando que el coste en términos de autoestima puede superar los beneficios de la recepción de apoyo social.

Según estos autores, Debido a que la dependencia de otros puede implicar inferioridad, en el sentido de que la dependencia es inconsistente con los valores sociales de autoconfianza y logro individual, el hecho de ser ayudado puede suponer una amenaza a la autoestima. De acuerdo con esta lógica, el nivel de autoestima de una persona puede determinar la sensibilidad a los elementos potencialmente amenazantes de la ayuda. Fisher y sus colaboradores propusieron dos hipótesis que implican diferentes predicciones de los efectos de la autoestima en las reacciones a la recepción de ayuda.

1. La *hipótesis de la consistencia* sugiere que la información negativa con respecto al self, inherente a la recepción de ayuda (dependencia, inferioridad), resulta amenazante únicamente cuando resulta inconsistente con el propio autoconcepto. Consecuentemente, las personas con una elevada autoestima deberían sentirse más amenazadas que aquellas con una pobre autoestima.
2. La *hipótesis de la vulnerabilidad* afirma que debido a que las personas con una pobre autoestima tienen pocas cogniciones positivas acerca de sí mismas, estas personas serán más vulnerables a la información negativa con respecto al self.

La evidencia empírica disponible apoya, en general, la hipótesis de la consistencia. Es decir, dado el mismo estado de necesidad, la ayuda supondrá una amenaza menor para las personas con una pobre autoestima y, por tanto, se aproximarán a otros con mayor frecuencia y con mayores requerimientos que las personas con una elevada autoestima. En este sentido, diversos estudios han observado la reticencia de personas con una elevada autoestima a buscar ayuda, en contraste con aquellas con una baja autoestima. De esta forma, la búsqueda de apoyo sería más inconsistente con la visión del self de las personas con una alta autoestima y, consecuentemente, resulta más amenazante y tiene lugar con menor frecuencia. La recepción no deseada de apoyo no tendría, por tanto, los efectos positivos esperados.

Efectivamente, el análisis de las funciones protectoras del apoyo social en la salud y el bienestar ha estado vinculado al estudio del apoyo social percibido. En otros términos, es la percepción de la disponibilidad de apoyo social, más que el hecho de recibirlo o no, lo que parece ser importante para la salud y el ajuste (Cohen y Wills, 1985). Para Sarason y colaboradores (1983) el apoyo social es, en esencia, una percepción de que algunos recursos estarían disponibles llegado el caso, y descansa su efecto en el grado de satisfacción que se obtiene de ese apoyo disponible. Para estos autores, el estudio del apoyo percibido refleja un énfasis en la evaluación cognitiva que realiza la persona sobre su entorno.

El apoyo recibido, por su parte, se refiere a las transacciones reales de apoyo que se producen entre la persona y su entorno. No obstante, es importante distinguir entre el apoyo que afirma recibir una persona del apoyo que otras personas próximas afirman haber proporcionado a esa persona. Esta distinción es importante porque a pesar de que ambos tipos de apoyo se refieren a la misma situación, el acuerdo entre proveedor y receptor de apoyo suele ser bajo (alrededor del 50-60%).

El apoyo social a lo largo del ciclo vital

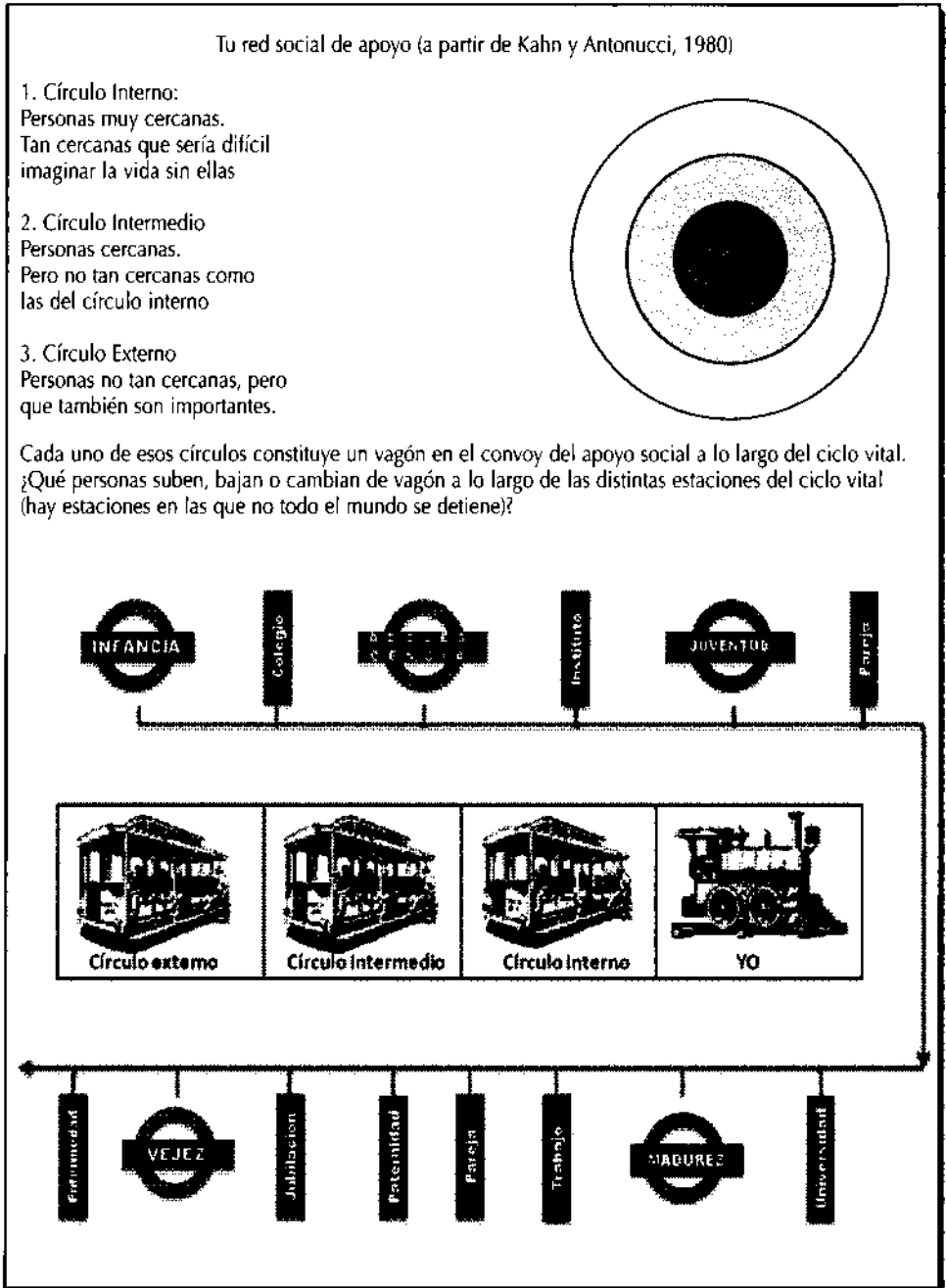
Uno de los pioneros en el estudio del apoyo social, Sidney Cobb (1976), solía decir que el apoyo social comienza en el útero. Su desarrollo se produce durante la infancia a través de las relaciones con los padres y continúa, a lo largo del ciclo vital, con la incorporación de otros familiares, amigos, miembros de la comunidad, compañeros de trabajo y, a veces, miembros de las profesiones de ayuda. Aunque el apoyo social es importante a lo largo de todo el ciclo vital, las necesidades de apoyo y la significación e importancia de las distintas fuentes de apoyo social cambian en los distintos periodos de la vida, en función de los retos y demandas que se nos presentan. Para Cobb, las principales transiciones y crisis vitales constituían un riesgo para el ajuste psicosocial y, ante estas situaciones, el apoyo social podía ejercer un papel protector, facilitando el afrontamiento y la adaptación a las nuevas circunstancias vitales. Es por tanto necesario tener en cuenta la naturaleza cambiante del apoyo social tanto con respecto a las necesidades cotidianas y de crisis de cada período de vida (infancia, juventud, edad adulta, vejez) como con respecto a los roles cambiantes de las distintas fuentes de apoyo social (familia, pareja, amistades, hijos, organizaciones informales y formales de apoyo) en los distintos momentos del ciclo vital.

Esta idea la recogerían Toni Antonucci y sus colaboradores (Antonucci, 2001; Kahn y Antonucci, 1980) para proponer su modelo del convoy. El nom-

bre del modelo surge del concepto utilizado por el antropólogo David Plath en sus observaciones de niños japoneses. El término *convoy* lo utilizaba para describir al grupo o cohorte de personas junto con las cuales estos niños crecían y maduraban. Este antropólogo constataba que los miembros de ese *convoy* mantenían una relación especial de cercanía que proporcionaba el apoyo y el *feedback* necesario para superar con éxito los retos que van apareciendo a lo largo de su desarrollo. Con esta idea Antonucci utilizaron el término *convoy* para proponer un modelo que describiera las relaciones sociales cercanas que rodean a la persona y que, tanto en circunstancias normales como extraordinarias, proporcionan una base segura y protectora para el desarrollo individual (Antonucci, Birditt y Akiyama, 2009). La interacción y procesos de socialización que se producen en el *convoy* que rodea a la persona facilitan la asunción de roles y responsabilidades, así como la superación de los retos, transiciones y crisis que se presentan durante la infancia, edad adulta y vejez. En este sentido este modelo subraya la importancia de comprender el apoyo desde una perspectiva del ciclo vital.

Kahn y Antonucci (1980) ilustran esta naturaleza cambiante del contexto de apoyo durante el ciclo vital mediante la metáfora del *convoy* ferroviario (ver Cuadro 4.7). De acuerdo con estos autores, nuestra vida se asemeja a un viaje en tren que compartimos con las personas más importantes; durante este viaje, nuestro vagón es frecuentado por distintas personas. En los primeros años, compartimos el viaje con nuestros padres y más adelante se unirán a nosotros algunos amigos y parientes próximos. Conforme el *convoy* alcanza algunas estaciones –fin del colegio, universidad, ingreso en el mundo laboral, matrimonio, etc.– las personas que nos acompañan van variando. Hay estaciones en las que no todo el mundo se detiene y que representan crisis o eventos vitales estresantes, donde el *convoy* de apoyo puede desempeñar un papel especialmente importante. Unos suben y otros bajan y, por tanto, nuestra red social de apoyo varía. Sin embargo, toda persona que comparta trayecto con nosotros no reviste la misma importancia en nuestra vida. De esta manera, nuestras relaciones íntimas y las personas más próximas se sitúan más cerca de nuestro asiento durante el viaje; aquellos que, aun siendo importantes, poseen una menor relevancia para nosotros se sitúan más alejados. El tipo de personas que haya en el vagón o la proximidad de esas personas a nuestro asiento no permanece invariable durante el ciclo vital, sino que depende de la fase o estadio de la vida en que nos encontremos.

Cuadro 4.7. El Modelo del Convoy: El apoyo social a lo largo del ciclo vital



Apoyo social, salud y bienestar: Modelos explicativos

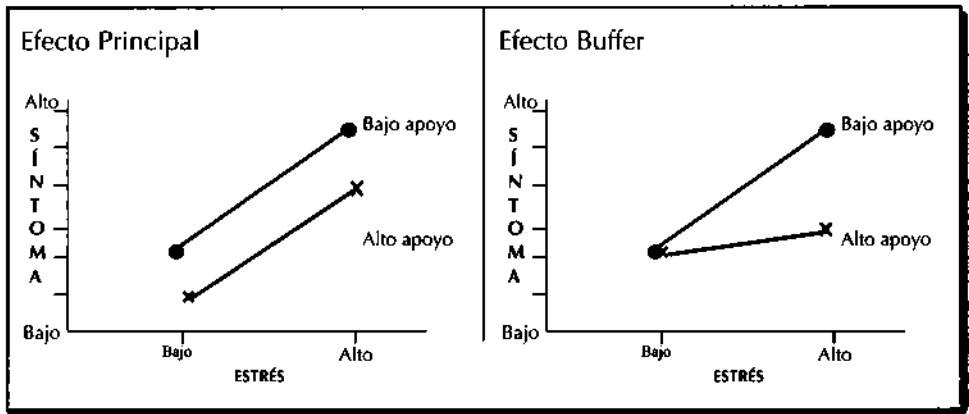
El apoyo social se ha vinculado repetidamente a resultados positivos tanto de salud física (incluyendo morbilidad, respuesta inmunitaria y cardiovascular, y menores tasas de mortalidad) como de salud mental (ver revisiones de Berkman y Glass, 2000; Cohen y Wills, 1985; Cohen y cols., 2000, Gracia y cols., 1995; House y cols., 1988; Schwarzer y Leppin, 1989; Uchino, 2004). El reto para los investigadores actualmente no es ya demostrar o documentar la asociación entre el apoyo social y la salud, sino comprender los procesos biológicos, psicológicos y sociales que explican esa relación.

Se considera que el apoyo social en sus distintas formas (ayuda práctica, apoyo emocional o provisión de información) afecta la salud mental y física a través de su influencia en las emociones, cogniciones y conductas (Cohen, 1988; House y cols., 1988). Dos son los modelos que han perdurado para identificar las condiciones bajo las cuales el apoyo social influye en la salud: el modelo de los efectos protectores del estrés, popularmente conocido como modelo "buffer" (término inglés que significa amortiguar), y el modelo de efectos principales o directos del apoyo social. El modelo "buffer" plantea que el apoyo social tiene efectos positivos en la salud únicamente en condiciones de estrés, mientras que el modelo de efectos principales considera que el apoyo social tiene efectos positivos en la salud independientemente de la presencia de estresores. Como puede comprobarse en el Cuadro 4.8, de acuerdo con el modelo "buffer", el apoyo opera como una variable mediadora –una condición existente (por ejemplo, la percepción de la disponibilidad de apoyo) bajo la cual el estrés ejerce un impacto sustancialmente menor. En ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial o incrementaría la probabilidad de aparición de problemas. Este efecto se representa estadísticamente por una interacción Estrés X Apoyo. Según esta formulación, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes. En ausencia del estrés, su impacto en la salud o el bienestar sería poco significativo. El modelo alternativo, propone que el apoyo social ejerce un efecto beneficioso en la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente una persona. Por ejemplo, de acuerdo con este modelo, la salud mental de una persona integrada en un entorno social con niveles altos de apoyo sería más óptima que la de una persona que no lo estuviera. Debido a que la evidencia para este modelo se deriva de la demostración estadística de un efecto principal (main-effect) del apoyo, sin interacción Estrés X Apoyo, este modelo se denomina de efectos principales.

En 1985, Sheldon Cohen y Thomas Wills llevaron a cabo una revisión en el *Psychological Bulletin* con el objetivo de determinar si la asociación entre el apoyo social y la salud era atribuible a un efecto beneficioso global del apoyo social

(modelo de efectos principales o directos), o a un proceso por el que el apoyo social protege a las personas de los efectos potencialmente negativos de los estresores (modelo buffer). Esta revisión permitió cerrar la polémica inicial “efectos buffer o efectos principales” sin favorecer, además, a ninguno de los modelos. Estos investigadores concluyeron que existe suficiente evidencia empírica consistente con los dos modelos y, por lo tanto, no existe la necesidad de preguntarse cuál de ellos es el correcto. Cada modelo se correspondería con conceptualizaciones distintas que representan procesos diferentes por los que el apoyo social puede influir en el bienestar.

Cuadro 4.8. Efectos estadísticos esperados en los modelos de efectos principales y “buffer” del apoyo social (Cohen y Wills, 1985)



Modelo de los efectos principales del apoyo social

Este modelo es heredero de lo que se ha denominado la tradición de la integración social en la investigación de la influencia de las relaciones sociales en la salud. Esta tradición, cuyos orígenes los podemos encontrar en Durkheim (ver el apartado de introducción de este capítulo), ha enfatizado la importancia de pertenecer a una red de relaciones sociales, así como de la integración y participación social en la salud y bienestar.

Para Seymour Sarason (1974), la percepción de pertenecer a una comunidad, el sentimiento de que se es parte de una estructura estable en la que confiar, y el sentimiento de compromiso mutuo que vincula a los individuos en una unidad colectiva, son elementos importante del bienestar individual. Además, de acuerdo con Peggy Thoits (1983), la identidad de las personas está vinculada a los roles sociales que emergen del entorno social donde se interactúa, y la comunidad de pertenencia

constituye uno de los principales escenarios sociales de interacción. Las expectativas asociadas a esos roles sociales infunden un sentido de predictibilidad a la persona y al cumplirse esas expectativas las personas tienen la oportunidad de desarrollar un autoconcepto más diversificado y mejorar su autoestima. También en este sentido, Cohen y sus colaboradores (2000) consideran que los efectos beneficiosos de las relaciones sociales en el bienestar individual se producen a través de su influencia en el autoconcepto, los sentimientos de valía personal, de control personal y la conformidad con las normas conductuales que tienen implicaciones para nuestra salud. Así, por ejemplo, Wandersman y Florin (2000) subrayan que la participación y contribución al desarrollo de una comunidad puede llevar a cambios en los sentimientos individuales acerca del self. También en su revisión, Shinn y Toohey (2003) hacen hincapié en la importancia que tienen escenarios comunitarios como grupos de ayuda mutua, las parroquias u organizaciones de carácter voluntario para la formación de roles, el sentido de identidad y la mejora del bienestar. El sentimiento de comunidad y de identidad compartida con otros miembros de la comunidad es también relevante en términos de apoyo social puesto que, como han señalado Dalton y sus colaboradores (2001), cuanto más intenso es ese sentimiento, será más probable que se espere el apoyo y la ayuda de los demás. De esta forma la integración y participación social y la fuentes informales de apoyo en la comunidad constituirían, en términos de Emory Cowen una ruta para el bienestar psicológico.

A partir de estas ideas, Cohen y sus colaboradores (2000) han propuesto un modelo que trata de sintetizar los diversos mecanismos a través de los cuales las relaciones sociales pueden tener un efecto principal en la salud física y psicológica. De acuerdo con este esquema, la participación en una red de relaciones sociales implica estar sujeto al control social y la presión e influencia del grupo de iguales, lo que influye en las conductas normativas de salud (por ejemplo, pueden influir en el ejercicio, la dieta o consumo de tabaco). La integración en una red de relaciones sociales también puede constituir una fuente general de afecto positivo, proporcionar sentimientos de estabilidad y predictibilidad, de pertenencia y seguridad, así como de reconocimiento de la valía personal cuando se cumplen las expectativas normativas de rol. Estos estados psicológicos positivos se considera que pueden ser beneficiosos por reducir el afecto negativo, motivan al cuidado personal, e influyen en las respuestas neuroendocrinas mejorando la función inmune. La disponibilidad de un amplio rango de vínculos sociales también proporciona múltiples fuentes de información. La información puede también influir en conductas relevantes para la salud o ayudar a evitar o minimizar situaciones estresantes o de riesgo. Una red social también puede contribuir a prevenir la enfermedad al proveer recursos tangibles (por ejemplo, económicos) que tengan

como resultado un mejor salud o la provision de un mejor cuidado de la salud por miembros de la red social. La integración social al proporcionar una mayor cantidad, diversidad y calidad de recursos, también puede incrementar la percepción de la disponibilidad de apoyo social. Así, el conocimiento y seguridad de que en situaciones de necesidad tendremos a alguien a quien recurrir, también pueden ejercer un efecto positivo directo en los estados afectivos y cognitivos. Por otra parte, estos autores consideran la posibilidad de que sea el aislamiento social el que perjudique la salud, en lugar de que la integración social proteja o mejore la salud. Desde ese punto de vista, el aislamiento social incrementaría el afecto negativo y el sentimiento de alienación, y reduciría los sentimientos de control y autoestima. En cualquier caso, estos estados psicológicos negativos podrían inducir un incremento en las respuestas neuroendocrinas, tener un efecto inmunosupresor e interferir con las conductas saludables.

Efectos protectores (Buffer)

La idea de los efectos protectores o “buffer” del apoyo social la podemos encontrar ya en los trabajos pioneros de Cassel y Cobb. Estos autores, para explicar el efecto positivo de las relaciones sociales en la salud, enfatizaban el papel que tenía el apoyo social para proteger de los efectos negativos del estrés u otras amenazas a la salud. Cobb, por ejemplo, subrayaba la importancia de los recursos de apoyo social para manejar eventos vitales estresantes como el embarazo, las hospitalizaciones o la pérdida de seres queridos. Por su parte, Cassel con un mayor énfasis en los aspectos biológicos, consideraba que el apoyo social podía modificar la resistencia biológica a la enfermedad influyendo, por ejemplo, en la presión arterial o la actividad endocrina. Para estos autores el apoyo social facilita fundamentalmente los procesos de afrontamiento y de adaptación al cambio y, por lo tanto, no deberían esperarse efectos principales dramáticos del apoyo social. El hecho de que se puedan encontrar algunos efectos principales, se debería, simplemente, a que la vida está llena de cambios y crisis. Esta perspectiva es similar a la defendida por Aaron Antonovsky (1979), según la cual los estresores son un elemento que acompaña de forma continua a las personas a lo largo de la vida. Para Antonovsky, la integración y el apoyo social proporcionan un sentido de coherencia y control sobre la propia vida, mecanismos que reducen la reactividad al estrés y que representa un importante componente del bienestar psicológico (Turner y Turner, 1999). Desde este punto de vista el aislamiento social y la falta de recursos de apoyo, al menoscabar lo sentimientos de control, reducirían las probabilidades de afrontar con éxito situaciones vitales difíciles, incrementando los niveles de estrés y, por tanto, sus consecuencias negativas. También en este sentido, Cohen y Wills (1985) propusie-

ron que el apoyo social puede reducir el estrés al alterar la valoración del estresor, al cambiar los patrones de afrontamiento, o al afectar las autopercepciones. Por ejemplo, el apoyo social podría desempeñar un función protectora al influir directamente en la autoestima, al mejorar la autoeficacia, o cambiando conductas de solución de problemas.

Recogiendo esta tradición de investigación, Cohen y sus colaboradores (2000) han propuesto un modelo que recoge los mecanismos por los que el apoyo social protege de los efectos negativos del estrés. Según este modelo, el apoyo desempeña diversos roles en la determinación de las respuestas individuales a los eventos potencialmente estresantes. El apoyo operaría, presumiblemente, previniendo las respuestas a los sucesos estresantes que son adversas para la salud. El apoyo social desempeñaría un rol importante en diferentes puntos de la cadena causal que vincula a los estresores con la enfermedad. En primer lugar, la creencia de que otros podrán proveer los recursos necesarios puede redefinir la amenaza potencial (valoración del estresor) que plantea una situación, y puede reforzar la capacidad percibida de afrontamiento ante las exigencias impuestas por esa situación, previniendo así una valoración altamente estresante. En segundo lugar, las creencias de apoyo pueden reducir o eliminar las reacciones afectivas ante un evento estresante, reduciendo las respuestas fisiológicas ante ese evento, previniendo o alterando respuestas conductuales maladaptativas, tal y como se expone en el Capítulo 9. La disponibilidad de personas con las que hablar y compartir los sentimientos también pueden reducir los pensamientos intrusivos que mantienen respuestas crónicas maladaptativas ante los eventos estresantes. Por otra parte, la recepción real de apoyo también puede desempeñar un rol positivo en este proceso. El apoyo recibido puede aliviar el impacto de la valoración negativa de un estresor al proveer una solución al problema, reduciendo su importancia percibida. También puede reducir la reactividad fisiológica al estrés percibido al facilitar conductas saludables (ejercicio, descanso, nutrición, etc.).

El apoyo social en la intervención social y comunitaria

En el apartado introductorio de este capítulo se subrayaba la influencia que los pioneros en el estudio del apoyo social iban a ejercer sobre las dos grandes tradiciones que caracterizan a esta área de estudio. Por un lado, John Cassel y Sydney Cobb proporcionarían el impulso definitivo al estudio de la influencia del apoyo social en la salud y el bienestar, así como de los procesos y mecanismos que explican esta influencia. Como hemos comprobado en el apartado anterior, esta tradición ha sido inmensamente fructífera y el volumen la literatura científica documentando los efectos positivos del apoyo social en la salud y el bienestar resulta abru-

mador. Si la evidencia empírica ha vinculado repetidamente el apoyo social con la salud y el bienestar, no es de extrañar que los investigadores y profesionales de la intervención social dirigieran su atención hacia las posibles aplicaciones prácticas de este recurso como una nueva herramienta en los programas y estrategias de prevención e intervención. Esta nueva forma de entender la intervención social en la que los sistemas de apoyo social pueden desempeñar un rol fundamental en el logro de los objetivos de la intervención, define a la segunda tradición que caracteriza el campo de estudio del apoyo social y que tuvo a Gerard Caplan como uno de sus principales impulsores. En este apartado nos centraremos en esa segunda tradición. Una tradición desde la que se enfatiza la importancia de los sistemas de apoyo social para la intervención social, y el rol que el profesional puede desempeñar en su creación, estímulo y movilización.

Para Caplan, los sistemas de apoyo desempeñaban un papel fundamental en el mantenimiento del ajuste y bienestar, puesto que una de sus funciones es suministrar las provisiones psicosociales que permiten satisfacer las necesidades (psicológicas, emocionales, instrumentales...) de las personas. Unas provisiones que adquieren una mayor importancia ante condiciones, situaciones o transiciones vitales estresantes. Si los sistemas de apoyo no son capaces de satisfacer las necesidades psicosociales que surgen ante esas situaciones, se incrementa la probabilidad de que se generen situaciones de riesgo y aparezcan problemas de ajuste psicológico y social. De ahí, como destacaría Caplan, la importancia del apoyo social en las intervenciones de carácter preventivo. El concepto de apoyo social iba a proporcionar una nueva perspectiva y un conjunto más amplio de opciones para la intervención al utilizar el potencial de los vínculos sociales para responder a condiciones vitales cambiantes. Un punto de vista que quedaría reforzado por los resultados de un estudio realizado por iniciativa de la Asociación Americana de Psicología con el objetivo de identificar programas de prevención efectivos para grupos de riesgo a lo largo del ciclo vital que pudieran servir como modelos para los profesionales, en el que se destacarían aquellos que se centraban en el fortalecimiento de las redes informales de apoyo y en la provisión del apoyo social (Price y cols., 1989).

La idea de que los sistemas de apoyo, tanto en el grupo primario como en la comunidad, proporcionan las provisiones psicosociales necesarias para mantener el bienestar y el ajuste psicosocial se refleja en las conceptualizaciones y análisis posteriores de este constructo, así como en la justificación de la necesidad de incorporar el apoyo social en las estrategias de intervención social. Así, como hemos visto en el apartado 2 de este capítulo, para Nan Lin y sus colaboradores, el apoyo social es el proceso por el cual los recursos en la estructura social (relaciones íntimas, red social y comunidad) permiten satisfacer necesidades (instrumentales y expresivas) en situaciones cotidianas y de crisis. Una idea que también recoge el modelo pro-

puesto por Kahn y Antonucci, según el cual el convoy que rodea a la persona (círculo íntimo, intermedio y externo), en la medida en que es capaz de satisfacer las necesidades de apoyo social, permitirá superar las dificultades y retos que aparecen a lo largo del ciclo vital de las personas. Desde ambas perspectivas, en la medida en que estas necesidades no son satisfechas por la estructura de relaciones sociales, se incrementa el riesgo en la salud y el ajuste psicosocial.

Benjamin Gottlieb (1988, 1992, 2000), uno de los autores que recogería el testigo de Caplan en subrayar la importancia del apoyo social como herramienta en la intervención social, asumiría este conjunto de ideas, para proponer una definición general de las intervenciones basadas en el apoyo social. Para este autor, las intervenciones basadas en el apoyo social, independientemente de la estrategia que se adopte, difieren de otro tipo de intervenciones en que su objetivo fundamental es la creación de un proceso de interacción con el entorno social que sea capaz de satisfacer las necesidades psicosociales de las personas. Este proceso de interacción que pueden ocurrir en situaciones cotidianas o en situaciones estresantes, tiene como propósito optimizar el ajuste entre las necesidades psicosociales de la persona o grupo (que surgen de las distintas demandas o condiciones de que motivan la intervención) y las provisiones psicosociales y recursos (en los diversos niveles de las relaciones sociales) que se necesitan movilizar o crear para satisfacer esas necesidades. Las intervenciones basadas en el apoyo social generalmente implican la interacción directa con el entorno social de la persona y sus efectos positivos son resultado de los recursos que se intercambian durante esa interacción (información, ayuda tangible, cuidado, compañía, apoyo emocional, educación...). El reto para el profesional radica, por tanto, en la capacidad para ajustar los recursos del entorno social a las necesidades psicosociales de la persona en situación de riesgo social. Es precisamente el énfasis en la movilización del entorno social para satisfacer las necesidades psicosociales lo que, según Gottlieb (2000), distingue a las intervenciones basadas en el apoyo social de otras intervenciones clínicas o comunitarias.

Formatos y características de las intervenciones basadas en el apoyo social

Desde las primeras formulaciones de Caplan, se han propuesto distintas tipologías de intervenciones basadas en el apoyo social (ver, por ejemplo, Gottlieb, 2000). Estas tipologías habitualmente identifican un conjunto de niveles donde puede tener lugar la intervención y que habitualmente incluyen el nivel individual, diádico, grupal, comunitario y sistémico (cambios en la estructura y políticas institucionales). En este apartado, sin embargo, nos centraremos en dos de estos niveles, el diádico y el grupal, por tres razones. En primer lugar, como han señala-

do Cohen y cols. (2000), las intervenciones que tenían como objetivo la enseñanza de habilidades de ayuda a figuras importantes de la red social, o a miembros relevantes de la comunidad, se han ido abandonando progresivamente puesto que estas estrategias no tenían en consideración la numerosas contingencias que pueden influir en la expresión y aceptación del apoyo social. Por otro lado, como ha señalado Gottlieb (2000), las iniciativas que tratan de producir cambios estructurales y organizacionales en el sistema social con el objetivo de mejorar el acceso y recepción de apoyo social, son escasas y carecen de evaluaciones sólidas. Por otro lado, y desde el punto de vista de la evaluación científica de sus resultados, las iniciativas más prometedoras y que han demostrado un mayor potencial son las intervenciones diádicas y los grupos de apoyo facilitados por profesionales. Estos formatos de intervención, no sólo permiten un control más estrecho (características de los participantes, la articulación y dosificación del programa, el control temporal), sino que también facilitan la evaluación de sus resultados mediante la utilización de diseños de investigación (Cohen y cols., 2000).

De acuerdo con Gottlieb (2000), las intervenciones en el nivel diádico involucran la movilización del apoyo social de un miembro clave de la red social existente o bien implican la introducción de un nuevo miembro en la red social de la persona con el objetivo de establecer una relación de apoyo. En el nivel grupal, las intervenciones se dirigen bien a la optimización de la red social de las personas ya existentes o a la creación y movilización del apoyo de nuevos vínculos sociales (por ejemplo, mediante la creación de grupos de apoyo). En general, las intervenciones grupales tienen como objetivo la creación de un sistema de apoyo más robusto y duradero, aunque serán las propiedades del grupo como su composición, estructura, normas, liderazgo y otros aspectos los que determinarán el que los procesos de apoyo se materialicen o fracasen. En los apartados siguientes examinaremos brevemente estos dos formatos de intervención basada en el apoyo social.

Intervenciones diádicas

Las mayoría de intervenciones diádicas se dirigen a grupos de riesgo de la población donde existen claras necesidades psicosociales que tratan de compensarse mediante la inserción temporal de una relación en la red social de la persona objeto de la intervención. Estos programas de intervención habitualmente identifican a personas con importantes déficits de apoyo social como resultado de la pérdida o carencia de relaciones sociales relevantes, o de la incapacidad de la red social disponible para satisfacer las necesidades que generan nuevas transiciones o estresores vitales. Este tipo de programas se suelen llevar a cabo desde servicios sociales, centros de salud mental u hospitales, son voluntarios y gratuitos,

tienen una duración determinada e involucran la introducción de un profesional en la red social de la personas, generalmente mediante programas de visitas a los usuarios del servicio, y se complementan buscando la complicidad de otros vínculos sociales, y la utilización de otros recursos comunitarios disponibles (Eckenrode y Hamilton, 2000).

Uno de los ejemplos más característicos de este tipo de intervención son los programas de visitas al hogar para madres e hijos en situación de riesgo social. Estos programas se dirigen generalmente a madres jóvenes con bajos ingresos y con una red social inadecuada para satisfacer las necesidades que exige el cuidado de los hijos durante el embarazo y primeros años de vida. Estos programas asumen, precisamente, que la red social de estas madres no posee el conocimiento experiencial necesario, ni los recursos y conocimientos sobre cuestiones de salud personal y perinatal, de forma que pueda convertirse en una fuente de apoyo. Además, los miembros de la red social de estas madres pueden ser inaceptables como fuente de apoyo, si su influencia puede contribuir a promover o alentar prácticas parentales inadecuadas, que supongan un riesgo para la salud y el bienestar de los menores (Gracia y Musitu, 2003).

De entre las intervenciones basadas en el apoyo social mediante de visitas al hogar con el objetivo de prevenir el riesgo social en familias destaca, sin duda, por su efectividad, prestigio y rigor científico el programa para el periodo prenatal y la primera infancia desarrollado por David Olds y conocido actualmente como "The Nurse-Family Partnership". Una breve descripción de este programa paradigmático, servirá para ilustrar el potencial de las intervenciones diádicas basadas en el apoyo social (ver Gracia, 2007, para un análisis en profundidad de la historia, características y proceso de evaluación de este programa).

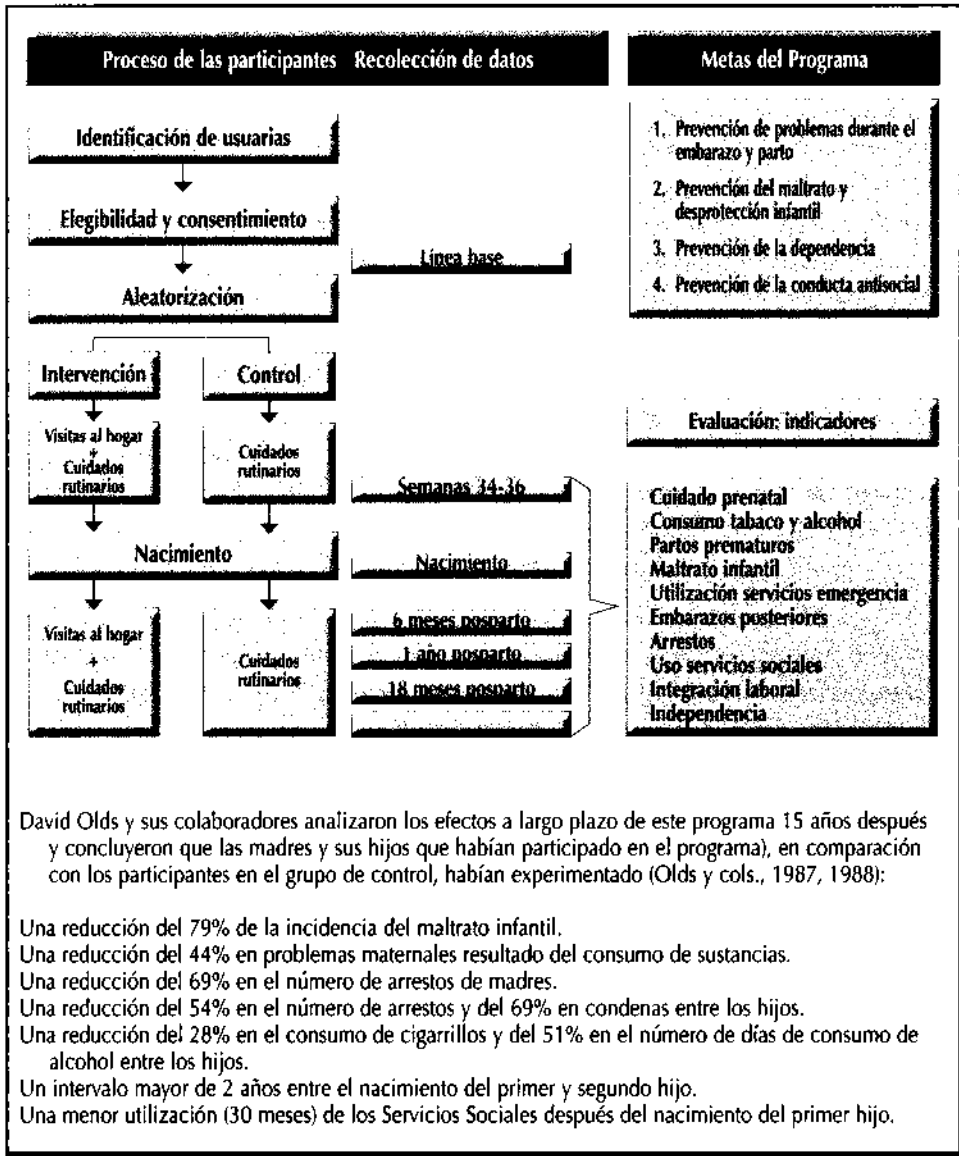
Este programa, basado en visitas al hogar (realizadas fundamentalmente por profesionales de la salud) tiene como objetivo la prevención de un amplio rango de problemas en el ámbito de la salud maternal e infantil asociados con la pobreza, la exclusión y el riesgo social. El programa se dirige a madres adolescentes y jóvenes en su primer embarazo y en situación de riesgo social (el objetivo de seleccionar futuras madres en situación de riesgo, era intentar maximizar el beneficio que se pudiera obtener de la participación en el programa). El programa se estableció para mejorar los hábitos de salud en el periodo prenatal, mejorar los resultados del embarazo y parto, mejorar la competencia en el cuidado del recién nacido, su salud y desarrollo, proveer el apoyo social necesario (emocional, informativo e instrumental), mejorar el desarrollo personal mediante la inserción laboral y la mejora en el ámbito educativo, romper el ciclo de dependencia de los servicios de protección social, la prevención de conductas delictivas y antisociales, así como reducir nuevos embarazos no deseados. Las visitas al hogar se reali-

zan durante el embarazo y los dos primeros años de vida. El contenido del programa de intervención se dirige simultáneamente a aquellos factores que deterioran los hábitos de salud y el cuidado de los hijos, e incrementan el riesgo social. El objetivo es lograr una reducción significativa en los problemas de salud infantil, como nacimientos prematuros o bajo peso al nacer, problemas en la nutrición y el crecimiento, accidentes, enfermedades infecciosas, retrasos en el desarrollo cognitivo, problemas de conducta y malos tratos físicos y negligencia (para un análisis pormenorizado sobre el maltrato infantil véase el Capítulo 5).

El programa asume un acercamiento ecológico en la comprensión de estos problemas. Desde esta perspectiva, estos problemas tienen su origen no sólo en la familia sino también en la comunidad más amplia en la que estas familias viven, incluyendo los recursos sociales y materiales disponibles en la comunidad para ayudar a los padres en el cuidado de los hijos, así como aquellos factores como el desempleo, la pobreza, ser madre soltera o la discriminación social o racial. El programa, de acuerdo con un planteamiento ecológico, asume tres fuentes principales de influencia en el bienestar de los hijos: los padres, otros miembros de la familia y amigos, y los servicios que proporciona la comunidad donde esa familia vive. En sintonía con ese planteamiento, durante las visitas al hogar se llevan a cabo tres actividades principales: a) un programa de educación parental, b) se involucran miembros de la familia y amistades y, c) se vinculan a los miembros de la familia con otros servicios sociales y de la salud disponibles en la comunidad.

En la evaluación de la efectividad de este programa se observó una importante mejoras en las conductas de salud de las madres (por ejemplo, consumo de tabaco y dieta), en los resultados del embarazo (duración del período de gestación y peso del recién nacido), en la calidad del cuidado maternal (menor uso del castigo, mayor utilización del juego, menores problemas de salud de los hijos y menor número de accidentes), en el apoyo social informal experimentado, en el uso de los recursos formales de apoyo existentes y en las perspectivas para el futuro (menor número de embarazos, más oportunidades de trabajo). Uno de los aspectos más importantes que reveló la evaluación de este programa fue su impacto en la reducción de las tasas de casos de maltrato infantil. Para el grupo de madres en situación de riesgo (madres solteras en situación de pobreza) se observó una reducción del 79% en la incidencia de casos verificados de malos tratos. De este programa destaca no sólo su efectividad, sino cómo se demuestra esa efectividad mediante ensayos clínicos (con grupo experimental y control asignados aleatoriamente) y diseños longitudinales, lo que convierte a este programa de intervención social en uno de los más rigurosos científicamente y en una inspiración y estímulo para el desarrollo riguroso de nuevos programas de intervención en este y otros ámbitos (ver Cuadro 4.9).

Cuadro 4.9: La evaluación de un programa de intervención basado en el apoyo social. Un caso paradigmático: The Family-Nurse Partnership



Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo, también llamados grupos de intervención psicosocial, son probablemente la modalidad de intervención basada en el apoyo social utilizada más ampliamente. Cientos de grupos de apoyo has sido utilizados en la interven-

ción y rehabilitación psicosocial, para una amplísima variedad de problemas, condiciones vitales y grupos de riesgo, que incluyen problemas conductuales y sociales (riesgo social en familias, prevención del maltrato infantil, adicciones, prevención de la conducta antisocial...), transiciones vitales (paternidad, pérdida de seres queridos, divorcio...) problemas de salud mental (trastornos afectivos, enfermedad mental, familiares y cuidadores de enfermos crónicos...), problemas asociados al ámbito médico (cáncer, diabetes, enfermedades coronarias, SIDA, esclerosis múltiple...). La importancia de este recurso para la intervención social viene además avalada por un conjunto de estudios que demuestran los efectos beneficiosos en el ajuste, bienestar y calidad de vida de los participantes en estos grupos (ver Hogan y cols., 2002, para una revisión).

Los grupos de apoyo constituyen un término genérico que incluye un amplio rango de modalidades de intervención promocionadas o iniciadas por profesionales y que se basan en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares en un grupo de iguales. Es precisamente la similitud de las experiencias estresantes y los procesos de ayuda mutua que éstas impulsan, el eje principal alrededor del cual giran los grupos de apoyo.

Típicamente, un grupo de apoyo esta compuesto por personas con problemas, hábitos, estresores o transiciones vitales similares y que cuentan con el conocimiento experto, entrenamiento y supervisión de un profesional que, además, facilita la comunicación y cohesión grupal, y ayuda a canalizar los procesos de apoyo y ayuda mutua con el objetivo de mejorar los procesos de afrontamiento, cambio conductual o ajuste psicosocial de los miembros del grupo (Gracia, 1997). Los grupos de apoyo pueden, sin embargo, variar sustancialmente en el énfasis que los profesionales pongan en la provisión de información, la facilitación de los procesos grupales, o el estilo de relación entre los miembros del grupo. Estos grupos generalmente combinan la educación y el apoyo social entre iguales, aunque ninguna función es desempeñada exclusivamente por el facilitador o los participantes. Por ejemplo, el apoyo emocional o la información sobre la naturaleza de un estresor, sus secuelas, o los recursos de afrontamiento necesarios, pueden ser proporcionados por los profesionales o por los participantes, en diferente medida según se enfatice el conocimiento experiencial o el conocimiento experto (ver Hombrados y Martíportugués, 2006).

Como señalan Helgeson y Gottlieb (2000), una de las principales diferencias entre las contribuciones del profesional facilitador y las de los miembros del grupo es la carga afectiva y el nivel de la personalización de la comunicación. Así, mientras que los mensajes del líder del grupo tienden a caracterizarse por su naturaleza más general y objetiva, las interacciones entre los componentes tiende a ser más personalizada y poseer una mayor carga emocional. Para estos autores, los

grupos de apoyo constituyen un formato de intervención distinto a las terapias de grupo y a los grupos de ayuda mutua, aunque, en parte, pueden considerarse un híbrido de los dos. Por una parte, aunque como en las terapias de grupo el profesional ejerce el liderazgo, provee información y guía los procesos grupales, en los grupos de apoyo el profesional no utiliza prácticas clínicas como la evaluación de diagnóstico o la interpretación psicológica, y no se asignan los miembros al grupo en función de unas categorías diagnósticas. Por otra parte, y aunque comparten con los grupos de ayuda mutua una cultura compartida entre los iguales basada en el conocimiento mutuo de las experiencias personales, en el apoyo y la ayuda mutua y el sentimiento de comunidad y pertenencia, los grupos de apoyo tienden a ser limitados en el tiempo y su existencia depende del interés y disponibilidad del líder o de la organización que los promueve. Al ser iniciados por profesionales su naturaleza es más formal en comparación con los grupos de ayuda mutua, puesto que no surgen de las acciones voluntarias de sus componentes. Su formación, composición y, en cierta medida, su dinámica y procesos dependen de la orientación de los profesionales. Si al finalizar un grupo de apoyo que ha sido iniciado y dirigido por un profesional, sus componentes deciden continuar por decisión voluntaria, este grupo puede entonces ser considerado como un grupo de ayuda mutua.

Desde el punto de vista de la intervención social, el formato de grupo de apoyo ofrece ventajas sobre los acercamientos más individualizados. De acuerdo con Gottlieb (1983), estos grupos proporcionan un acercamiento más efectivo, en términos de costos, al ser numerosas las personas que reciben un servicio simultáneamente. En segundo lugar, el formato grupal ofrece provisiones de apoyo únicas. El hecho de contactar con personas que comparten un mismo problema o condición, significa que no se es “especial” o que los problemas son debidos a algún tipo de fracaso personal, puesto que otras personas también experimentan esos sucesos estresantes y comparten las reacciones emocionales. Además en el proceso de comparación social que tiene lugar en los grupos, no sólo se contrastan los cambios personales que éstos producen, sino también se pueden comparar e intercambiar estrategias de afrontamiento que han demostrado ser más o menos efectivas. La experiencia colectiva también permite ajustar las expectativas con respecto a los cambios que pueden operarse en un período de tiempo determinado, así como observar los progresos que tienen lugar como resultado de los esfuerzos de ajuste. Finalmente, además de las funciones normalizadoras, de apoyo y de modelado, la experiencia de grupo también provee de un sentido psicológico de comunidad, que no se obtiene a través de intervenciones individuales tradicionales. Además, la participación en grupos de apoyo también permite lograr objetivos sociales más amplios.

Para Gottlieb, una virtud de los grupos de apoyo es que no transfieren la responsabilidad del cambio al profesional o a la institución. El poder del grupo descansa en el colectivo de participantes que tienen el conocimiento experiencial (no el conocimiento técnico) sobre el que se basa los intercambios de ayuda. De hecho, cuando se inician grupos de apoyo, los profesionales pueden ser más efectivos estimulando los procesos de grupo que potencian estos aspectos. Por ejemplo, pueden reforzarse cambios concretos de los participantes que son el resultado de las sugerencias del grupo, reforzando los sentimientos de eficacia personal, estimulando a los miembros a actuar como figuras de apoyo para nuevos miembros o haciendo conocer el trabajo del grupo en la comunidad u otros servicios de salud mental. También en algunos casos, los participantes pueden involucrarse en actividades de acción social con el objetivo de conseguir cambios en programas o políticas institucionales que afectan a su problemática. Otro objetivo social señalado por este autor, que puede lograrse a través de la participación en grupos de apoyo, es la progresiva asimilación de los miembros del grupo en sus respectivas redes sociales y la introducción de las normas de apoyo en esa red (lo que puede incrementar el impacto del grupo al extender las actividades y decisiones fuera del grupo). Además, desde un punto de vista psicosociológico, la participación en grupos de apoyo puede incrementar la autoestima, puede promover el uso de otras prácticas de autocuidado, y puede proporcionar a sus miembros un mayor sentimiento de control personal sobre su bienestar emocional.

Grupos de ayuda mutua

El apoyo social es un constructo que refleja la necesidad humana de pertenecer, la necesidad de afiliación, la necesidad de establecer vínculos sociales, y la tendencia a compartir los esfuerzos, los recursos y la información para superar problemas, dificultades y amenazas. Como diría Kropotkin a principios del siglo XX en su clásico trabajo “La ayuda mutua: un factor en la evolución”, la cooperación y la ayuda mutua son los mecanismos básicos que capacitan a la sociedad humana para su supervivencia y desarrollo. Esa búsqueda de información, la necesidad de validar las propias experiencias y reacciones, y la necesidad de establecer un proceso de comparación social con personas que comparten una misma situación o problemática son elementos característicos de los grupos de ayuda mutua. En este sentido Caplan, quien destacaba a los grupos de ayuda mutua entre los sistemas de apoyo de la comunidad, definiría informalmente a estos grupos como “grupos de ayuda de gente que está en el mismo bote” (1974, p. 23). La idea básica de los grupos de ayuda mutua es que las personas que se enfrentan a retos o problemas similares pueden ayudarse mutuamente al actuar conjuntamente, apro-

vechando el conocimiento experiencial y los procesos psicológicos y grupales que surgen durante su interacción, sin depender de liderazgos, estructuras o supuestos profesionales (Riessman, 1985). Los grupos de ayuda mutua son un recurso al que recurren un número importante de personas que quieren cambiar sus conducta, superar problemas emocionales y afectivos, manejar una enfermedad o una situación vital difícil. Un recurso de apoyo social que ha inspirado y modelado a numerosas intervenciones profesionales basadas en grupos de apoyo (ver apartado anterior) y que cuentan con una larga historia. Una historia que comenzaría en 1935 con un pequeño grupo fundado por una peculiar pareja, un operador financiero y un cirujano que tenían una cosa en común, los dos eran alcohólicos sin remedio (ver Cuadro 4.10.).

Cuadro 4.10. El origen: Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos tuvo su comienzo en Estados Unidos, en 1935, cuando un hombre de negocios de Nueva York, - Bill W. - que había conseguido permanecer sin beber por primera vez tras haberlo intentado en varias ocasiones durante varios años, buscó a otro alcohólico para compartir con él sus experiencias en un esfuerzo por superar un mal momento que estaba atravesando y que temía que lo llevase a una recaída. Durante los escasos meses de su recién adquirida sobriedad, este alcohólico había observado que sus deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros «borrachos» a permanecer sobrios. En Akron le pusieron en contacto con un médico de esta localidad, Doctor Bob S. que tenía problemas con la bebida. Trabajando juntos, el hombre de negocios y el médico descubrieron que su capacidad para permanecer sobrios estaba muy relacionada con la ayuda y estímulo que ellos pudieran dar a otros alcohólicos. Así como el compartir entre ellos su experiencia, que a partir de entonces llevaron a otros. En 1939, con la publicación del libro *Alcohólicos Anónimos*, del que la Comunidad tomó su nombre, y con la ayuda de amigos no alcohólicos, A.A. empezó a llamar la atención con su programa, extendiéndose rápidamente, tanto en Estados Unidos como en el extranjero.

Alcohólicos Anónimos está presente en 180 países. En España, en 1979, se legaliza la asociación Servicios Generales de A.A. de España, celebrándose en 1980, la primera Conferencia del Servicio General de A.A. Entre los 486 Grupos de A.A. existentes actualmente en España, algunos están funcionando en centros de tratamiento.

Fuente: Alcohólicos Anónimos España. <http://www.alcoholicos-anonimos.org>.

Los grupos de ayuda mutua se han convertido en un recurso relevante en el ámbito de la salud. Aunque no hay problema ajeno a los grupos de ayuda mutua, como señalan Lieberman y Snowden (1993) la experiencia de una enfermedad es, en general, la principal razón por la que se participa en este tipo de grupos, ocupando un segundo lugar las adicciones y, con una presencia menor, cuestiones como la paternidad, la victimización o el duelo. Además, en este sentido, Davidson y sus colaboradores han observado que los tipos de enfermedades que motivan a quienes las sufren a participar en grupos de ayuda mutua son aquellas que tienden a consi-

derarse estigmatizantes (por ejemplo, alcoholismo, SIDA, cáncer, etc.). Según estos autores, las condiciones estigmatizantes pueden provocar el aislamiento de las redes habituales de apoyo social, incrementando el valor de la ayuda mutua entre iguales. A pesar de la popularidad de los grupos de ayuda mutua, son relativamente escasos los estudios que han investigado empíricamente sus resultados y eficacia. No obstante, los estudios disponibles son alentadores y, aunque dada la gran diversidad de grupos existentes es difícil hacer generalizaciones, en general, sugieren que la participación en estos grupos tiene efectos positivos (ver revisiones en Davidson y cols. 2000; Gracia, 1997; Hogan y cols. 2002). En cualquier caso, como han observado Davidson y sus colaboradores (2000), una medida básica del valor que los participantes en grupos de ayuda mutua asignan a su experiencia es el índice de participación. La participación puede considerarse un índice de éxito porque los grupos que pierden su valor dejan de ser grupos. Dicho en los términos irónicos que emplean estos autores, los miembros de estos grupos votan con los pies (si el grupo les aporta algo, se quedan, si no, se van).

Cuadro 4.11. Grupos de ayuda mutua: definiciones

Katz y Bender, (1976):

Los grupos de ayuda mutua son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un handicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Con frecuencia proporcionan ayuda material así como apoyo emocional; están orientados a la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo pueden obtener e incrementar un sentimiento de identidad personal.

Silverman (1980):

La ayuda mutua ocurre únicamente cuando la persona que ayuda y la que recibe esa ayuda comparten un mismo problema. La esencia del proceso es la mutualidad y la reciprocidad. Quien ayuda puede no ser un igual de la persona que recibe la ayuda en ningún otro sentido, aunque es un superviviente que habiendo manejado con éxito el problema ha adquirido una experiencia útil basada en la experiencia práctica. Además, el hecho de compartir la experiencia beneficia tanto a la persona que recibe la ayuda como a la persona que la proporciona.

U.S. Department of Health and Human Services (1987):

Los grupos de ayuda mutua son grupos autogobernados cuyos miembros comparten una preocupación común y se dan mutuamente apoyo emocional y ayuda material, son gratuitos o se solicita una pequeña cuota para ser miembros, y se valora especialmente el conocimiento experiencial con la creencia de que éste proporciona una especial comprensión de una situación. Además de proveer apoyo mutuo para sus miembros, estos grupos pueden también involucrarse en actividades de información, educación, ayuda material y de acción social en sus comunidades.

Grupos de ayuda mutua: características y procesos

El hecho de compartir un problema define el estatus de miembro en los grupos de ayuda mutua. En este sentido, todos los grupos de ayuda mutua, a pesar de su gran diversidad, pueden unificarse por el hecho de que reúnen personas que comparten los mismos problemas, que se encuentran en un estado de necesidad y para quienes es importante compartir con otros experiencias y sufrimientos personales. Estos grupos, además, comparten elementos comunes. Entre estos elementos destaca su capacidad para crear experiencias con un potencial terapéutico y proveer un entorno donde sus miembros puedan encontrar esperanza, desarrollar una mejor comprensión de sus problemas y sentirse aceptados. En este sentido, son grupos que proporcionan una atmósfera de aceptación incondicional que facilita la expresión de emociones y cuestiones personales. Estos grupos también son sistemas que facilitan la reestructuración cognitiva y que poseen elaboradas ideologías acerca de la causas y fuentes de los problemas, así como acerca de la forma en que las personas pueden enfrentar esos problemas y obtener la ayuda necesaria. Además, estos grupos son una fuente de vínculos sociales donde sus miembros pueden establecer relaciones y, en ese sentido, constituyen una fuente de apoyo social crucial para facilitar la normalización. Así, con frecuencia asumen características de los grupos primarios y actúan como un nuevo grupo de referencia. De esta forma, los grupos de ayuda mutua tienen la capacidad de generar un sentido de pertenencia, lo que genera altos niveles de cohesión y motivación para permanecer en el grupo.

Como señalara Alfred Katz (1993), los grupos de ayuda mutua proporcionan “algo” beneficioso, recompensante y útil a sus miembros y, aunque la continuidad de un miembro en un grupo no indica necesariamente que esa persona esté obteniendo beneficios, al menos implica que está obteniendo algún tipo de satisfacción. No obstante, las características especiales que poseen los grupos de ayuda y los procesos que surgen de la interacción de sus miembros se han considerado claves para comprender sus potenciales efectos beneficiosos (para un análisis pormenorizado de los mecanismos y procesos que pueden explicar la efectividad de los grupos de ayuda mutua, ver Gracia, 1997). El hecho de que los grupos de ayuda mutua proporcionan un entorno en el que los participantes pueden simultáneamente recibir y proporcionar apoyo social se ha considerado como uno de los procesos principales por los que los grupos de ayuda mutua pueden tener efectos beneficiosos. A este proceso lo denominaría Frank Riessman (1965), uno de los pioneros del movimiento de la ayuda mutua, el principio de la “ayuda como terapia” para describir lo que consideraba uno de los mecanismos más poderosos en los grupos de autoayuda. Este principio subraya los beneficios de ayudar a los demás, y afirma que aquellas personas que ayudan son las que obtienen más ayuda (o en otros términos, ayudar a otros es ayudarse a sí mismo). Así, por ejemplo, un alcohólico que en el contexto de

un grupo de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos proporcione ayuda y apoyo a otro miembro del grupo probablemente sea quien más se beneficie al desempeñar el rol de proveedor de ayuda y apoyo. Como señalan Gartner y Riessman (1977), puesto que todos los miembros del grupo desempeñan ese rol en un momento u otro, todos se benefician de ese proceso. Además, aunque todas las personas cuyo rol consiste en ayudar a otras (profesionales, voluntariado, etc.) pueden beneficiarse de este proceso, tal y como se refleja en el Capítulo 10, las personas que tienen un problema particular pueden beneficiarse de este proceso de forma más acusada al proporcionar ayuda a otras personas que comparten el mismo problema. Otra dimensión que se considera relevante como mecanismo explicativo del principio de la “ayuda como terapia” es el propio proceso de persuasión. La persona, en el proceso de persuadir al receptor de la ayuda, tiene que persuadirse o reforzarse a sí misma acerca de los diversos problemas específicos que comparte con la persona receptora de la ayuda. De esta forma la persona se autopersuade al persuadir a otra. Para estos autores, existen al menos tres mecanismos adicionales que permiten explicar el hecho de que la persona que desempeña el rol de ayuda obtiene beneficios especiales. Estos mecanismos son: (a) La persona que ayuda es menos dependiente; (b) Enfrentando el problema de otra persona, la persona que ayuda tiene la oportunidad de observar su propio problema desde la distancia y; (c) La persona que ayuda obtiene un sentimiento de utilidad social al desempeñar ese rol.

Por otra parte, Según Gartner y Riessman (1984), la “ayuda como terapia” es un proceso que encuentra encaje en la teoría del rol, de acuerdo con la cual, la persona que desempeña un rol particular tiende a cumplir las expectativas y requisitos de ese rol. Así, en un grupo de ayuda mutua la persona que asume el rol de proveedor de ayuda debe demostrar su dominio sobre una condición problemática (por ejemplo, desempeñando el rol de no adicto) adquiriendo por tanto las habilidades, actitudes, conductas y disposición mental apropiadas. Al realizar este modelado en beneficio de los otros miembros del grupo, la persona puede percibirse a sí misma de una nueva forma y, de hecho, puede llegar a apropiarse de ese rol. Finalmente, la persona que proporciona ayuda también obtiene apoyo a partir de la tesis implícita según la cual “debo estar bien si soy capaz de ayudar a otros”, además de sentirse recompensado por el hecho de ayudar a otra persona y reducir su sufrimiento. Además, el asumir el rol de figura de ayuda y apoyo puede funcionar como un fuente principal de “distracción”, alejando a la persona de sus propios problemas y reduciendo la excesiva preocupación acerca de sí misma. En cualquier caso, como señalan estos autores, es importante tener en consideración las diferencias individuales, en el sentido de que unas personas obtienen mayor satisfacción que otras dando, ayudando, liderando, persuadiendo y cuidando a otras personas.

Cuadro 4.12. Grupos de ayuda mutua: Procesos grupales

Para Alfred Katz (1993), otro factor que puede contribuir a la efectividad de los grupos de ayuda mutua es el propio proceso de grupo. Este autor identificó los siguientes procesos de grupo que podía facilitar el funcionamiento y el logro de los objetivos de los grupos de ayuda mutua:

1. Identificación con los iguales o con el grupo primario de referencia (sentimiento de pertenencia).
2. Aprendizaje a través de la acción; cambio de actitudes y adquisición de conocimientos a través de la experiencia y acción
3. Facilitación de la comunicación al ser los miembros del grupo iguales.
4. Mayores oportunidades para la socialización.
5. Ruptura de las defensas psicológicas a través de la acción en el grupo, la discusión abierta y la confrontación.
6. Apoyo emocional y social entre los miembros; reducción de la distancia social entre los miembros en oposición a la distancia que tradicionalmente se mantiene en las relaciones profesional-cliente. Esto mejora las cualidades terapéuticas de la participación en el grupo.
7. Provisión de un aceptable sistema de estatus donde el miembro del grupo puede encontrar su lugar. El estatus se define de acuerdo con las metas y necesidades del grupo, y el estatus del individuo en el sistema social del grupo puede encontrarse relativamente bien definido.
8. En comparación con contextos institucionales o relaciones profesional-cliente, existe una mayor proximidad con las condiciones externas.
9. El grupo proporciona apoyo, refuerzo, sanciones, límites y normas, amplía el poder del individuo, proporciona feedback y, ocupa tiempo.
10. El grupo proporciona oportunidades para la expresión directa, la implicación emocional y la integración conceptual de la experiencia emocional, lo que facilita el desarrollo personal.
11. Oportunidad para ejercer el liderazgo.

Los profesionales y los grupos de ayuda mutua

Si bien los programas de intervención que incorporan el apoyo social comienzan a ocupar un lugar cada vez más relevante en el contexto de la programación de estrategias de intervención social, el lugar de los grupos de ayuda mutua en el contexto de las estrategias de intervención social, todavía se encuentra pobremente definido y, en ocasiones, su potencial contribución no se reconoce o tiende a ignorarse. Como han señalado diversos autores, la potencial contribución de los grupos de ayuda mutua en la mejora del bienestar, y la adaptación a situaciones y condiciones vitales estresantes, tiende a pasar desapercibida por los investigadores y profesionales de la intervención social, a pesar de que, con frecuencia compartan los mismos objetivos (Davidson y cols., 2000; Gracia, 1997; Jakobs y Goodman, 1989).

Leon Levy (2000) planteó esta cuestión en los siguientes términos: ¿deben ser los grupos de ayuda mutua un recurso para la intervención respaldado por los profesionales, científicos sociales y responsables de las políticas sociales públicas? De acuerdo con Levy la respuesta es sí, por tres razones. La primera es que estos grupos

son utilizados por un número cada vez mayor de personas y existe la posibilidad de que estos grupos superen a la psicoterapia como uno de los principales recursos en el ámbito de la salud mental. La segunda razón, relacionada con la primera, es que, a medida que un número mayor de personas buscan ayuda en estos grupos, los servicios formales en el ámbito de la salud mental comienzan a incluirlos como parte de sus recursos. Finalmente, la tercera razón, es que los grupos de ayuda mutua, sobre todo en ámbitos como la enfermedad mental, las drogodependencias, o grupos estigmatizados socialmente, pueden desempeñar un papel único como complemento a los servicios que proporcionan los profesionales. Éstas son razones, además, que ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en la investigación rigurosa de los grupos de ayuda mutua para mejorar nuestra comprensión y conocimiento de estos sistemas de apoyo social, asegurar la calidad de los servicios que prestan y mejorar su efectividad. Desde estos planteamientos, los profesionales, investigadores e instituciones pueden contribuir a la legitimación de los grupos de ayuda mutua en el contexto de las estrategias de intervención social y comunitaria. Este proceso de legitimación puede contribuir a un mejor conocimiento mutuo, aceptación y colaboración en la medida en que se comparten objetivos comunes. Un proceso de legitimación que ha contado en las últimas décadas con importantes hitos como sería el reconocimiento de su importancia y las influyentes recomendaciones del Departamento de Salud de los Estados Unidos, o el claro apoyo a la promoción de grupos de ayuda mutua de la Organización Mundial de la Salud (ver Gracia, 1997, para un análisis detallado de las recomendaciones de estas instituciones).

Y es que, los grupos de ayuda mutua, además de fortalecer el componente voluntario y solidario de la sociedad, también proporcionan nuevos recursos a los profesionales e instituciones de la intervención social. Los grupos de ayuda mutua no son económicamente costosos, son altamente responsivos y accesibles a los usuarios, quienes son al mismo tiempo proveedores y receptores de ayuda y apoyo. Los grupos de ayuda mutua no son distantes, burocratizados o sobrerregulados, pueden crecer para cubrir necesidades en continua expansión, de forma que a medida que surge la necesidad también se incrementa el potencial para responder a esa necesidad. Ningún problema resulta ajeno a los grupos de ayuda mutua. Además, los miembros de los grupos de ayuda mutua generalmente cuentan con grandes cantidades de energía y entusiasmo debido en parte a que se trata de los propios problemas o necesidades. Finalmente, y como hemos comprobado a lo largo de este capítulo, el apoyo social es un factor determinante de la salud física y mental y éste es proporcionado en grandes dosis en los grupos de ayuda mutua.

Resumen

Este capítulo comenzaba explorando los antecedentes en el estudio del apoyo social y analizando las contribuciones y legado de tres autores fundamentales en el desarrollo de este área de investigación (Cassel, Cobb y Caplan). A continuación hemos explorado los cuatro aspectos que han caracterizado el análisis conceptual del constructo apoyo social: las fuentes de apoyo social, sus funciones, la naturaleza percibida y recibida del apoyo social, y su importancia a lo largo del ciclo vital. En el tercer apartado hemos analizado dos mecanismos explicativos que se han propuesto para explicar el efecto positivo del apoyo social en la salud y el bienestar (efectos principales y efectos “buffer”). El papel del apoyo social en la intervención social y comunitaria ha sido el objeto de análisis del siguiente apartado, donde se han explorado las características y formatos de este tipo de intervención (intervenciones diádicas y grupos de apoyo). Finalmente, en el último apartado de este capítulo, se han examinado las características que definen a los grupos de ayuda mutua, y se ha reflexionado sobre el lugar que estos grupos pueden ocupar en el contexto de las estrategias profesionales de intervención social.

Lecturas recomendadas

- Díaz-Veiga, P. (1992). El apoyo social en la vejez. En R. Fernández Ballesteros y cols. (Eds.), *Evaluación e intervención psicológica en la vejez* (pp. 176-194). Barcelona: Martínez Roca.
- Gracia, E. (2007). El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (Coords.), *Intervención Psicosocial* (pp. 301-322). Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Hombrados, M. I., Rueda, A. y García, M. A. (1993). Apoyo social en enfermos diabéticos: un análisis diferencial. En J. M. León y S. Barriga (Comps.), *Psicología de la Salud* (pp. 127-134). Sevilla: Eudema.
- Hombrados, M. I., García, M. A. y Martíportugués, C. (2004). Grupos de apoyo social con las personas mayores. *Anuario de Psicología*, 35, 347-370.

Página Web de interés

Alcohólicos Anónimos España. <http://www.alcoholicos-anonimos.org/>

Referencias bibliográficas

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonucci, T. C. (2001). Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 427–453). San Diego, CA: Academic Press.
- Antonucci, TC, Birditt, K. S. y Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: an interdisciplinary approach. En V. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney y M Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (2ª Edición, pp. 247-). Nueva York: Springer.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Berkman, L. F. y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. En L. F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). Oxford: Oxford University Press.
- Brisette, I., Cohen, S. y Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social Networks. En S. Cohen, L. G. Underwood y B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 53-85). Oxford: Oxford University Press.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and stress: Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7, 269-297.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., y Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. G. Underwood y B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.
- Cowen, E. (2000). Community psychology and routes to psychological wellness. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 79-99). Nueva York: Kluwer /Plenum.

- Dalton, J., Elias, M., y Wandersman, A. (2001). *Community psychology: Linking individuals and communities*. Stanford, CT: Wadsworth.
- Davison, K. P., Pennebaker, J.W., Dickerson S.S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55, 205-217
- Eckenrode, J. y Hamilton, S. (2000). One-to-one support intervention. En S. Cohen, L. Underwood y B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist* (pp. 246-277). Oxford: Oxford University Press.
- Ensel, W., y Lin, N. (1991). The life stress paradigm and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior* 32, 321-341.
- Fisher, J. D., Nadler, A. y Whitcher-Alagna, S. (1982). Recipients reactions to aid. *Psychological Bulletin*, 91, 27-54.
- Gartner, A. y Riessman, F. (1977). *Self-help in the human services*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gartner, A. y Riessman, F. (1984). *The self-help revolution*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social support strategies: Guidelines for mental health practice*. Londres: Sage.
- Gottlieb, B. H. (1988). *Marshaling social support: Formats, processes, and effects*. Londres: Sage.
- Gottlieb, B. H. (1992). Quandaries in translating support concepts to intervention. En H. O. F. Veiel y U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. Nueva York: Hemisphere.
- Gottlieb, B. H. (2000). Selecting and planning support interventions. En S. Cohen, L. Underwood y B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist* (pp. 195-220). Oxford: Oxford University Press.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gracia, E. (2007). El apoyo social a domicilio: la prevención del riesgo social en familias mediante visitas al hogar. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (Coords.), *Intervención psicosocial* (pp. 301-322). Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 327-342.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2003). Social isolation from communities and child maltreatment: A cross-cultural comparison. *Child Abuse & Neglect*, 27, 153-168.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2000). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Helgeson, V. S. y Gottlieb, B. H. (2000). Support groups. En S. Cohen, L. Underwood y B. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientist* (pp. 221-245). Oxford: Oxford University Press.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2007). Measuring perceived community support: Factorial structure, longitudinal invariance and predictive validity of the PCSQ (Perceived Community Support Questionnaire). *Journal of Community Psychology*, 35, 197-217.
- Hombrados, M. I. y Martíportugués, C. (2006). Los grupos de apoyo social y autoayuda. En M. I. Hombrados, M. A. García y T. López (Coords.). *Intervención social y comunitaria*. Málaga: Algibe.
- Hinkle, L. E., Jr. y Wolff, H.G. (1957). Health and social environment: Experimental investigations. En A.H. Leighton, J. A. Clausen y R. N. Wilson (Eds.), *Explorations in social psychiatry*. Nueva York: Basic Books.
- Hogan, B. E., Linden, W. y Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- House, J. S., Landis, K. R, y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540 – 545.
- Jakobs, M. K., y Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups: Predictions on a partnership, *American Psychologist*, 44, 536-545.
- Kahn, R. L., Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En P. B. Baltes y O. B. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 253–268). Nueva York: Academic Press.
- Katz, A. H. (1993). *Self-help in America: A social movement perspective*. Nueva York: Twayne.
- Katz, A. H. y Bender, E. T. (1976). *The strength in us: Self-help groups in the modern world*. Nueva York: New viewpoint.
- Kropotkin, P. (1902). *Mutual aid: A factor in evolution*. Londres: Heinemann.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw Hill.
- Levy, L. H. (2000). Self-help groups. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 591-613). Nueva York: Kluwer/Plenum.
- Lieberman, M. A., y Snowden, L. R. (1993), Problems in assessing prevalence and membership characteristics of self-help group participants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 29, 166-180.

- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression*. Nueva York: Academic Press.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R. Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora, K., Morris, P., Pettitt, L. M., Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 278, 637-643.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. Jr., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettitt, L., Sidora, K., Morris, P., y Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1238-1244.
- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P. y Ramos-Mckay, J. (1989). The search for effective prevention programs: What we learned along the way. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 49-58.
- Riessman, F. (1965). The "helper-therapy" principle. *Social Work*, 10, 27-32.
- Riessman, F. (1985). New dimensions in self-help. *Social Policy*, 15, 2-4.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Sarason, I. G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-130.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R. y Sarason, B. R. (1990). Social support and interactional processes: A triadic hypothesis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 495-506.
- Selyé, H. (1956). *The stress of life*. Nueva York: McGraw Hill.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1989). *Social support and health: A meta-analysis*. *Psychology and Health*, 3, 1-15.
- Shinn, M., y Toohey, S. (2003). Community contexts of human welfare. *Annual Review of Psychology*, 54, 427-459.
- Silverman, P. R. (1980). *Mutual help groups: Organization and development*. Londres: Sage.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 48, 174-187.
- Turner, R., y Turner, J. (1999). Social Integration and support. En C. Aneshensel y J. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (pp. 301-319). Nueva York: Kluwer /Plenum.

- Uchino, B. N. (2004). *Social Support and physical Health : Understanding the health consequences of relationships*: New Haven, CT: Yale University Press.
- U.S. Department of Health and Human Services (1987). *Surgeon-General's workshop on self-help and public health*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Wandersman, A., y Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. En J. Rappaport y E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 247-272). Nueva York: Kluwer /Plenum.

La intervención psicosocial con menores en situación de desprotección

Joaquín de Paúl Ochotorena y
María Ignacia Arruabarrena Madariaga

Introducción

Descripción de las situaciones de desprotección infantil

La perspectiva legal y de los Servicios Sociales
Las principales tipologías de desprotección infantil

Características de las familias con situaciones de desprotección infantil

Los factores de riesgo del maltrato infantil
Modelos explicativos del maltrato infantil

La intervención psicosocial en Protección Infantil

La detección y la notificación
La Investigación y la Evaluación de los casos notificados
La elaboración de los Planes de Caso
Alternativas de intervención con las familias y los menores

La estrategia preventiva en la protección infantil

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Acogimiento Familiar
- Acogimiento Residencial
- "Desamparo" y "Riesgo"
- Desprotección Infantil
- Maltrato Infantil
- "Tutela" y "Guarda"
- Plan de Caso
- Preservación y Reunificación Familiar

Objetivos

- **Que el lector conozca las características más relevantes de las situaciones de desprotección infantil que son objeto de la intervención psicosocial: tipologías, grados de severidad y características de las familias.**
- **Que el lector conozca cuales son los aspectos básicos del procedimiento de intervención que se lleva a cabo en los Servicios Sociales con casos de desprotección infantil.**
- **Que el lector conozca la distribución de competencias entre los diferentes ámbitos de la Administración Pública en la intervención con casos de desprotección infantil.**
- **Que el lector conozca los principios que rigen la intervención y la toma de decisiones con las familias y los menores implicados en situaciones de desprotección infantil.**
- **Que el lector conozca los aspectos más relevantes y la eficacia diferencial de las estrategias de prevención de la desprotección infantil.**
- **Que el lector conozca la eficacia de las diferentes estrategias y recursos utilizados en los programas de preservación y reunificación familiar en casos de desprotección infantil.**
- **Que el lector conozca las estrategias y los recursos utilizados en los programas de acogimiento familiar y de acogimiento residencial en aquellos casos en que los menores deben ser separados con carácter temporal o definitivo de sus familias de origen.**

Introducción

En el presente capítulo se presentan los principales conocimientos existentes sobre aspectos básicos de la desprotección infantil y la intervención que, desde la perspectiva psicosocial, se lleva a cabo ante dichas situaciones. Se ha pretendido hacer una revisión general de los conocimientos que debería disponer cualquier persona que tenga interés en iniciar su andadura profesional en la intervención psicosocial con menores desde los Servicios Sociales y Comunitarios.

Buena parte de las denominadas situaciones de desprotección a las que nos referiremos aquí se suelen etiquetar como casos de “maltrato infantil”. La intervención psicosocial y comunitaria con este tipo de casos se lleva a cabo fundamentalmente desde los Servicios Sociales de Base y desde los Servicios Sociales Especializados. También se aborda el maltrato y la desprotección infantil en el ámbito jurídico, en el médico y en el educativo. Pero los contenidos de este capítulo se centran de manera muy específica en las actuaciones que son propias de los Servicios Sociales (a los que la Ley asigna una muy relevante competencia al respecto) y que de manera mayoritaria suelen ser llevadas a cabo por trabajadores sociales, psicólogos y educadores.

Existen muchas publicaciones en castellano que abordan este tema desde diferentes perspectivas. Existen, además, publicaciones elaboradas por los propios Servicios Sociales de Comunidades Autónomas y Ayuntamientos que son de gran claridad, precisión y utilidad. Al final de este capítulo se presentan las referencias de algunas de estas publicaciones para que los lectores puedan ampliar, si lo desean, sus conocimientos y puedan profundizar en los procedimientos de actuación.

Descripción de las situaciones de desprotección infantil

Cuando a un ciudadano cualquiera o, incluso, a un profesional que trabaja en temas relacionados con la infancia se le menciona que algún niño ha sido víctima de maltrato infantil o desprotección puede pensar en muy diferentes situaciones. Puede creer que se está tratando de un niño que ha sido agredido físicamente hasta producirle serias lesiones o daños físicos. Puede creer que se trata de unos menores que no acuden con regularidad al colegio o que no son bien alimentados ni reciben los cuidados médicos necesarios. También puede pensar que se trata de un menor que no recibe la atención emocional necesaria de sus padres o que éstos le manifiestan abiertamente un cierto rechazo afectivo. El término desprotección infantil incluye muy diferentes tipos de situaciones que pueden presentarse en diferentes combinaciones y con grados diversos de severidad y que pueden provocar, en función de otras variables ambientales, consecuencias diversas para los menores. Además, como es lógico, pueden estar motivadas por muy diferentes problemáticas de

tipo psicológico, familiar o social. Resulta, por tanto, muy importante, que los profesionales de la protección infantil y el resto de los profesionales relacionados con la infancia dispongan de un lenguaje común para referirse a estas situaciones, de manera que pueda establecerse una adecuada comunicación entre los mismos que permita alcanzar una cierta eficacia en las actuaciones dirigidas a afrontar tales situaciones de desprotección.

La perspectiva legal y de los Servicios Sociales

La legislación estatal y las legislaciones autonómicas actualmente vigentes en España en materia de protección a la infancia y adolescencia utilizan dos términos para describir las situaciones que requieren la intervención de los Servicios Sociales (para una revisión de la perspectiva legal española de la protección infantil, ver González Soler, 2001):

- **Riesgo:** Situaciones de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de tutela por Ministerio de la Ley (Ley 1/96, art. 17).
- **Desamparo:** Situación de hecho que se produce a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material (Código Civil, art. 172.1).

Ambos términos deben ser utilizados en todas las situaciones en las que, desde los Servicios Sociales, se considere que existe una situación de desprotección infantil. Estas definiciones legales tan genéricas plantean problemas para ser aplicadas por los Servicios Sociales, especialmente en el caso de las denominadas situaciones de Riesgo. No obstante, tienen una gran relevancia de cara a la distribución de los casos entre las entidades competentes en materia de protección a la infancia. En la mayoría de las Comunidades Autónomas de España, los casos de Riesgo son competencia exclusiva de los Servicios Sociales de Base, es decir, de los Ayuntamientos y, por tanto, se trata de casos en los que no se produce la separación del entorno familiar. Los casos de Desamparo son competencia de los Servicios Sociales Especializados, es decir, de los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas y se trata de casos en los que se debe proceder a la separación del menor de su familia de origen. En la Figura 5.1. se propone una ordenación de las situaciones que puede sufrir un menor en base a su gravedad y se trata de establecer una clasificación de las mismas que permita ser utilizada junto con las dos situaciones tipificadas en el marco jurídico (Riesgo y Desamparo). Se distinguen varios niveles de gravedad en relación a la situación del menor.

a corto plazo un daño grave en la situación física, psicológica, cognitiva y/o social del menor y no es posible desarrollar una intervención de ayuda en el domicilio bien porque los padres o tutores no aceptan la propuesta de intervención familiar como alternativa a la separación o porque las dificultades o problemas que presenta la familia no son susceptibles de tratamiento al menos en ese momento. Se incluyen también casos en los que sus padres o tutores se encuentran imposibilitados temporal o definitivamente para ejercer los deberes de protección y casos en los que los padres o tutores han hecho dejación completa de sus responsabilidades.

Tal y como se puede apreciar en la terminología utilizada, a pesar del intento de concreción, quedarían por definir de manera precisa términos como “daño significativo”, “daño grave”, “factores de riesgo”, etc.

En España buena parte de los Servicios de Protección Infantil de las Comunidades Autónomas y de algunos Municipios han redactado Manuales de Procedimiento (al final de este capítulo se presentan las referencias de algunos de estos Manuales). En ellos se hace una descripción pormenorizada de las situaciones de desprotección en función de su severidad y se selecciona una terminología que, respetando las palabras “riesgo” y “desamparo”, sea útil para la comunicación entre los profesionales, para la clasificación de los casos en base a la gravedad de los posibles daños que el menor puede sufrir y para su distribución entre los Servicios Sociales de Base y los Servicios Sociales Especializados. Pero todas estas clasificaciones se basan, en buena medida, en el esquema ofrecido en la Figura 5.1.

Las principales tipologías de desprotección infantil

La mayoría de las situaciones de desprotección infantil que llegan a los Servicios Sociales se pueden considerar como casos de “inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores...” (Código Civil, art. 172.1). La literatura científica y profesional que se distribuye en el ámbito internacional utiliza las tipologías de Maltrato Infantil para referirse a este tipo de situaciones (Feerick, Knutson, Trickett y Flanzer, 2006). Estas tipologías presentan una importante utilidad para clasificar los casos y para entender las consecuencias que generan en los menores y las situaciones personales y familiares que las motivan. Las tipologías de maltrato infantil se encuentran perfectamente acuñadas en la literatura científica y en la mayoría de los Manuales existentes sobre la materia (De Paúl, 2001). Por ello, no se van a presentar todas ni se van a desarrollar de manera exhaustiva sus características. Únicamente se hará una breve descripción de las más importantes y frecuentes:

- a) **Maltrato físico:** Cualquier acción no accidental por parte de los padres o tutores que provoque daño físico severo o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Incluye agresión física al menor, administración al menor de drogas, alcohol o fármacos potencialmente peligrosos, y utilización de castigos gravemente inapropiados.
- b) **Negligencia física:** Las necesidades físicas, de seguridad, cognitivas y formativas básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él y sus padres o tutores. Incluye negligencia hacia necesidades físicas, hacia necesidades de seguridad y hacia necesidades cognitivas. Las situaciones de negligencia se presentan de forma continuada. A pesar de que uno o ambos padres o tutores muestren conductas negligentes, si hay otras personas adultas en la unidad familiar que se ocupan de satisfacer las necesidades del menor la situación no se suele calificar como negligencia.
- c) **Maltrato Emocional:** Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles y privación de oportunidades de interacción social y logro de autonomía, así como exposición a situaciones extremas y/o crónicas de violencia e instrumentalización activa e intensa del menor en los conflictos familiares. Incluye rechazar, aterrorizar o aislar al menor, restringir su autonomía, la exposición a situaciones de violencia en el hogar y la instrumentalización en el conflicto de pareja.
- d) **Negligencia Emocional:** Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el menor, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable. Incluye la negligencia hacia necesidades de interacción y afecto, hacia necesidades de atención específica a problemas emocionales y hacia necesidades de normas, límites y valores positivos.
- e) **Abuso Sexual:** Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre los padres o tutores y el menor, en la que el adulto, que por definición posee una posición de poder o autoridad sobre el menor, usa a éste para su propia estimulación sexual, la del menor o la de otra persona. La interacción sexual puede incluir contacto físico (tocamientos, penetración o intentos de penetración, etc.) o no (p.ej., masturbación en presencia del menor, exhibicionismo, visualización de material pornográfico, etc.). Esta definición se centra exclusivamente en el abuso sexual intrafamiliar, es decir, cometido por los padres o tutores. Se entiende que en los casos en los que hay abuso sexual por parte de una persona que no sea alguno de los padres, éstos actúan como

garantes de la protección del menor. Se trataría de un abuso sexual extrafamiliar, pero no de una situación de desprotección. Sólo cuando, habiendo una situación de abuso sexual extrafamiliar, los padres no sean capaces de proteger al menor de la misma, estaremos ante una situación de desprotección que debería considerarse como “negligencia hacia necesidades de seguridad”.

- f) **Incapacidad Parental de Control de la Conducta del Menor:** Los padres o tutores hacen dejación de su responsabilidad de controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento del menor o intentan hacerlo, pero debido a su propia incapacidad lo hacen de manera notoriamente inadecuada. Incluye la incapacidad de controlar y manejar problemas serios de comportamiento en el domicilio familiar o conductas altamente problemáticas y desadaptadas que el menor presenta fuera del domicilio familiar.

Características de las familias con situaciones de desprotección infantil

Tal y como se verá en próximos apartados de este capítulo, uno de los principios básicos de la intervención con menores se centra en el intento de mantener al menor en su propia familia o, en caso de no poder evitar la separación, en el intento de la vuelta del menor con su familia de origen. Para ello, es imprescindible proceder a una intervención con los padres basada en una valoración psicosocial exhaustiva de dicha familia y su contexto que permita establecer un pronóstico de su recuperabilidad. Esto exige que dichos profesionales dispongan de suficientes conocimientos sobre las características propias de estas familias y de los contextos psicosociales en los que se presentan este tipo de situaciones de desprotección. En este tipo de actuaciones profesionales se hace más relevante, si cabe, la necesidad de una adecuada combinación entre los conocimientos teóricos útiles y la experiencia profesional. De la calidad de la evaluación de los problemas psicosociales de este tipo de familias se derivará la pertinencia y viabilidad de la intervención que se diseñe para garantizar la adecuada protección de los menores.

Los factores de riesgo del maltrato infantil

Se han descrito una serie de situaciones familiares y personales que ocurren de manera más frecuente en las familias en las que aparecen casos de maltrato infantil (Milner, 1990). No todas ellas determinan la aparición de estas situaciones de desprotección ni en todas las situaciones de desprotección aparecen tales problemas familiares y sociales. La combinación de algunas de ellas producen un mayor riesgo de que un menor pueda no ser adecuadamente tratado por sus padres. Se consideran, por tan-

to, como factores de riesgo que deben de ser tenidos en cuenta en cualquier estrategia de prevención y de intervención y en la evaluación psicosocial de cada familia.

Historia de maltrato físico en la infancia

La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos de abordaje del problema (De Paúl, Pérez-Albéniz, Paz, Alday y Mocoora, 2002). Las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos sea inadecuada o maltratante. Desde la perspectiva del aprendizaje social, se utilizó la posible transmisión intergeneracional del maltrato para apoyar la hipótesis de que los padres y madres maltratantes no habían aprendido habilidades para el manejo de las conductas de los niños y habían aprendido que la utilización del castigo físico era la única estrategia eficaz (Wolfe, 1985).

No obstante, estas explicaciones se basaron en una aceptación de tal transmisión intergeneracional o de la repetición del ciclo de los malos tratos que no era en realidad una evidencia empírica. El carácter retrospectivo de la mayoría de los estudios que justifican esta hipótesis había producido un defecto en la interpretación de los resultados. Ya desde finales de los años ochenta (Kaufman y Zigler, 1987) se reconocía que, probablemente, únicamente un subgrupo de los sujetos con historia de maltrato en la infancia repetiría el ciclo de los malos tratos. Esto implica admitir que existirían algunos factores que diferencian a los sujetos con historia de maltrato que reproducen el problema de los sujetos que no lo reproducen o, expresado de otra manera, que existirían algunos factores que evitan que determinados sujetos con una historia de maltrato se conviertan en maltratadores de sus hijos.

Ausencia de Apoyo Social

Parecen haberse encontrado ciertas evidencias empíricas que plantean la posibilidad de que los padres maltratantes poseen una red deficitaria de apoyo social (Gracia, 1995). Desde la Psicología Social se ha planteado que la ausencia de apoyo social constituye un importante factor de riesgo para multitud de problemas psicológicos y somáticos. En el Capítulo 4 encontrará el lector una revisión de la importancia del apoyo social en la capacidad de las personas para afrontar los retos de la vida diaria y de lo que se entiende estrictamente por tal concepto. En la medida en que se considere que el maltrato infantil constituye una incapacidad para manejar las situaciones estresantes, esta incapacidad tendría una posible explicación en la inadecuación entre el nivel de estrés experimentado y la calidad de la red de soporte social del sujeto.

Problemas en los padres maltratantes

Alcoholismo y toxicomanías. La existencia de problemas de alcoholismo y otro tipo de toxicomanías en los sujetos maltratadores ha sido señalada en muchos trabajos de investigación (Famularo, Kinscherff, Fenton, 1992; Freistheler, Needell y Gruenewald, 2005) y es frecuente en la experiencia de la mayoría de los profesionales de la Protección Infantil.

Alteraciones psicológicas. Desde el inicio de la investigación sobre el maltrato infantil, se suponía que los padres maltratadores deberían de sufrir trastornos de tipo psiquiátrico que explicaran ese tipo de comportamientos. Sin embargo, no se puede afirmar que más de un 10% de los casos de maltrato físico se produzcan por parte de personas con alguna patología psíquica diagnosticable. Sin embargo, parece que la presencia de un cierto nivel de malestar psicológico generalizado es frecuente en los sujetos con problemas de maltrato a sus hijos, lo que no implica afirmar que todas las personas con malestar psicológico vayan a ser maltratantes (Milner, 1990).

Baja autoestima. Desde los inicios del estudio del maltrato infantil se ha observado que los padres y madres que maltrataban a sus hijos presentaban sentimientos de inadecuación personal y baja autoestima (Anderson y Lauderdale, 1982). Esta hipótesis parece que se considera especialmente relevante en el caso de las mujeres maltratadoras, que suelen presentar un autoconcepto inferior que el de madres de la población general y una mayor incongruencia entre la forma en que se perciben a sí mismas y lo que perciben como ideal (Milner, 2000). Es posible que el rechazo y la hostilidad experimentados por algunos padres maltratantes en su propia infancia o la ausencia de cuidados adecuados propicien estos déficits en la valoración de sí mismos. Parece frecuente que en los padres o madres maltratantes se encuentren frecuentes sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal lo que puede colaborar a reducir sus posibilidades de hacer frente de manera efectiva a las situaciones de crisis.

Modelos explicativos del maltrato infantil

Modelo de “Dos Componentes”

Ross Vasta (1982) propuso un modelo explicativo referido exclusivamente al maltrato físico que estrictamente no es un modelo etiológico sino un modelo en el que tratan de organizar una serie de variables que han sido observadas en los sujetos maltratadores. Desde este modelo, el maltrato físico se entiende como un tipo específico de comportamiento agresivo de tipo “impulsivo”. Para que aparezca dicho maltrato físico serían necesarias dos condiciones: (1) tendencia a elegir el

castigo físico como estrategia de resolución del conflicto o de imponer la disciplina a los hijos y (2) una activación del sistema nervioso autónomo que genere un alto nivel de irritabilidad.

Las costumbres culturales del ambiente social en el que se ha criado el sujeto, el haber recibido castigo físico en la infancia y la ausencia de suficientes habilidades de resolución de problemas facilitarían que el sujeto seleccionara, de entre las muchas posibilidades existentes para resolver un conflicto, el castigo físico. Dicha ausencia de habilidades sociales, el que el sujeto tenga unas expectativas de la conducta del niño inapropiadas con respecto a su edad y el que el niño presente determinadas conductas problemáticas favorecerían el hecho de que se produzcan con cierta frecuencia comportamientos infantiles que son percibidos por el padre o madre como aversivos, negativos o conflictivos. A su vez, determinados factores socioambientales, como los problemas económicos, el hacinamiento familiar, el desempleo, etc. aumentarían las posibilidades de que un sujeto se encuentre sometido a frecuentes situaciones de estrés habitual. Por último, determinadas características individuales y temperamentales del sujeto serían las responsables de la mayor irritabilidad ante ciertas situaciones ambientales. La conducta negativa del niño, la existencia de un número elevado de situaciones estresantes y la tendencia a la irritabilidad provocarían que en un determinado momento y tras la aparición de la conducta aversiva del niño, se produzca el maltrato físico descontrolado.

Modelo de procesamiento de la información social

Se trata también de un modelo centrado en el maltrato físico y que fue propuesto por Milner (2000) partiendo de la teoría del procesamiento de la información social. El modelo sugiere que el maltrato físico ocurriría a partir de errores en el procesamiento de la información específicamente referida al comportamiento del niño. Estos errores ocurrirían más frecuentemente o de manera más exagerada en presencia de algunas situaciones ambientales. El modelo se articula de la siguiente manera:

Esquemas cognitivos preexistentes. Una serie de esquemas que el sujeto posee a priori (creencia sobre el castigo físico, expectativas hacia el comportamiento de los niños, creencias relacionadas con las características de los propios hijos, etc.) pueden influir en la forma en que éste percibe al niño y en actividades cognitivas que se dan en otros momentos posteriores de dicho procesamiento de información. Estos esquemas cognitivos se adquirirían a lo largo de la educación del propio sujeto y/o a partir de sucesivas interacciones con los niños propios o extraños, tenderían a ser estables en el tiempo y difíciles de modificar a partir de la experiencia.

Percepción de la conducta del niño. Es posible que los maltratadores físicos tengan una menor habilidad para reconocer el estado afectivo del niño o para identificar adecuadamente sus expresiones emocionales. Estas dificultades perceptivas se agudizarían en situaciones de una menor definición de tales expresiones emocionales y cuando hay un aumento de estrés ambiental real o percibido.

Expectativas, interpretaciones y evaluaciones de las conductas de los hijos. Parece que los padres maltratadores tienden a establecer atribuciones de causalidad internas y estables de las conductas negativas del niño, así como atribuciones de intencionalidad negativa con respecto al comportamiento de sus hijos (Montes, De Paúl y Milner, 2001). Los padres en riesgo de maltrato pueden tener una tendencia estable a considerar que las conductas negativas del niño (llorar, despertarse por la noche, no comer, etc.) se realizan con la intención de molestarles o alterarles. Se trata de errores en el procesamiento de información que colocan al sujeto en una situación de gran facilidad para que la frustración genere impulsos agresivos difíciles de controlar. Un sujeto que se encuentra enfrentado a frecuentes situaciones estresantes o problemas emocionales (pobreza, problemas familiares, síntomas depresivos, etc.) puede tener más dificultades para establecer una adecuada interpretación y evaluación de la conducta de su hijo.

Integración de la información. Existen algunos estudios sobre la forma de procesamiento de información de los padres maltratadores físicos que pudieran tener aplicaciones interesantes en la elaboración de estrategias de tratamiento individual (Milner, 2000). Se les presentó a unos padres escenas con supuestos comportamientos negativos de sus hijos. Posteriormente, se les dio una información que daba una explicación benévola de las razones por las que se producía tal comportamiento negativo. Los padres con riesgo de maltrato físico, a diferencia de los que no lo tenían, fueron incapaces de modificar las atribuciones que previamente habían realizado de la conducta del niño a pesar de la información que habían recibido (De Paúl, Pérez-Albéniz, Ormaechea, Vergara y Torres-Gómez de Cádiz, 2006). La capacidad de integración de información relevante puede quedar alterada temporalmente por alguna de estas razones y provocar episodios de maltrato físico que en otras circunstancias (ausencia de estrés, por ejemplo) no se hubieran producido.

Modelo de afrontamiento del estrés

Hillson y Kuiper (1994) trataron de aplicar al maltrato infantil los conocimientos teóricos derivados del estudio de las situaciones estresantes y de la forma en que se enfrentan a ella diferentes tipos de personas (véase en el Capítulo 1 el modelo de estrés psicosocial de B. Dohrenwend). Este modelo parte de la premisa de que todo sujeto se enfrenta permanentemente a situaciones difíciles derivadas de su propio

comportamiento, del comportamiento de las personas con las que interactúa (por ejemplo, sus hijos) y del ambiente social en el que se encuentra integrado (desempleo, por ejemplo). Pero desde esta perspectiva, se pone un especial énfasis en las diferentes formas con las que un sujeto se enfrenta a estas situaciones estresantes. Los sujetos maltratadores tenderían a valorar como muy amenazantes muchas conductas de sus hijos y, además, valorarían que no disponen de los recursos externos o de las competencias personales para afrontar y resolver la situación provocada por el comportamiento del niño. El modelo propone que en función de la forma en que se hayan evaluado las situaciones negativas, el sujeto pondrá en marcha pautas adaptativas de comportamiento o situaciones de maltrato o abandono físico. Las estrategias focalizadas en la expresión y descarga de las emociones son las que producen episodios de maltrato físico y parten de evaluaciones de la situación que suponen la conclusión de que el sujeto es incapaz de resolver el problema.

Modelo ecológico-sistémico

El trabajo de Belsky (1993) se convirtió, en cierta forma, en referencia obligada de los modelos explicativos de los casos de maltrato infantil y ha sido ampliamente utilizado por los profesionales de este ámbito de trabajo. La integración, en cada caso concreto, de variables de diferentes "niveles ecológicos", analizados en el Capítulo 2, se consideró como el aspecto esencial de la explicación del maltrato y abandono infantil.

En el nivel **macrosistémico**, se incluirían esencialmente tres tipos de variables: las de tipo socioeconómico, las de tipo estructural y las de tipo psicosocial o cultural. Entre las primeras se incluyen todas aquellas cuestiones relacionadas con los recursos económicos de una sociedad y su distribución, las crisis económicas, el desempleo, etc. Las variables de tipo estructural se refieren a aspectos de organización y funcionamiento de una sociedad o colectivo que afectan a las posibilidades de cada individuo de acceder a los recursos de asistencia y de ser protegido por un entramado de normas y recursos en momentos de necesidad. El tercer tipo de variables se relaciona con las actitudes y valores predominantes en cada grupo social y en cada momento histórico sobre aspectos de la forma de educar a los niños, de satisfacer sus necesidades, etc.

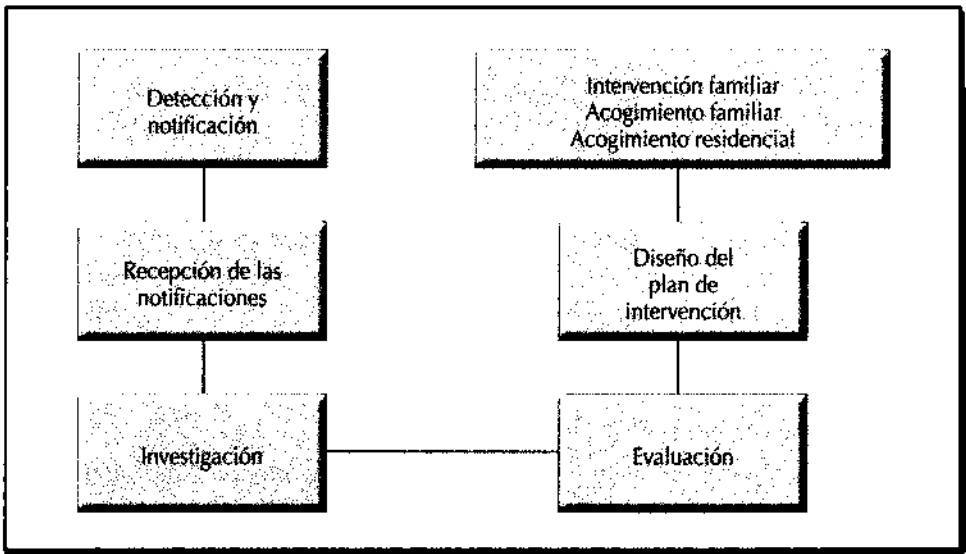
En el **exosistema** se incluyen dos grandes bloques de variables: las relaciones sociales y el ámbito del trabajo. Con respecto a esta última, el aspecto más estudiado ha sido el relativo al desempleo. Esta variable explicaría situaciones de maltrato o abandono por las frustraciones derivadas de la ausencia de recursos económicos y por su efecto en la autoestima del sujeto. En apartados anteriores se han señalado las relaciones entre la falta de apoyo social y las dificultades para afrontar de manera competente la interacción cotidiana y el cuidado de los hijos.

En el **microsistema** se estudian todas aquellas variables que implican comportamientos concretos de los miembros de la familia nuclear, así como el efecto de las propias características de la composición familiar. Se incluyen tanto las características psicológicas y comportamentales de los padres como las de los hijos. Adquiere aquí especial importancia el estudio de la interacción entre los diferentes miembros del sistema familiar. Determinadas características de los padres (escasa capacidad empática, poca tolerancia al estrés, síntomas depresivos, alteraciones de personalidad, etc.) y de su relación (desajuste marital, violencia de pareja), en interacción con variables temperamentales y comportamentales de los hijos, serían entendidos como desencadenantes del maltrato.

La intervención psicosocial en Protección Infantil

En la Figura 5.2. se describen las fases más relevantes del proceso de intervención que se debe llevar a cabo desde los Servicios Sociales en las situaciones de desprotección infantil. Se describen en este punto del capítulo cada una de dichas fases.

Figura 5.2. Fases de la Intervención



La detección y la notificación

Todo programa de abordaje de la desprotección infantil tiene que asumir el riesgo de que la mayoría de los casos no sean conocidos porque no se detectan y/o no se notifican. Es frecuente que cuando se produce un caso muy grave de maltrato que provoca el fallecimiento del menor, los medios de comunicación o la ciudadanía en general se alarmen por la mera posibilidad de que puedan ocurrir tales situaciones. Sin embargo, desde el ámbito profesional la primera tarea que debe afrontarse es la de explicar la razón o analizar el error profesional que ha permitido que una situación que ha llegado a tal punto de gravedad no haya sido antes detectada o, siendo detectada por alguien, no haya sido notificada.

A diferencia de otros problemas psicosociales, las personas directamente implicadas en este tipo de situaciones –menores y adultos– no suelen acudir a los Servicios Sociales informando de su situación y solicitando ayuda. Las razones que explican esta dificultad resultan obvias y se basan en la propia indefensión e incapacidad de los niños para acceder a servicios de ayuda, el temor a las consecuencias de informar de la situación –represalias de los adultos, intervención judicial, alejamiento de la familia, etc.–, o la ausencia de conciencia de que dicha situación constituya un problema, pues se consideraría como parte de la dinámica y el modo habitual de funcionamiento familiar.

La detección por parte de profesionales o ciudadanos en general presenta dificultades que deben ser abordadas de manera sistemática para mejorar la capacidad de afrontar este problema. Algunas razones que dificultan la detección son inevitables y otras son corregibles.

La desprotección infantil ocurre en la intimidad del domicilio familiar, en general sin testigos, y en muchos casos no existen indicadores claros y específicos que señalen su presencia. Pero sí resulta corregible el desconocimiento que presentan muchas personas y profesionales sobre qué situaciones de desprotección infantil deben ser abordadas, cuáles son sus tipologías y cuáles son sus indicadores –especialmente los menos visibles. Más difícil resulta modificar creencias erróneas sobre el problema, como la de que se trata de una situación que afecta exclusivamente a familias de entornos marginales, de bajo estatus socioeconómico y cultural, o a adultos con problemas de salud mental. También resulta eficaz tratar de corregir errores de algunos profesionales que pueden hacer una valoración incorrecta de su gravedad, al minimizar sus consecuencias o al interpretarlo como una costumbre o patrón cultural que debiera ser respetado.

Una vez resuelto el problema de la detección de los casos de desprotección es imprescindible que dicha situación sea conocida por los profesionales de los Servicios Sociales. Para ello, los profesionales en contacto con la infancia y los ciudadanos en general deben proceder a la notificación de dichas situaciones.

El acto de notificar a los Servicios Sociales la sospecha de un caso de desprotección infantil presenta dificultades que cualquier sistema de protección infantil debe tratar de resolver. Algunas son las siguientes: el desconocimiento del papel de los Servicios Sociales y de a quién y cómo informar de las sospechas, la incertidumbre respecto a lo que puede ocurrir tras la notificación, el temor a las represalias de los padres o adultos implicados o a críticas o rechazo por haber realizado la notificación, el temor a lo que puede suceder si las sospechas no se confirman, la desconfianza en la actuación de los Servicios Sociales, la incredulidad en las posibilidades de solucionar el problema, o la creencia en la propia capacidad para resolverlo.

No obstante, es necesario que todo profesional conozca que la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor en su artículo 13, señala que *“toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que necesite”*, añadiendo que *“las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva”*.

La Investigación y la Evaluación de los casos notificados

La Investigación

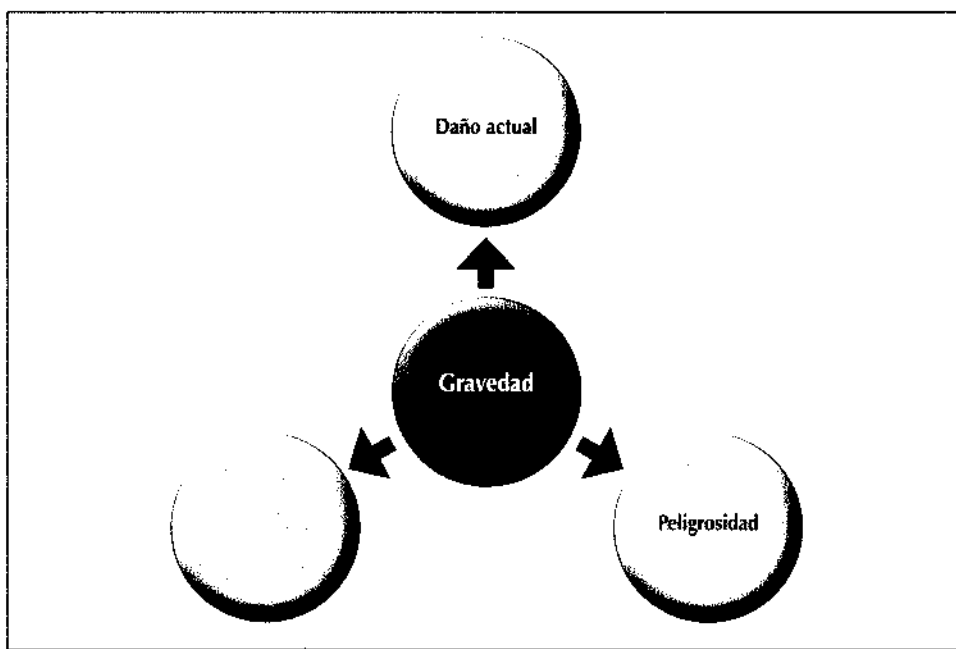
Los Servicios Sociales tienen la obligación de investigar todas las notificaciones que reciben, sea cual se la forma en que se realicen, cuenten o no con la identificación del informante, o existan o no dudas sobre la credibilidad de la información aportada. Sólo un pequeño porcentaje de notificaciones disponen de información suficiente para determinar con claridad que existe una situación de desprotección infantil. En la mayoría de los casos sólo son indicativas de sospechas. Por tanto, la primera tarea de los profesionales de los Servicios Sociales se centra en la recopilación de información que permita responder a las siguientes preguntas:

1. *¿Se ha producido realmente una situación de desprotección?*
2. *¿Cuál es la gravedad de lo que ha ocurrido?*
3. *¿Qué riesgo existe de que se vuelva a repetir tal situación?*
4. *Si se repite o se mantiene la situación ¿Qué predicción hay de la gravedad de la posible nueva situación de desprotección? ¿Está o no el menor corriendo peligro?,*
5. *En función de lo anterior, ¿es necesario adoptar medidas de protección de urgencia?*

Los conceptos claves en esta fase de trabajo son “gravedad” y “riesgo”. No debe confundirse el término “riesgo” aquí utilizado con lo que se denomina en términos legales como “Caso de Riesgo” para diferenciarlo de “Caso de Desamparo” y que se ha citado más arriba.

La “gravedad” de un caso de desprotección infantil se refiere a lo que ya ha ocurrido y a los daños que ya ha provocado en el menor o a lo potencialmente dañino que puede resultar el comportamiento ya ocurrido. El “riesgo” se refiere aquí a la predicción de que se repita o se mantenga la situación. Implica, por tanto, de acuerdo con el significado original del término, una predicción de lo que se cree que puede ocurrir y de las probabilidades de que ocurra. En conjunto, se puede decir, que la “gravedad global” de un caso está relacionada (Figura 5.3.) con el daño que el menor ha recibido, con el daño que puede preverse a medio o largo plazo como consecuencia de lo ocurrido y con la peligrosidad de lo que pueda ocurrir en el futuro.

Figura 5.3. Componentes de la gravedad de una situación de desprotección



En esta fase de investigación debe responderse, además a una combinación de ambas preguntas: ¿qué riesgo hay de que ocurra “algo” en el futuro? y ¿qué gravedad se prevé que tendría tal situación si se produjera?

Resulta imprescindible tener en consideración que de la respuesta a ambas preguntas se pueden, y deben, derivar actuaciones profesionales y jurídicas que pueden implicar la separación del menor de su familia. Como en toda predicción de un acontecimiento, pueden darse dos tipos de errores: falsos positivos (se predijo alto nivel de riesgo y de gravedad, en función de ello se tomaron las medidas oportunas, pero no se confirma tal riesgo y gravedad) y falsos negativos (se predijo bajo nivel de riesgo o de gravedad, en función de ello no se tomaron medidas y se mantuvo al menor en su domicilio, pero la repetición del hecho ha provocado graves daños al menor).

Esta fase de intervención se lleva a cabo por los equipos técnicos de los Servicios Sociales de Base (Ayuntamientos) o Especializados (Comunidad Autónoma), según el caso y la distribución de competencias establecida en cada Comunidad Autónoma. Se trata de una fase que ha de ser completada de forma rápida, aconsejándose que no supere un plazo de diez o quince días, aunque en los casos de mayor urgencia aparente –en los que se sospecha que puede haber un niño en serio peligro– ha de llevarse a cabo de forma inmediata. La información que se debe de recoger estará focalizada en la situación del menor al que hace referencia la sospecha de desprotección y en el comportamiento de sus padres o responsables legales, sin olvidar a otros hermanos u otros menores que residan en el domicilio familiar, especialmente los de edades inferiores. El procedimiento de actuación implica:

1. Confirmar si el menor o su familia poseen expediente abierto en el servicio.
2. Revisar la información recogida en la notificación, y, si es preciso, mantener una entrevista o contacto adicional con el informante para ampliarla o precisarla.
3. Determinar qué información adicional es preciso recoger, a qué fuentes de información se va a acceder, en qué orden y en qué forma tendrá lugar el contacto. Este proceso puede implicar contactar con los padres o responsables legales, con otras fuentes relevantes de información, y/o acceder al niño si fuera necesario.

Siempre que sea posible, es preferible que las primeras personas a las que accedan los Servicios Sociales en la investigación sean los padres o responsables legales para informarles de la obligación legal de los Servicios Sociales, la información de que se dispone y el proceso que se está llevando a cabo, recabar información directa de ellos, e informarles de los pasos que se tienen previsto dar. Se aconseja que se realice una visita al domicilio siempre que sea posible, especialmente en los casos de sospecha de negligencia. Una vez hecho lo anterior, si es necesario, los Servicios Sociales han de recabar también información de:

- Testigos de la situación de desprotección, si los hubiere.
- Todos aquellos servicios o profesionales que pueden aportar información sobre la familia y la situación del menor: servicios sanitarios, de salud mental, escuela, guardería, policía, etc. La colaboración de otros profesionales y servicios en esta fase del proceso resulta imprescindible.
- Servicios Sociales de otros municipios en los que haya residido anteriormente la familia.
- Otros miembros del núcleo familiar, parientes o conocidos de la familia que puedan aportar información relevante.

En los casos en que sea necesario proteger de forma urgente al niño por encontrarse en grave peligro, los Servicios Sociales Especializados adoptarán las medidas de urgencia que resulten más adecuadas para posteriormente continuar con el proceso de evaluación. En general, en nuestro país las medidas de protección de urgencia implican la separación del menor de la familia. En el resto de casos en que se verifica la existencia de desprotección pero el menor no corre peligro, los Servicios Sociales –Municipales o Especializados, según el caso y la distribución de competencias en cada Comunidad Autónoma– continúan el proceso de evaluación.

Es también posible que la investigación no confirme la existencia de desprotección pero tampoco la descarte, persistiendo las sospechas. En ese caso, los Servicios Sociales deben establecer un plan de actuación específico que permita conocer con mayor profundidad lo que está sucediendo en la familia para determinar si la desprotección se está produciendo o no.

Por último, la investigación puede concluir en la no existencia de desprotección. En ese caso, y dependiendo de si la familia tiene otro tipo de necesidades, los Servicios Sociales procederán a la gestión de las ayudas que en su caso resulten pertinentes o a la derivación del caso a otros servicios y el cierre del expediente.

La Evaluación

La denominada “Fase de evaluación” constituye también un período de recogida de información y se lleva a cabo en los casos en que se ha confirmado la existencia de desprotección. Para que la intervención con el menor y su familia pueda ser eficaz es imprescindible que en esta fase de trabajo los profesionales puedan alcanzar los siguientes objetivos:

- Establecer hipótesis sobre los factores individuales, familiares y sociales que pueden estar relacionados con el origen y mantenimiento de la situación de desprotección.
- Valorar las consecuencias de la desprotección en el desarrollo físico, psicológico y/o social del menor.
- Determinar las necesidades de tratamiento y apoyo del menor y su familia.
- Determinar el pronóstico para la capacitación parental.

Para alcanzar estos objetivos resulta muy importante seguir un procedimiento sistemático de evaluación de los aspectos psicosociales de cada familia y deben de revisarse las siguientes áreas:

- Historia del caso en los Servicios Sociales.
- Características socioeconómicas de la familia: vivienda, situación económica y laboral de los miembros de la familia.
- Características de los padres: historia personal, nivel educativo/cultural, salud física, funcionamiento psicológico y situación emocional, relaciones sociales.
- Situación de los menores: salud física, rendimiento escolar e intelectual, situación emocional y características comportamentales, relaciones sociales.
- Relaciones familiares: relación de pareja, relación padres-hijos, relación entre hermanos, relación con la familia extensa.
- Apoyos con los que cuenta la familia.
- Conciencia de problema y motivación de cambio en los padres o responsables legales.

En esta fase, los miembros de la familia –adultos y menores– constituyen una fuente esencial de información. Además, al igual que en la fase de investigación, los profesionales de Servicios Sociales solicitarán la colaboración de otros profesionales o personas en contacto con el niño, niña o adolescente y su familia para obtener la información requerida.

En general, el plazo de tiempo necesario para llevar a cabo esta tarea se sitúa entre nueve y doce semanas. No obstante, determinados casos son derivados a lo que se conoce como “evaluación en intervención”, donde los plazos de tiempo son más amplios dado que la evaluación se completa tras un período breve de intervención –en torno a seis meses– que permite una recogida de información más exhaustiva y en mayor profundidad y un mayor ajuste en la determinación del pronóstico para la capacitación parental.

Es importante tener en cuenta que la fase de evaluación no es sólo un período de recogida de información, sino que forma parte del propio proceso de intervención. Además de identificar con la familia cuáles son sus dificultades, aspectos positivos y necesidades de forma tal que se puedan definir los objetivos de la posterior intervención, la evaluación ha de redefinir dichas dificultades, aspectos positivos y necesidades de una forma tal que la familia pueda aceptarlos. La evaluación no pretende únicamente identificar cuáles son los problemas de la familia. Ha de ser utilizada también para preparar a la familia para implicarse en un proceso posterior de cambio.

La elaboración de los Planes de Caso

En el momento en que se dispone de suficiente información para conocer la gravedad de la situación de desprotección y el riesgo de que se mantenga o repita, resulta factible el diseño de un plan de intervención. Deben decidirse una serie de actuaciones para cada familia y para cada menor. La más importante se centra en la posibilidad de mantenimiento o no del menor en su domicilio y en la posibilidad de llevar a cabo o no actuaciones con la familia que traten de corregir los problemas que generan y mantienen la situación de desprotección. En general, los Servicios Sociales suelen elaborar un documento al que denominan Plan de Caso. Este documento constituye una pieza central del expediente de un menor y de su familia y en él se presenta de manera resumida pero muy precisa la siguiente información:

1. Resumen de la valoración de la situación personal y sociofamiliar
2. Finalidad del Plan de Caso. Se debe precisar cuál es el objetivo final de la intervención, es decir, se define si se separa al menor o no y cuáles son las condiciones de la separación. Cada entidad responsable de la protección a la infancia (Ayuntamiento, Comunidad Autónoma) suele disponer de un "listado" de finalidades, entre las que se deben elegir las aplicables a cada caso. Se presentan a continuación algunas de las utilizadas:
 - Valoración en Intervención.
 - Génesis de conciencia de problema y motivación de cambio en los padres.
 - Preservación familiar: Capacitación parental.
 - Preservación familiar: Complemento familiar.
 - Apoyo específico al menor.
 - Acompañamiento, seguimiento y/o control de la situación del menor y la familia.
 - Separación provisional y reunificación familiar (con la familia de origen).

- Separación permanente e integración en nueva familia.
 - Separación permanente y preparación para la emancipación.
 - Separación permanente e integración en un entorno residencial especializado.
 - Apoyo a la Emancipación y seguimiento post-acogimiento.
3. Propuesta de medida legal de protección
 - a. Tipo de medida: Tutela o Guarda
 - b. Modalidad de Guarda: Acogimiento en familia extensa o ajena o Acogimiento residencial.
 - c. Temporalización de la medida
 4. Objetivos de intervención y pronóstico del caso
 5. Recursos, actuaciones previstas e indicadores de evaluación.
 6. Estimación temporal para el desarrollo del Plan.
 7. Plan de contingencia. Se entiende que en todo Plan de Caso debe considerarse la posibilidad de que determinados objetivos no se puedan alcanzar en el plazo de tiempo previsto o la posibilidad de que haya cambios inesperados en la situación del menor o la familia que hagan necesario anular los planes previstos. Se recomienda que esta eventualidad esté prevista y que se tenga hecha una previsión de cuáles serían los planes alternativos que se debieran desarrollar.
 8. Acuerdos y compromisos con la familia y otros recursos.
 9. Fecha y lugar previstos para la revisión del Plan.

La elaboración del Plan de Caso exige llevar a cabo una nueva predicción sobre la familia y el menor. Al finalizar la fase de investigación ya se había tenido que hacer una predicción sobre el riesgo de repetición o mantenimiento de la situación y su gravedad y en base a dicha predicción se podía decidir la separación de urgencia del menor. En este momento, tras la evaluación global del caso y de los recursos disponibles, la toma de decisión sobre el futuro de la relación entre el menor y su familia se debe hacer en base a una predicción sobre la capacidad de la familia para modificar su situación, corregir sus dificultades y mejorar sustancialmente su capacidad de cubrir las necesidades de los menores a su cargo. En definitiva, resulta imprescindible establecer un pronóstico de la recuperabilidad de la familia. La información científica y profesional acumulada señala que el pronóstico varía en función de algunas de los siguientes criterios:

- Conciencia de problema en los padres.
- Motivación de cambio.
- Respuesta a intervenciones anteriores.
- Grado de cronicidad de la problemática familiar.
- Nivel de incapacidad en los padres.
- Grado en que los factores asociados se pueden modificar o no.
- Presencia o ausencia y severidad de la violencia intrafamiliar.
- Vinculación afectiva padres – hijos.
- Gravedad del daño infligido.
- Problemas presentados por el menor.

Por otra parte, resulta imprescindible tener en consideración que la toma de decisión sobre la separación o no del menor y sobre el tipo de intervención que se debe llevar a cabo con dicho menor y su familia se debe basar en el respeto a una serie de “Principios” que rigen el funcionamiento y las actuaciones de todo el sistema de protección infantil (Sánchez, 2001). Estos principios son los siguientes:

- La intervención de los Servicios Sociales debe llevarse a cabo con la mínima intromisión en la vida del menor y de su familia, lo que implica la preferencia por intervenciones tan breves como sea posible y recursos normalizados.
- Los intereses de los niños deben prevalecer a cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.
- Para la mayor parte de los niños el entorno idóneo para tener cubiertas sus necesidades básicas es una familia, preferentemente la de origen, en su defecto su familia extensa y en último caso una familia ajena. La primera opción de intervención es el mantenimiento del menor en su familia, capacitando a los padres para que puedan proporcionar a sus hijos un cuidado adecuado.
- Cuando la capacitación parental no sea factible, los Servicios Sociales deberán valorar la pertinencia de desarrollar intervenciones alternativas de complemento familiar –incluyendo recursos en la familia que asuman a largo plazo el ejercicio de las funciones parentales que los padres o responsables legales no ejercen de forma adecuada.
- La separación sólo deberá proponerse cuando se constate la imposibilidad de asegurar la protección y el bienestar del menor en su entorno familiar. No se debe proponer una medida de separación de carácter estable sin tener la

máxima seguridad de que los padres no van a ser capaces de proporcionar al menor un cuidado adecuado a sus necesidades, y/o que el plazo de tiempo que éstos pueden necesitar para ello no es compatible con las necesidades del menor.

- Cuando tras una separación se constate que la reunificación familiar no es posible o no es conveniente para el menor, deberá proponerse para él un entorno familiar alternativo y estable a través de la adopción o un acogimiento permanente. Esta propuesta debería realizarse en el plazo mínimo de tiempo, especialmente en el caso de niños y niñas de corta edad.
- Cuando un menor de doce años sea separado de forma temporal o estable de su familia, la alternativa idónea es su acogimiento en otra familia. Sólo de manera excepcional las propuestas de separación relativas a niños y niñas menores de doce años deberán incluir un acogimiento residencial. Esta indicación ha de seguirse de manera especialmente rigurosa en el caso de niños y niñas menores de seis años. Cuando un niño menor de seis años sea orientado a un acogimiento residencial, la duración de su estancia en el centro deberá ser limitada (máximo aconsejable de tres meses), tiempo tras el cual debería ser integrado en una familia (la suya propia si es posible, u otra familia en caso contrario).
- En los casos orientados a un acogimiento familiar, los Servicios Sociales siempre habrán de valorar en primer lugar la opción del acogimiento en familia extensa. Si esta opción responde al interés y necesidades del menor, deberá ser preferente a su acogimiento en familia ajena.
- Independientemente de si se prevé o no el retorno del menor a su familia, cuando éste ya ha establecido vínculos afectivos con su familia de origen, esos vínculos deben ser mantenidos siempre y cuando respondan a su interés y bienestar. La intervención de los Servicios Sociales debe lograr el equilibrio entre mantener esos vínculos y proteger al menor. Como criterio general, en los casos de separación deberá orientarse a que los hermanos permanezcan juntos o con el mayor contacto posible.

Alternativas de intervención con las familias y los menores

Los programas de intervención familiar

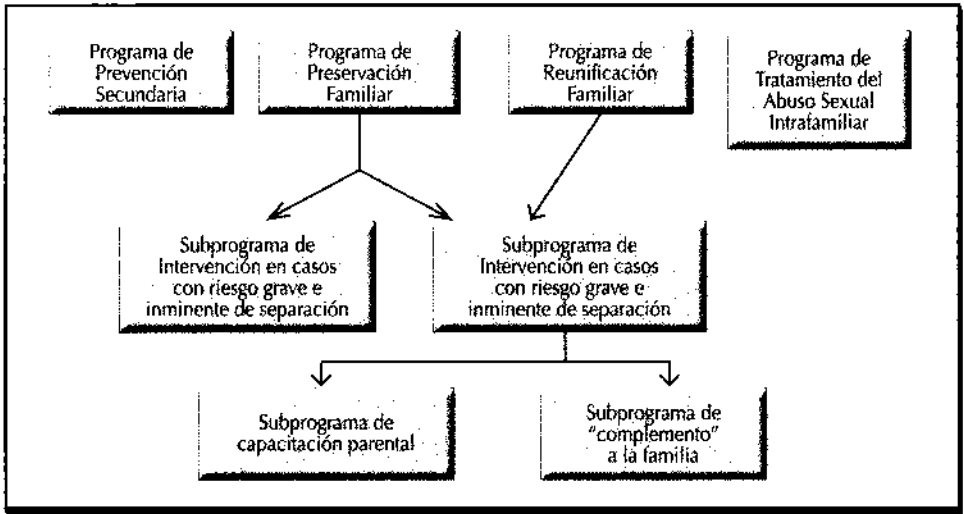
Ya se ha señalado que los Servicios Sociales deben promover como primera alternativa de intervención la provisión de recursos de apoyo y tratamiento para posibilitar que el menor sea atendido adecuadamente en su familia y evitar su separación o, cuando ésta ha sido necesaria, conseguir la reunificación en el menor plazo de tiempo posible.

La intervención con familias con problemas de desprotección infantil se ha desarrollado en España de manera desigual a lo largo de los últimos 15 a 20 años. En el ámbito anglosajón se han desarrollado importantes esfuerzos para promover la eficacia de la intervención con este tipo de familias. Las dimensiones de este capítulo no permiten desarrollar todo el tema en su extensión, pero de las revisiones realizadas se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen en los siguientes párrafos (Arruabarrena, 2001).

- El objetivo último de la intervención es el bienestar del menor. Esto significa que el menor debe ser el foco de la intervención aunque no sea con quien necesariamente se desarrollan las actuaciones principales. Esto quiere decir que la intervención debe focalizarse exclusivamente en aquellos aspectos del funcionamiento personal, familiar o social de los padres que afectan directa o indirectamente a su capacidad para ejercer adecuadamente el rol parental.
- No obstante, el objetivo de la intervención familiar no puede estar centrado sólo en corregir la situación de desprotección o riesgo de desprotección, sino en conseguir que la familia sea capaz de funcionar autónomamente de forma adecuada, en saber detectar precozmente los problemas que puedan aparecer y en saber pedir ayuda cuando lo necesiten.
- Es importante que la intervención, además de corregir las dificultades, problemas o déficits existentes, haga un esfuerzo por reforzar los aspectos positivos de los padres y de la propia familia.
- La intervención familiar debe adoptar una perspectiva general de la familia y del contexto en el que se desenvuelve poniendo también una especial atención a las necesidades individuales de los miembros de la familia.
- Es importante que, en la medida de lo posible, se fomente la implicación de los padres, y de los menores en su caso, en los procesos de valoración y toma de decisión.
- En este tipo de intervenciones de tipo psicosocial resulta especialmente relevante el trabajo en equipo en el propio ámbito de los Servicios Sociales (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.) y el trabajo en equipo con el resto de los agentes intervinientes y que suelen estar vinculados a otras secciones de la administración (sanidad, recursos de salud mental, educación, policía y justicia, etc.)

Existen varias modalidades de intervención con este tipo de familias en función del tipo de desprotección y de su gravedad, de las necesidades de los menores y de las dificultades de la familia. En la Figura 5.4. se presentan de manera esquemática los principales tipos de programas de intervención familiar.

Figura 5.4. Tipos de programas de Intervención con familias en situación de desprotección



Se considera que en un Programa de Preservación Familiar (Rodrigo, Maíquez, Martín y Byrne, 2008), el objetivo primordial es tratar de mantener al menor en su domicilio familiar y de evitar la separación. En los casos en que el pronóstico de capacitación no sea favorable pero se considera que existe alguna opción de mejora en los padres, puede iniciarse la intervención considerándola como la "última opción de tratamiento" que se toma para evitar una separación del menor ("intervención en casos con riesgo grave e inminente de separación"). En este tipo de programas se trata de alcanzar unos resultados mínimos en un breve espacio de tiempo. Si no se alcanzaran tales objetivos se debería proceder a la separación del menor. Se considera que en un Programa de Reunificación Familiar el objetivo primordial es conseguir la vuelta del menor a su domicilio familiar en los casos en que se haya debido proceder a la separación temporal de sus padres.

El subprograma de capacitación parental va dirigido a todas las familias en las que se asume que la situación de desprotección pudiera desaparecer o reducir su gravedad y que la cobertura de las necesidades de los menores pudiera mejorar si los padres adquirieran competencias de las que no disponen. Este subprograma también se aplicaría a familias con menores en acogimiento familiar o residencial en las que la finalidad del Plan de Caso es la reunificación familiar.

El Subprograma de complemento familiar se aplicaría en aquellos casos en los que la situación de desprotección alcanza niveles de gravedad moderada y elevada y en los que se considera que no hay posibilidades de conseguir mejoras en la capa-

cidad de los padres para asumir la cobertura de todas las necesidades de los menores. Sin embargo, se trataría de casos en los que no está indicada la separación de los menores (especialmente por la vinculación con sus padres) a la vez que se garantiza por parte de los padres la cobertura de necesidades de tipo emocional. En esta modalidad se entiende que se da prioridad a los recursos aplicados a los menores, ya sean de apoyo, educativos o psicoterapéuticos y que la intervención es de alta intensidad y de larga duración.

En líneas generales, los programas que han obtenido mejores resultados son los que (1) incluyen en su diseño múltiples recursos (de diferentes modalidades), (2) que son flexibles en el momento e intensidad de su aplicación, (3) que contemplan actuaciones coordinadas para los padres y madres, los menores y para la red de apoyo de la familia, y (4) que desarrollan su intervención, o al menos una parte importante de ella, en el domicilio (Arruabarrena y De Paúl, 2002). La eficacia de los programas de intervención familiar desarrollados hasta ahora con familias con problemas de maltrato físico es superior a la eficacia de los programas con familias negligentes, donde las cifras de capacitación de los padres y madres no llegan a superar el 40% (Arruabarrena, 2001).

Los programas de acogimiento familiar

La legislación vigente en España en materia de protección infantil y todas las legislaciones autonómicas existentes reiteran que en caso de necesidad de separación del menor de su familia de origen, la alternativa prioritaria es su integración en una familia alternativa. Hay un acuerdo generalizado de que, en caso de separación del menor, el recurso que mejor cubre las necesidades de los menores es una familia acogedora (Amorós y Palacios, 2004).

En buena parte de las CCAA de España los porcentajes de menores que están en acogimiento familiar son inferiores a los de acogimiento residencial. Además, la mayoría de los casos de acogimiento familiar se llevan a cabo en las familias extensas (Fernández del Valle, López, Monserrat y Bravo, 2008). Las razones de la escasa utilización del acogimiento familiar son complejas y no se pueden abordar en este capítulo. Si se siguiera de manera estricta el principio que rige la legislación española, en todos los casos en los que no se lleve a cabo un acogimiento en familia ajena o extensa debería de estar justificado porque no se ha considerado adecuado dicho acogimiento. En ningún caso, la no disponibilidad de familias puede ser una justificación de su no aplicación. Constituye una obligación del sistema de protección infantil la captación y la disponibilidad de familias acogedoras. De manera especial debe tenerse en consideración que desde la perspectiva de las necesidades de los menores

(López, 1995), en los casos de personas con edades inferiores a los 12 años, cualquier otra alternativa que no sea el acogimiento familiar es especialmente inadecuada.

A pesar de ciertas creencias que van en sentido contrario y que no están respaldadas por ninguna evidencia científica, entre los especialistas en el acogimiento familiar hay constancia suficiente (Amorós y Palacios, 2004) de que se puede utilizar con éxito (1) con menores con problemas físicos, psíquicos o comportamentales, (2) con varios hermanos, (3) cuando hay vinculación afectiva y buena relación emocional con los padres biológicos, (4) cuando hay previsión de retorno a la familia de origen, (5) cuando se debe hacer una separación de urgencia en menores de 12 años, o (6) con adolescentes.

En algunos de los casos citados anteriormente las necesidades especiales de los menores pueden hacer necesaria la utilización de tipos muy particulares de acogimiento como el denominado "profesionalizado" o "especializado" (Amorós y Hernández, 1993) y el denominado "de urgencia" (Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, 2003), pero lo importante es tener en consideración que la integración del menor en una familia es, en la inmensa mayoría de los casos, la mejor alternativa para su desarrollo.

Se suele distinguir entre diferentes tipos de acogimiento familiar en función de la relación de la familia acogedora con el menor (en familia extensa o en familia ajena), en función del tiempo previsto del acogimiento (temporal, indefinido, permanente) y de la gestión legal del mismo (administrativo o judicial).

Para que el acogimiento familiar pueda desarrollarse con la eficacia deseada deben de ponerse en funcionamiento dos tipos de programas:

Programa de captación, selección y formación de familias acogedoras.

Este Programa debe tener como objetivo conseguir en cada ciudad, provincia o Comunidad Autónoma un número suficiente de familias dispuestas a acoger a menores con diferentes características (número de hermanos, edades de los menores, tiempo previsto de acogimiento, presencia de algún de problema en el menor, etc.). Las familias interesadas por el acogimiento deben recibir posteriormente una explicación sobre las características del acogimiento familiar de manera que aquellas que sigan considerando llevar a cabo un acogimiento pasen un proceso de selección en el que se valore su idoneidad para esta función. Es frecuente que a la mayoría de estas familias seleccionadas se les ofrezca una formación específica sobre algunas cuestiones de especial relevancia del proceso de acogimiento familiar.

Programa de apoyo y seguimiento de las familias acogedoras.

Llevado a cabo el acogimiento familiar e iniciada la convivencia del menor con la familia acogedora debe proporcionarse a las familias el necesario apoyo para

poder afrontar con éxito la integración del menor y para poder garantizar la cobertura de sus necesidades. Los objetivos de este programa de “apoyo al acogimiento” deben estar centrados en dos aspectos esenciales:

- Dar prioridad a la corrección de los problemas que puedan presentar los menores acogidos. Debe darse relevancia a los recursos dirigidos a capacitar a los padres acogedores para afrontar de manera eficaz la relación con menores con dificultades especiales de tipo psicológico o psiquiátrico.
- Proporcionar ayuda a los padres acogedores para integrar de manera adecuada a los menores en la familia. Esta propuesta parte de la premisa de que la entrada del menor en la familia acogedora puede alterar el equilibrio previo existente entre sus miembros. Por ello, se considera que todas las familias pueden beneficiarse de un recurso profesional que ayude a encontrar un nuevo equilibrio adaptativo en las relaciones familiares.

Los programas de acogimiento residencial

En los casos en los que sea precisa la separación del menor y no sea viable su integración en una familia acogedora, la alternativa es el acogimiento en un centro residencial (normalmente, hogares funcionales con un número reducido de menores). Existe una importante polémica con respecto a la utilidad del acogimiento residencial y con respecto a su adecuación a las necesidades de los menores que deben ser separados de sus padres (Palacios, 2003). En una reciente publicación se presenta una revisión de esta controversia y de la situación del acogimiento residencial en España (Bravo y Fernández del Valle, 2009). Existe, no obstante, un cierto acuerdo con respecto al hecho de que el recurso del acogimiento residencial tiene limitaciones para satisfacer las necesidades de los menores separados de sus padres que no pueden ser superadas y, por tanto, sería conveniente no exigir a dicho recurso lo que no puede proporcionar. Siendo más precisos, se puede afirmar sin temor a equivocarse que el recurso del acogimiento residencial no puede proporcionar figuras de apego estables que garanticen al menor apoyo incondicional y permanente.

De lo afirmado en el punto anterior se desprende que el acogimiento residencial (1) no podrá ser una alternativa indicada para menores de 3 años, (2) que sólo excepcionalmente y durante breves periodos de tiempo puede ser indicado para menores de entre 3 y 6 años, (3) que no es aconsejable para menores de entre 7 y 12 años y que el tiempo de estancia siempre debe restringirse al mínimo imprescindible.

En cualquier caso, el sistema de protección infantil español debe tener entre sus objetivos esenciales en relación al acogimiento residencial (1) que se disponga de los medios necesarios para que vayan a acogimiento residencial los menores que se puedan beneficiar de dicho recurso y (2) que todos los menores separados de sus familias en acogimiento residencial tengan garantizada de manera inequívoca y absoluta sus necesidades físicas, psicológicas y sociales (Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo, 2003). Para ello, resulta imprescindible definir lo qué aportan de manera exclusiva los recursos de acogimiento residencial, cuáles son los menores que necesitan lo que sólo los recursos de acogimiento residencial pueden aportar y conseguir que los recursos de acogimiento residencial sólo atiendan a los menores para los cuales constituye el recurso indicado.

Se trata de una tarea difícil y delicada que exige un buen trabajo en relación con las necesidades de los menores (López, 1995), con el desarrollo de recursos alternativos al acogimiento residencial y con la adecuación de los propios recursos de acogimiento residencial. No obstante, en el espacio de este capítulo es posible hacer una breve aportación al tema describiendo algunas situaciones en las que el acogimiento puede ser la alternativa indicada para algunos menores:

- Cuando es el único que permite la preservación del vínculo entre hermanos.
- Cuando un menor tiene una historia previa de haber agredido de manera grave a otros menores o cuando presenta graves problemas psicológicos.
- Cuando un menor requiere un entorno de contención y control muy estricto debido a problemas de salud mental.
- Cuando un menor se siente muy amenazado emocionalmente por tener que integrarse en una nueva familia.
- Cuando un menor prefiere el acogimiento residencial a un acogimiento familiar y resulta muy probable que vaya a evitar la integración en una familia acogedora o dificultar de manera activa dicha integración.
- Cuando un menor ha tenido experiencias de acogimientos familiares fallidos.
- Cuando la separación afecta a un menor de más de 15 años que tiene un Plan de Caso orientado a la preparación para la vida independiente.
- Cuando el menor tiene una edad superior a doce años, tanto él como su familia de origen prefieren el acogimiento residencial al familiar, y se considera que esta opción va a favorecer de manera más adecuada el proceso de reunificación familiar.

La estrategia preventiva en protección infantil

El término prevención, en cualquiera de los ámbitos de la vida a que se aplique, es uno de los conceptos más fáciles de manejar y de ser utilizado de manera informal y, a la vez, uno de los conceptos más difíciles de concretar en su aplicabilidad y en la evaluación de su eficacia. En el caso del maltrato infantil resulta obvio que, una vez ocurrida la agresión física, la severa situación de negligencia, o el abuso sexual, el daño producido es muy difícil de reparar y que las consecuencias y secuelas pueden resultar de un alto nivel de gravedad. Los profesionales de la protección infantil saben que en la mayoría de las ocasiones no existen “buenas soluciones”, sino que se trata de elegir cuál de las alternativas posibles (separación, mantenimiento en la familia, acogimiento en la familia extensa, etc.) es la menos negativa o la que genera menor riesgo para el niño.

Sin embargo, es necesario ser realistas y saber que en protección infantil, la intervención preventiva se enfrenta a dos problemas:

1. La complejidad de los modelos explicativos del maltrato infantil y el relativo desconocimiento de los verdaderos agentes causales que actúan en cada una de las múltiples situaciones de desprotección (De Paúl, 2001).
2. La limitada capacidad de predicción de los supuestos factores de riesgo y/o de los marcadores que preceden a la aparición del maltrato infantil y la escasa capacidad para implicar en un programa de intervención preventiva a las presentan factores de riesgo.

Resulta necesario tratar de identificar los factores que anteceden o están asociados a las situaciones de maltrato de manera que se pueda conocer el riesgo de que en el futuro se produzca el problema en un grupo social o en un individuo y, por tanto, se puede predecir, detectar y prevenir el mismo. Son clásicos los dos tipos de estrategias preventivas aplicables a la mayoría de los problemas sociales y, en este caso a la desprotección infantil (Butchart, Harvey, Mian y Füniss, 2006).

Prevención Primaria. Se trataría de evitar la existencia de una serie de situaciones sociales, de promover cambios de actitudes, de modificar algunas formas de relación social, familiar y económica, etc. que se supone que provocan la aparición de otra serie de problemas más concretos y específicos, que a su vez, provocarían el que determinados sujetos se situaran en una situación de riesgo concreto para el maltrato infantil. Algunos ejemplos concretos de actuación los encontraríamos en la reducción de aquellas situaciones que favorecen el alcoholismo y las toxicomanías, la erradicación de situaciones de pobreza, la disminución de los embarazos no deseados, la dis-

minución de situaciones de aislamiento social, la puesta en marcha de programas de protección social general, etc. Otro tipo de objetivos más centrados en el ámbito de la protección infantil son la modificación, si es que fuera necesario, de las actitudes existentes en cada grupo social hacia el castigo físico, la reducción de las relaciones de violencia en la vida familiar, el conocimiento de las necesidades de los niños, etc.

Prevención Secundaria. Se centra en el reconocimiento de la existencia de una serie de grupos sociales, familias o individuos con características que les hace ser catalogados como “alto-riesgo” para desarrollar el problema del maltrato. La estrategia de prevención secundaria en protección infantil tendría como objetivo (1) identificar “comunidades” en mayor riesgo y proporcionar los servicios preventivos a toda la comunidad y/o (2) identificar individuos o familias en mayor riesgo y promover que tengan acceso a los servicios preventivos (Olds, Henderson, Chamberlin y Tatelbaum, 1988; Duggan, Fuddy, Burrell, Higman, McFarlane, Windham y Sia, 2004). Identificar familias en riesgo implica manejar y aplicar el concepto de “alto-riesgo” que supone asumir la pertinencia de predecir que algunas personas o familias tienen más probabilidad de tener problemas de desprotección infantil. Deben tenerse en cuenta dos conceptos claves:

- **Sensibilidad:** la capacidad de seleccionar a todas las personas o familias que van a desarrollar el problema en el futuro.
- **Especificidad:** la capacidad de seleccionar sólo a las personas o familias que van a desarrollar el problema en el futuro.

Por razones de tipo técnico y de tipo ético, el objetivo de cualquier programa es seleccionar antes de que se produzca la desprotección, a todas (sensibilidad) las familias en que se va a producir este problema y sólo a ellas (especificidad). Sin embargo, en la actualidad resulta imposible establecer dicha predicción con la precisión deseada, lo que supone que la estrategia preventiva debe aplicarse entendiendo que se trabajará con un cierto número de “falsos positivos” (sujetos que presentan factores de riesgo pero que no hubieran desarrollado el problema de desprotección infantil) y sin un cierto número de “falsos negativos” (sujetos que hubieran desarrollado el problema de desprotección pero que no presentaban los factores de riesgo seleccionados).

Desde el inicio de la preocupación por desarrollar programa de prevención, se elaboraron listados de factores de riesgo que ayudaban a mejorar la sensibilidad y especificidad (Browne, Davis y Stratton, 1988; Olds y Henderson, 1989) en la selección de las personas a quienes se les ofrece la participación en estos programas. Algunos de los utilizados son los siguientes:

- Paternidad/maternidad adolescente (edad inferior a 20 años) sin suficientes apoyos externos.
- Historia de desprotección o institucionalización en la infancia de los padres y madres.
- Historia de desprotección hacia otros hijos o hijas en el pasado.
- Conducta delictiva o violenta en los progenitores.
- Abuso de drogas o alcohol en los progenitores.
- Enfermedad mental, retraso intelectual o problemas significativos de malestar emocional en los progenitores.
- Padres y madres con escasas habilidades parentales.
- Falta de apoyo social.
- Problemas serios de salud o discapacidades en el niño o niña.
- Marginación social, dificultades económicas, desempleo.
- Elevado nivel de estrés.
- Familias monoparentales sin apoyos.
- Familias con antecedentes de violencia de pareja.

Los programas de prevención secundaria en casos de desprotección infantil suelen tener como objetivo principal el mejorar el funcionamiento y las habilidades de relación interpersonal de los padres y madres y las familias. Los programas de este tipo que se han llevado a cabo (Cerezo, Dolz, Pons-Salvador, y Cantero, 1999) suelen tener objetivos similares y, entre ellos, pueden señalarse los siguientes:

- Aumentar el conocimiento de los padres acerca de las necesidades y desarrollo infantil.
- Mejorar las habilidades de los padres para afrontar el cuidado y la atención de los niños, y el abordaje de los problemas específicos que puedan plantear sus hijos.
- Mejorar la vinculación y comunicación padres-hijos, especialmente en los primeros años de vida del niño.
- Mejorar el apoyo social de la familia.
- Reducir fuentes de estrés.
- Mejorar el acceso de la familia a los servicios comunitarios.
- Garantizar que el niño recibe una atención adecuada y detectar precozmente situaciones de desprotección.
- Mejorar las habilidades de los padres para la organización doméstica.

Es importante tener en consideración que, al igual que en otros ámbitos de la intervención psicosocial, los programas de prevención secundaria de la desprotección infantil tienen que respetar una serie de condiciones para su adecuada aplicación y eficacia (Olds, Henderson, Chamberlin y Tatelbaum, 1988; Olds y Henderson, 1989):

- La participación de las familias o de los padres y madres debe ser de carácter voluntario.
- Deben de estar propuestos desde entornos normalizados, siendo los idóneos en protección infantil los servicios de atención ginecológica durante la atención al embarazo y el ámbito educativo en los momentos de inicio de la escolarización.
- Debe hacerse un especial esfuerzo en el desarrollo de las actividades para motivar a las familias en su participación y en la aceptación de la oferta de ayuda.
- Parece adecuado proponer una combinación de intervenciones grupales con intervenciones individuales y una combinación de recursos de apoyo, educativos y terapéuticos.
- En este tipo de programas adquiere mucha importancia la intervención en el domicilio, por su eficacia y por su utilidad para reducir las tasas de abandono.

Resumen

El término desprotección infantil incluye muy diferentes tipos de situaciones que pueden presentarse en diferentes combinaciones y con grados diversos de severidad. La legislación estatal y las legislaciones autonómicas actualmente vigentes en España utilizan dos términos para describir las situaciones que requieren la intervención de los Servicios Sociales: Riesgo y Desamparo. En los casos de Riesgo no se lleva a cabo la separación del entorno familiar. En los casos de Desamparo se suele proceder a la separación del menor de su familia de origen y son competencia de los Servicios Sociales Especializados. Las tipologías de maltrato infantil más importantes son el maltrato físico, la negligencia física, el maltrato y la negligencia emocional, el abuso sexual y la incapacidad parental de control de la conducta del menor. Se han descrito una serie de situaciones familiares y personales que ocurren de manera más frecuente en las familias en las que aparecen casos de maltrato infantil. La combinación de algunas de ellas produce un mayor riesgo de que un menor pueda no ser adecuadamente tratado por sus padres. La intervención psicosocial en Protección Infantil se organiza en una serie de fases que incluyen las siguientes actividades: detección y notificación de las sospechas de casos, investigación y evaluación de los casos notificados y elaboración de los Planes de Caso. Los recursos utilizados en el ámbito de la protección infantil son los programas de intervención familiar, que tratan de capacitar a la familia para proteger adecuadamente a sus hijos, los programas de acogimiento familiar y los programas de acogimiento residencial. La estrategia preventiva, especialmente la referida a las situaciones que se pueden catalogar como de alto-riesgo constituye la prioridad de la intervención psicosocial en protección infantil.

Lecturas recomendadas

Libros relacionados con el tema del capítulo:

Centro Reina Sofía (2002). *Maltrato Infantil en la Familia. España (1997/98)*. Publicaciones del Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie Documentos, vol. 4. Valencia.

Este Libro presenta los resultados de una investigación llevada a cabo a partir del estudio de los expedientes de protección infantil abiertos en las diferentes CCAA de España. La lectura del estudio permite conocer la prevalencia de este tipo de situaciones y algunas de las principales características de los mismos (tipologías de desprotección, medidas tomadas, tipos de familias, etc.)

De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (2001). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson.

Este Manual presenta una revisión de todas aquellos temas que pueden ser de interés para una persona que vaya a iniciar su trabajo en el ámbito de la Protección a la Infancia.

Fernández del Valle, J., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.

El texto se centra de manera exclusiva en el recurso del acogimiento residencial. Los autores son dos de las personas que en España conocen mejor este recurso y presentan una revisión pormenorizada de todas las cuestiones relevantes sobre el tema.

Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento Familiar*. Madrid: Alianza.

El texto revisa todos los temas que pueden ser de interés para un profesional o para una persona que, sin serlo, esté interesada en el acogimiento familiar. Los autores han realizado algunas de las aportaciones más importantes a este tema en los últimos años.

Intebi, I. (2000). *Abuso sexual. En las mejores familias*. Barcelona: Granica.

La autora de este texto tiene una amplia experiencia profesional en el tratamiento y estudio del abuso sexual tanto de las víctimas como de los agresores. La revisión es exhaustiva y precisa pero aporta una cantidad importante de casuística sobre el tema.

López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

El texto presenta una descripción de las necesidades de la infancia desde la perspectiva evolutiva y las aplica a todos los ámbitos de la protección a la

infancia. Se trata de un texto de gran importancia para definir lo que es una situación de desprotección infantil desde una perspectiva diferentes (la no cobertura de una serie de necesidades) a la vez que permite valorar la forma en que los servicios de protección infantil proporcionan o no la satisfacción de dichas necesidades.

Manuales de Procedimiento elaborados por entidades públicas:

Todos los documentos que se presentan a continuación están editados por entidades públicas con responsabilidad en Protección Infantil y son utilizados por los profesionales de los diferentes recursos de protección a la Infancia. Es posible acceder a algunos de ellos a través de la página Web que se señala. El resto de documentos pueden ser solicitados a las Consejerías correspondientes.

Ayuntamiento de Madrid (2008). *Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores*. Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado, Ayuntamiento de Madrid (<http://www.muni-madrid.es>).

Diputación Foral de Bizkaia (2005). *Intervención en situaciones de desprotección infantil*. Departamento de Acción Social, Diputación Foral de Bizkaia (<http://www.bizkaia.net>).

Gobierno de Cantabria (2007b). *Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia*. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.

Gobierno de Navarra (2003). *Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra*. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud, Gobierno de Navarra.

Junta de Castilla y León (1995). *Manual de intervención en situaciones de desamparo. Detección, notificación, recepción, investigación, evaluación, plan de caso, intervención*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León.

Página Web de interés

Child Welfare League of America. <http://www.cwla.org/>

Referencias bibliográficas

- Amorós, P. y Hernández, E. (1993). El acogimiento familiar especializado. Un diseño para Cataluña. *Revista de Educación Especial*, 14, 21-33.
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento Familiar*. Madrid: Alianza.
- Amorós, Palacios, Fuentes, León y Mesas, (2003). *Familias canguro. Una experiencia de protección a la infancia*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Anderson, S.C. y Lauderdale, M.L.(1982). Characteristics of abusive parents: a look of self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 6, 285-293.
- Arruabarrena, M.I. (2001). Evaluación y tratamiento familiar. En J. De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (Eds.). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson.
- Arruabarrena, M.I. y De Paúl, J. (2002). Evaluación de un programa de tratamiento para familias con problemas de maltrato/abandono infantil y familias alto-riesgo. *Intervención Psicosocial*, 11, 213-228.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-134.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Colegio*, 30, 42-52.
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 197-204.
- Browne, K.D., Davies, C. y Stratton, P. (1988). *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Willey.
- Butchart, A., Harvey, A.P., Mian, M. y Fűrnis, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Eds. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Cerezo, M.A., Dolz, L., Pons-Salvador, G. y Cantero, M.J. (1999). Prevención de maltrato en infantes: evaluación del impacto de un programa en el desarrollo de los niños. *Anales de Psicología*, 15, 239-250.
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Paz, P., Alday, N. y Moco-roa, I. (2002). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14, 53-62.
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Ormaechea, A., Vergara, A. y Torres-Gómez de Cádiz, B. (2006). Aggression inhibition in high- and low-risk subjects for child physical abuse: Effects of a child's hostile intent and the presence of mitigating information. *Aggressive Behavior*, 32, 216-230.

- Duggan, A., Fuddy, L., Burrell, L., Higman, S.M., McFarlane, E., Windham, A. y Sia, C. (2004). Randomized trial of a statewide home visiting programa to prevent child abuse: impact of reducing parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 28, 623-643.
- Famularo, R., Kinscherff, R. y Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16, 475-483.
- Feerick, M.M., Knutson, J.F., Trickett, P.K. y Flanzer, S.M. (2006). *Child abuse and neglect. Definitions, classifications, and a framework for research*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación? *Infancia y Aprendizaje* 26, 375-379.
- Fernández del Valle, J., y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, 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., López, M., Monserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid. Ministerio de Educación, Política Social y Deportes.
- González-Soler, O. (2001). Regulación Jurídica de la Protección Infantil. En J. De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (Eds.). *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson
- Gracia, E. (1995). El rol del apoyo social en la prevención del maltrato infantil: programas de apoyo a la familia. *Intervención psicosocial*, 4, 17-30.
- Hillson, J.M.C. y Kuiper, N.A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*, 14, 261-286.
- Kaufman, J. y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 186-192.
- López, F. (1995). *Necesidades de la Infancia y Protección Infantil*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Milner, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.
- Milner, J.S. (2000). Social information processing and child physical abuse: Theory and research. En D.J. Hersen (ed.): *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 45. *Motivation and child maltreatment*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

- Montes, M. P., De Paúl, J. y Milner, J. S. (2001). Evaluations, attributions, affect, and disciplinary choices in mothers high and low risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1015-1036.
- Olds, D.L., Henderson, C.R., Chamberlin, R. y Tatelbaum, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: A randomized trial of nurse home visitation. *American Journal of Public Health*, 78, 1436-1445.
- Olds, D.L. y Henderson, C.R. (1989). The prevention of maltreatment. En D. Cichetti y V. Carlson (eds.): *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niño: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26, 353-363.
- Rodrigo, M.J., Maíquez, M.L., Martín, J.C. y Byrne, S. (2008). *Preservación familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide
- Vasta, R. (1982). Physical child abuse: A dual-component analysis. *Development Review*, 2, 125-149
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.

Violencia hacia las mujeres en el contexto familiar

Victoria A. Ferrer Pérez y
Esperanza Bosch Fiol

Introducción

La violencia contra las mujeres: definición y tipos

La violencia contra las mujeres en la pareja

Controversias en torno a un concepto

La cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja

La búsqueda de explicaciones

El porqué de la violencia contra las mujeres en la pareja

El porqué de la permanencia en una relación de pareja violenta

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres en la pareja

Las posibilidades de intervención: prevención y recuperación integral

Conclusiones

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Acoso sexual
- Agresión sexual
- Comercio sexual
- Crimen de honor
- Femicidio o feminicidio
- Mutilación genital femenina
- Selección de sexo / prácticas selectivas de sexo
- Violencia contra las mujeres
- Violencia contra las mujeres en la pareja

Objetivos

- **Comprender el concepto de violencia contra las mujeres.**
- **Profundizar en el conocimiento de la violencia contra las mujeres en la pareja como problema social.**
- **Conocer el alcance de la violencia contra las mujeres en la pareja en nuestro entorno.**
- **Comprender las características, las causas y la repercusión de esta forma de violencia sobre la salud y el bienestar de quienes la padecen.**
- **Conocer y analizar las posibles estrategias para intervenir en los casos de violencia contra las mujeres en la pareja.**

Introducción

El objetivo de este capítulo es abordar la violencia hacia las mujeres que se produce en el ámbito familiar. Para ello, en primer término, y dadas las dificultades para la definición de esta cuestión, el capítulo se inicia con un primer apartado dedicado a la definición de este grave problema social y al análisis de su tipología.

A partir de ahí, el resto del capítulo se centra en una de las formas de esta violencia: la violencia contra las mujeres en la pareja, dado que se trata de una de las más comunes en nuestro entorno y constituye un buen ejemplo para comprender esta cuestión. A partir de ahí, se analizan las diferentes formas de denominar a esta cuestión y las controversias al respecto; los modos de cuantificar este problema y las cifras disponibles al respecto; los modelos explicativos que se barajan; y, finalmente, se analizan las posibles consecuencias de esta violencia y, relacionado con ello, las diferentes posibilidades de intervención disponibles.

La Violencia contra las Mujeres: definición y tipos

La *“Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”* (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994) es el primer instrumento internacional de derechos humanos dedicado íntegramente a este problema y constituye a día de hoy un referente clave e internacionalmente reconocido en el análisis y abordaje de esta cuestión. Esta Declaración aporta, entre otras cosas, una definición de lo que es violencia contra las mujeres que suscita un amplio consenso y según la cual se define como:

“todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Esta violencia incluye:

“la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexua-

les, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educativas y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra”.

Durante el Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia, celebrado en noviembre de 2000 en Valencia, Noeleen Heyzer (2000), entonces directora ejecutiva de UNIFEM, señaló que, además de por otras razones (como su consideración explícita en el marco de los Derechos Humanos o un análisis causal basado en las relaciones de género), esta Declaración había marcado un hito histórico al ampliar el concepto de violencia contra las mujeres, incluyendo tanto la violencia física, psicológica o sexual, como las amenazas de sufrirla y tanto en el contexto familiar, como de la comunidad o del estado. De este modo, las diferentes formas de violencia contra las mujeres en los diferentes contextos quedaban clara y explícitamente incluidas en una definición, que se constituía así como marco general para su análisis.

Sobre la base de esta definición, la mayoría de la literatura sobre el tema coincide en señalar que la violencia contra las mujeres adopta una de las tres formas principales señaladas (violencia física, psicológica o sexual), si bien pueden añadirse a éstas otras formas o tipos de violencia (Barragán, 2006; Consejo de Europa, 1997; Chillida, Gomariz y Soletto, 2007). En el Cuadro 6.1. se presenta un breve resumen de las mismas.

Cuadro 6.1. Tipos de violencia contra las mujeres

TIPO DE VIOLENCIA	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS
Violencia física	Toda acción realizada voluntariamente que provoque o pueda provocar daños o lesiones físicas en las mujeres que la padecen. Incluye el uso de la fuerza física o de objetos para atentar contra su integridad física y/o su vida.	Empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, pellizcos, mordiscos, mutilación genital, tortura, asesinato.
Violencia sexual	Cualquier atentado contra la libertad sexual de la mujer que afecte a su integridad física o afectiva por el que se la obligue contra su voluntad a soportar actos de naturaleza sexual o a realizarlos, prevaleciéndose de una situación de poder, empleando engaños, coacciones, amenazas o el uso de la fuerza.	Bromas, expresiones groseras, comentarios desagradables, llamadas telefónicas obscenas, propuestas sexuales indeseables, forzarla a ver pornografía, cualquier acto o relación sexual no consentida por la mujer (acoso, violación incesto), cualquier relación o acto sexual que la mujer considere humillante o dolorosa, la obligación de prostituirse.

TIPO DE VIOLENCIA	CARACTERÍSTICAS	EJEMPLOS
Violencia psicológica	Acción, normalmente de carácter verbal, que provoca o puede provocar daño psicológico en las mujeres actuando sobre su capacidad de decisión. Incluye el empleo de mecanismos de control y comunicación que atentan contra su integridad psicológica, su bienestar, su autoestima o su consideración, tanto pública como privada, ante las demás personas.	Despreciar lo que hace o dice, hacer que se sienta culpable, tratarla como si fuera una esclava, hacer comentarios desatentos sobre su físico, humillarla o denigrarla en público o en privado, crearle mala reputación, obligarla a rendir cuentas sobre sus relaciones o contactos con otras personas, obligarla a romper sus amistades, prohibirle hablar con personas del otro sexo, mostrar celos de sus amistades, limitar su espacio vital o no respetarlo, bromas y chistes machistas o de contenido denigrante, infravaloración de sus aportaciones o ejecuciones, insultos públicos o privados, amenazas e intimidación, chantaje emocional, amenazas de suicidio de la pareja si manifiesta su deseo de separarse.
Violencia económica	Desigualdad en el acceso a los recursos económicos y las propiedades compartidas.	Negarle y/o controlar su acceso al dinero propio de ella o común, generar dependencia económica, impedir que acceda a un puesto de trabajo (y/o que disponga de sus ganancias), a la educación o a la salud, negarle los derechos de propiedad.
Violencia estructural	Barreras intangibles e invisibles que impiden el acceso de las mujeres a los derechos básicos.	Negarle la información inherente a sus derechos fundamentales, ejercer relaciones de poder que la impiden acceder a o que la mantienen subordinada en centros educativos, de decisión o de trabajo.
Violencia espiritual	Destrucción de las creencias culturales o religiosas de las mujeres.	Ridiculización de sus creencias culturales o religiosas o imposición de un sistema de creencias ajeno al propio.
Violencia política o institucional	Uso de un doble código por el que se legitima alguna forma o expresión de violencia mientras se lucha contra otras formas de ésta; también la omisión de actuaciones contra la violencia constituye una forma de violencia.	Ausencia o desarrollo insuficiente de políticas de igualdad de oportunidades (a nivel educativo, legislativo o judicial), ausencia de programas de prevención y/o intervención sobre la violencia contra las mujeres.
Violencia simbólica	Se refiere a persistencia de los mecanismos socializadores del patriarcado por los que se perpetúan los roles y la ideología de género tradicionales.	Invisibilización de las mujeres en los textos, el cine o la publicidad, o su reproducción desarrollando sólo aquellos roles considerados tradicionalmente como propios de ellas, perpetuación de los estereotipos sexistas en los textos, el cine o la publicidad.
Violencia social	Atribuir un menor valor a la posición social de las mujeres.	Acciones que desvalorizan la imagen de las mujeres, les adjudican estereotipos tradicionales de género que condicionan su posición social o les niegan la identidad y el valor personal.

Fuente: Ferrer (2007, pp. 63-64).

Por otra parte, y también como consecuencia de la definición de la ONU antes comentada, se considera que la violencia contra las mujeres no sólo adopta o puede adoptar diferentes formas, si no que se da o puede darse en distintos contextos (Heyzer, 2000). En el cuadro siguiente se incluye una propuesta de diferenciación según dichos contextos.

Cuadro 6.2. Los contextos de la violencia contra las mujeres

1. Violencia en la familia (violencia doméstica)
1.1. Violencia en las relaciones de pareja
1.2. Violencia en las relaciones de noviazgo
2. Violencia en los conflictos armados
3. Violencia en la sociedad
3.1. Agresiones sexuales
3.2. Explotación y tráfico de mujeres
3.2.1. Con fines sexuales
3.2.2. Con otros fines
4. Violencia en el ámbito laboral
4.1. Acoso sexual
4.2. Bullying / mobbing
5. Violencia en los medios de comunicación
5.1. Explícita
5.1.1. Pornografía
5.1.2. Violencia física
5.1.3. Representaciones de violación o de esclavitud sexual
5.1.4. Utilización de mujeres y niñas como objetos sexuales
5.2. Implícita
5.2.1. Estereotipos sexistas (imagen de la mujer: como objeto sexual, ama de casa, "estándar de belleza inalcanzable"...)
6. Violencia institucional (perpetrada o tolerada por el estado)
6.1. Física
6.2. Emocional
6.3. Sexual
6.4. Aborto o esterilización forzada

7. Violencia en las tradiciones culturales
7.1. Mutilación genital femenina
7.2. Matrimonios precoces
7.3. Crímenes por honor
7.4. Crímenes por la dote
7.5. Ejecuciones extrajudiciales
7.6. Agresiones con ácido

Fuente: Tomado de Sanmartín, Molina y García (2003, p.12).

De acuerdo con su título, el objeto de este capítulo sería profundizar en el análisis de la violencia contra las mujeres en el contexto familiar. Según la diferenciación recogida en el cuadro anterior, en este contexto se producen básicamente dos formas de violencia (esto es, en las relaciones de pareja y en las relaciones de noviazgo), ambas muy frecuentes, tanto en nuestro país como en general, y en las que se centrará este texto.

Sin embargo, y aunque ésta pueda resultar una diferenciación más o menos clarificadora o útil a efectos explicativos y de la aproximación preliminar que se pretende en este capítulo, es fundamental no olvidar en ningún momento que, aunque puedan ser menos frecuentes en nuestro entorno, la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar no se agota en absoluto con estos dos ejemplos si no que abarca otras muchas formas. Así, y tomando como referencia la diferenciación que propone la Organización Mundial de la Salud (1998a, 1998b) y que las relaciona con su probabilidad de ocurrencia a lo largo del ciclo vital, también el aborto selectivo y el infanticidio femenino, el incesto, los matrimonios de niñas, la mutilación genital femenina, el abuso y los homicidios relacionados con la dote o los homicidios y suicidios “por honor” son formas de violencia contra las mujeres que ocurren en el seno de la familia. Es decir, tanto lo que en el cuadro anterior se ha presentado como violencia sexual, como lo que se ha denominado violencia en las tradiciones culturales y aún otras formas de violencia contra las mujeres se dan o pueden darse en el contexto familiar.

La violencia contra las mujeres en la pareja

De acuerdo con los datos disponibles (a los que más adelante haremos referencia), esta es la forma de violencia contra las mujeres más común, tanto en general como en nuestro entorno más inmediato (ONU, 2006; UNFPA, 2005), y se refiere a aquella violencia ejercida contra las mujeres por su pareja o ex - pareja sentimental que incluye un patrón de comportamiento habitual (no un incidente aislado), ejercido por un varón con el objetivo concreto y definido de ejercer control y lograr el

poder sobre la relación y sobre su cónyuge o compañera sentimental. Se trata, en definitiva, de una violencia ejercida en el marco de una relación afectiva que constituye el reflejo de una situación de abuso de poder en el marco de una estructura social patriarcal, por ello se ejerce por parte de quienes detentan ese poder (varones), y la sufren quienes se hallan en una posición más vulnerable (mujeres y niños).

Si bien esta descripción general resulta bastante descriptiva, en los próximos apartados de este capítulo analizaremos algunos aspectos que pueden ayudarnos a comprender mejor esta forma de violencia y lo que supone.

Controversias en torno a un concepto

La forma de referirnos a esta violencia ha dado lugar a algunas discusiones y no pocas controversias.

En la literatura clásica sobre el tema, y particularmente en la literatura científica anglosajona, predomina la denominación violencia doméstica (*domestic violence*) (Rodríguez, López-Cepero y Rodríguez, 2009), mientras que en la literatura en castellano ha venido siendo más habitual hablar de malos tratos y mujeres maltratadas (aunque sigue habiendo no pocos ejemplos del uso del término violencia doméstica, véase, sin ir más lejos, el Cuadro 6.2. de este mismo capítulo).

Desde algunas perspectivas teóricas, y particularmente, desde un análisis feminista del problema se ha cuestionado la idoneidad de términos como “violencia doméstica” o “violencia familiar” para referirse a este problema (Bosch y Ferrer, 2002) y ello por varios motivos.

Por una parte, como ya hemos comentado en el apartado anterior, hablar de violencia familiar o en la familia no resultaría adecuado puesto que incluye muchas y diversas formas de violencia además de la ocurrida en la pareja (agresiones sexuales cometidas por otros familiares, violencia relacionada con la dote, mutilación genital, etc.) y también las violencias que puedan ser ejercidas por diferentes miembros de la familia unos sobre otros (padres sobre hijos y viceversa, adultos sobre ancianos, etc.).

Por otra parte, emplear términos como doméstico o familiar sugiere un acto privado y personal, algo que ocurre en la intimidad del hogar. Es bien sabido que la violencia contra las mujeres en la pareja es, por el contrario, un problema social y (cada vez en más países) un delito. No resultan pues adecuadas aquellas denominaciones que pueden resultar equívocas en este sentido.

Un último apunte sobre esta cuestión terminológica nos lleva a fijarnos en la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, (LO 1/2004 de 28 de diciembre), que se aprobó en España a finales de 2004 y entró en vigor en enero de 2005.

Tal y como se recoge en su artículo 1, Objeto de la Ley:

1. *La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*.*
2. *Por esta Ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas.*
3. *La violencia de género a que se refiere la presente Ley comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.*

* Nota: tanto en este como en el resto de artículos de la LO 1/2004 que reproducimos a lo largo de este capítulo, " la negrita es nuestra" para remarcar algún aspecto que nos parece particularmente relevante.

Es decir, a diferencia de lo que sucede en muchos documentos al uso, como el informe sobre el Estado Mundial de la Población (UNFPA, 2005) que habla de "violencia por motivos de género que puede ser inflingida por compañeros íntimos, miembros de la propia familia, conocidos o extraños" (p. 65), la legislación española vigente emplea el término "violencia de género" de modo restrictivo en cuanto a lo que comprende, recogiendo bajo esta denominación sólo aquella violencia que es ejercida por un varón sobre una mujer con la que mantenga o haya mantenido una relación afectiva (y no otras formas de violencia en otros contextos o con otros perpetradores), haya sido ésta una relación de hecho o de derecho y haya habido o no convivencia (recoge pues tanto la violencia en el marco del matrimonio como en el marco de la pareja de hecho o del noviazgo). Cabe remarcar que esta ley sí recoge que la violencia de género puede adoptar la forma de maltrato físico, psicológico y sexual, y que estos tipos de maltrato pueden darse por separado o combinados.

En definitiva, la denominación "violencia de género" en el ordenamiento jurídico español específico sobre el tema pone, al igual que los documentos internacionales sobre el tema, el acento sobre la causa (las relaciones de género) que ocasionó esta violencia, pero tendría como inconveniente, en comparación con dichos documentos, un uso más restrictivo que dejaría fuera otra serie de formas de violencia cuyo origen también está en las relaciones de género.

A la vista de estas dificultades y controversias, algunos expertos, medios de comunicación, etc. han ofrecido alternativas que pudieran resultar igualmente descriptivas pero que obviarán estas dificultades (violencia machista, violencia misógina, terrorismo doméstico, etc.). Sin embargo, hasta la fecha no parece existir aún ni suficiente consenso en torno a ninguna de ellas ni un uso generalizado de las mismas.

Por todo ello, y con objeto de evitar confusiones, a lo largo de este texto emplearemos los términos “violencia contra las mujeres” en el sentido propuesto por la definición de la ONU (1994), y “violencia contra las mujeres en la pareja” para hacer referencia a aquella forma específica en la que el agresor es la pareja o ex-pareja sentimental.

La cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja

En un trabajo anterior (Ferrer, Bosch y Riera, 2006) desarrollamos ampliamente esta cuestión, revisando las dificultades inherentes a conocer los verdaderos datos y cifras del problema en los denominados “delitos ocultos” (entre los que se encuentra la violencia contra las mujeres en la pareja) y las dificultades metodológicas y los pros y contras de las dos principales fuentes de datos que manejamos en este ámbito: procedentes de encuestas y procedentes de denuncias.

A modo de resumen, podemos decir que a nivel internacional, diferentes estudios, documentos y recopilaciones de datos (Eriksson, 1997; Kelly, 2000; Heise, 1993; Heise y García-Moreno, 2003; OMS/OPS, 1998; Sanmartín, Molina y García, 2003; UNFPA, 2005; UNICEF, 2000) nos ofrecen una revisión de los trabajos realizados y los resultados disponibles para diferentes países. La disparidad de datos (con cifras de prevalencia que oscilaban entre el 10% y el 60%) y, sobre todo, de las metodologías para su obtención, llevó a la OMS a realizar el denominado “*Estudio multi-país sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica*” (OMS, 2005), dirigido por la Dra. Claudia García-Moreno y en el que, a partir de la información procedente de más de 24.000 mujeres de 15 entornos ubicados en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y Tanzania), se analizaba la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres (principalmente de aquella acontecida en el marco de la pareja), las estrategias que ellas empleaban para hacerle frente, sus consecuencias y los factores determinantes y de riesgo. De acuerdo con los resultados de este trabajo, el porcentaje de mujeres que han tenido pareja alguna vez y han sufrido violencia física o sexual o ambas a manos de ésta a lo largo de su vida oscilaría entre

el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices comprendidos entre 24% y 53%.

Con objeto de disponer de más información sobre el tema, en diciembre de 2006 la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó una Resolución por la que, además de instar a intensificar los esfuerzos para eliminar la violencia contra las mujeres, se solicitaba al Secretariado General la creación de una base de datos coordinada en la que se ofreciera información sobre el grado, la naturaleza y las consecuencias de esta violencia, así como sobre las políticas y programas contra ella y la valoración de su eficacia. Para la elaboración de dicha base de datos se tomaron como fuente principal de información las respuestas de los estados miembros a un cuestionario de violencia contra la mujer de septiembre de 2008 y sus actualizaciones posteriores así como otras fuentes disponibles (informes presentados por los estados a diferentes organismos de derechos humanos, informes de seguimiento de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, etc.). Esta base de datos está disponible y puede ser consultada en <http://webapps01.un.org/vawdatabase/about.action>.

En España los datos de registros oficiales que se emplean son los relativos a denuncias que han venido siendo recopilados por el Instituto de la Mujer desde su creación en 1983 (véase <http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/index.htm>). Al igual que las propias leyes de nuestro país, el modo de recoger esta información ha ido variando desde un criterio más restrictivo en los inicios (cuando sólo se incluían denuncias de las esposas por los malos tratos recibidos de sus maridos) hasta uno más amplio hoy día (en que, de acuerdo con la LO 1/2004 antes comentada, se incluyen denuncias de las mujeres debido a los malos tratos recibidos de sus cónyuges o análogos, incluyendo ex cónyuges, compañeros sentimentales, ex compañeros sentimentales, novios o ex novios). En 2007 el número de denuncias recogidas por esta fuente ascendió a 63.347.

Por otra parte, desde 2003 el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) viene elaborando periódicamente informes (<http://www.poderjudicial.es/eversuite/GetRecords?Template=cgpj/cgpj/principal.htm>) donde, además del número de denuncias presentadas se ofrece también información relevante y complementaria para conocer más sobre este problema (sentencias dictadas, órdenes de alejamiento, etc.). También en este caso los datos recogidos han ido variando en su formato en función de las diferentes modificaciones legislativas que se han ido produciendo. Por lo que se refiere a la violencia en el marco de la pareja, para los años 2003 a 2005 estos informes ofrecen datos de denuncias registradas (76.732, 99.111 y 82.750, respectivamente),

para el año 2006 datos de los procedimientos penales registrados (que no son equivalentes a las denuncias pues incorporan la transformación que pueden seguir los asuntos), y para los años 2007 y 2008 datos de denuncias (126.293 y 142.125, respectivamente).

En cuanto a la otra gran fuente de datos, las encuestas, en 1999 el Instituto de la Mujer realizó una primera aproximación al tema mediante una encuesta administrada a más de 20.000 mujeres españolas mayores de edad (Alberdi y Matas, 2002; Instituto de la Mujer, 1999, 2000) en la que se les preguntaba directamente si se sentían maltratadas en sus relaciones y, además, se obtenían datos sobre los comportamientos vividos en dichas relaciones que permitían establecer la existencia de “situaciones objetivas de violencia”, esto es, situaciones en las que, aunque las mujeres no tuvieran conciencia de ello, estaban en una posición de inferioridad con respecto a un varón, que se permitía tratarlas despreciativamente y que consideraba que podía imponerles su conducta y restringirles sus libertades. Para estos casos se acuñó el término mujeres “técnicamente maltratadas”.

Los datos obtenidos en aquel momento indicaron que un 4,2% de las entrevistadas se autoclasificaban como maltratadas por personas su entorno más cercano en el último año y un 1,9% por su pareja o ex-pareja. Por otra parte, un 12,4% de las entrevistadas podían ser consideradas como técnicamente maltratadas y un 9% había padecido esa violencia a manos de su pareja o ex-pareja.

En 2002 el Instituto de la Mujer (2006) realizó una nueva encuesta según la cual el porcentaje de mujeres autoclasificadas como maltratadas descendía hasta el 4% (el 2,3% por su pareja o ex-pareja) y el de mujeres técnicamente maltratadas descendía hasta el 11,1% (el 8,7% por su pareja o ex-pareja).

En la tercera oleada de esta encuesta, realizada en 2006 (Instituto de la Mujer, 2006) sobre más de 32.000 mujeres, el porcentaje de mujeres autoclasificadas como maltratadas se situaba en el 3,6% (el 2,1% por su pareja o ex-pareja) y el de mujeres técnicamente maltratadas descendía hasta el 9,6% (el 7,2% por su pareja o ex-pareja).

No queremos finalizar este apartado sin recordar que estas cifras sólo nos ofrecen una vertiente (y no necesariamente la más relevante): estos datos nada dicen del dolor, del sufrimiento, de las consecuencias y repercusiones de esta violencia en las vidas y en el bienestar de las mujeres que la padecen ni de sus hijos e hijas o de sus familias. Sobre algunos de estos aspectos volveremos más adelante.

Estos datos y cifras de lo que sí nos hablan y nos permiten hacernos una idea es de la magnitud del problema al que nos enfrentamos y, consecuentemente, de la necesidad de recursos que como profesionales habremos de desplegar para su prevención y manejo.

La búsqueda de explicaciones

Dos de las grandes preguntas (y fuente de una parte importante de los mitos sobre el tema) sobre la violencia contra las mujeres en la pareja son por qué ocurre y qué es lo que puede llevar a una mujer a permanecer en una relación de pareja violenta. Dedicaremos este apartado a estas cuestiones.

El porqué de la violencia contra las mujeres en la pareja

Son muchos los modelos explicativos sobre la violencia contra las mujeres en la pareja que han ido sucediéndose (desde los modelos psicológicos iniciales hasta llegar a los actuales modelos multicausales, pasando por los modelos sociológicos) y diversos también los mitos en los que se han sustentado y/o que los han alimentado (Un análisis detallado de esta cuestión puede hallarse en los capítulos 2, 4 y 5 de Bosch y Ferrer, 2002).

Centrándonos en la consideración actual de este problema, nos parece muy oportuno recordar las palabras de Lori Heise (1997) quien para referirse a la violencia contra las mujeres en su conjunto, decía

“es un fenómeno muy complejo, profundamente arraigado en las relaciones de poder basadas en el género, la sexualidad, la propia identidad y las instituciones sociales. Cualquier estrategia para eliminar la violencia de género debe, por tanto, confrontar las creencias culturales y las estructuras sociales que la perpetúan” (p. 29).

Pues bien, esta misma consideración es aplicable a la violencia contra las mujeres en la pareja y asumida por los modelos que actualmente se barajan para explicarla y que reciben la denominación de multicausales. La característica común a todos ellos es que, aunque pueden diferir en la importancia que asignan a los diferentes factores, consideran esta forma de violencia como un fenómeno complejo que sólo puede ser explicado a partir de la intervención de un conjunto de factores específicos en el contexto general de las desigualdades de poder en los niveles individual, grupal, nacional y mundial (ONU, 2006).

Entre estos modelos multicausales estaría, por ejemplo, el modelo ecológico de Lori Heise (1998). Según esta autora, no hay un único factor que, por sí mismo, sea causante del maltrato sino que varios factores se combinan y aumentan la probabilidad de que un hombre determinado en un ambiente determinado ejerza violencia contra una mujer. Concretamente, según este modelo, en la génesis del maltrato se

combinan los efectos de los factores descritos en la tabla siguiente, de modo que permiten predecir la probabilidad de sufrir abuso, que será mayor cuanto mayor sea el número de factores de riesgo presentes.

Cuadro 6.3. Modelo multicausal de Lori Heise (1998)

FACTORES	CARACTERÍSTICAS
a) Factores que actúan en el marco sociocultural, factores sociales, del medio económico y social.	Normas que otorgan a los hombres control sobre el comportamiento de las mujeres. Aceptación de la violencia como forma de resolver conflictos. Noción de masculinidad ligada a la autoridad, el honor o la agresión. Roles rígidos basados en el género.
b) Factores que actúan en el marco comunitario, comunidad o instituciones y estructuras sociales formales e informales.	Pobreza, condición socioeconómica inferior o desempleo. Relación con compañeros delincuentes. Aislamiento de las mujeres. Falta de apoyo social.
c) Factores que actúan en el marco familiar, relaciones o contexto inmediato donde el abuso tiene lugar.	Conflictos matrimoniales. Control masculino de los bienes. Modo como se toman decisiones en la familia.
d) Factores que actúan en el ámbito individual, características individuales del perpetrador que influyen en su comportamiento.	Ser hombre. Presenciar episodios de violencia matrimonial en la niñez. Padre ausente o que rechaza a sus hijos. Haber experimentado abuso en la niñez. Uso de alcohol.

Como puede verse en el cuadro anterior, entre los factores que se incluyen en este tipo de modelos se hallan toda una serie de actitudes y conductas negativas y de dominio hacia las mujeres, barajándose una hipótesis causal que entronca con los modelos de orientación feminista y agrega otros factores explicativos. Es decir, desde esta perspectiva, que suscribimos, se considera que la raíz última del problema son las desigualdades sociales generadas por el sistema patriarcal imperante en nuestras sociedades y las creencias y actitudes misóginas y los mandatos o ideología de género tradicional que de él se derivan y que se reflejan en la familia y en la relación de pareja tradicional. Otros factores individuales habitualmente citados, como el consumo de sustancias, la enfermedad mental o los antecedentes de violencia, serían posibles coadyuvantes o, en su caso, detonantes de esta violencia pero no su causa última.

Estas hipótesis explicativas (el origen multidimensional de esta violencia y el papel central de las creencias y actitudes misóginas), ampliamente consideradas en documentos legales y declaraciones (como el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de 2003; los informes ante la Comisión de Derechos de la Mujer del Parlamento Europeo de Olga Keltosova en 2002 o de Maria Carlshamre en 2005; la LO 1/2004; el Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer de la ONU de 2006, entre otros), comienzan también a ser incorporadas a los trabajos empíricos sobre el tema.

El porqué de la permanencia en una relación de pareja violenta

La otra gran cuestión en torno a la violencia contra las mujeres en la pareja es el análisis de las razones que llevan a algunas mujeres a permanecer en o a no abandonar una relación de pareja violenta. Diversas variables han mostrado estar empíricamente relacionadas con la decisión de permanecer en o de abandonar la relación de maltrato, y se han planteado también diferentes modelos explicativos, adaptados o elaborados ad hoc, para analizar esta cuestión y desmontar los mitos al respecto.

Entre estos modelos estarían la adaptación de la teoría de la indefensión aprendida de Martin Seligman (1981), el denominado Síndrome de Estocolmo Doméstico, adaptación del denominado Síndrome de Estocolmo (Ferreira, 1995; Montero, 1999) y, muy especialmente, la más citada, la denominada teoría del ciclo de la violencia elaborada por Leonore Walker (1984, 1989, 1991) a partir de la teoría de la indefensión aprendida y de la hipótesis de la tensión-reducción (un análisis detallado de esta cuestión puede hallarse en las páginas 122 a 141 de Bosch y Ferrer, 2002). A continuación, y a modo de ejemplo, comentaremos brevemente este modelo.

Según esta autora, la violencia contra las mujeres en la pareja tiene un carácter cíclico y ocurre del modo siguiente:

En la primera fase, o fase de acumulación o de construcción de la tensión, se produciría un episodio abusivo consistente en actos de violencia menor y abuso verbal (insultos, menosprecios, ira contenida, indiferencia, sarcasmos, demandas irracionales, manipulación, etc.) ligados a conflictos cotidianos (la economía, los niños, etc.). El agresor lo niega y no da validez a las reclamaciones de su víctima. La mujer tiene o cree tener un cierto control sobre la frecuencia y severidad de los incidentes abusivos y trata de evitar un incremento de la violencia (intentando calmarlo, evitando hacer aquello que cree que le molesta, culpándose a sí mis-

ma, etc. todo para evitar que se enfade y aumente la violencia) al tiempo que comienza a experimentar confusión y angustia. Al notar el alejamiento, el maltratador trataría de controlarla más y de provocarla para que reaccionase.

En la segunda fase, o fase de agresión o descarga de la tensión, aumentaría la intensidad de la violencia psicológica y comenzaría a aparecer la violencia física y sexual (insultar, pegar, lanzar objetos, permanecer en silencio, pelear, rechazar a la pareja, hacer escenas en público, etc.). La descarga de agresividad aliviaría la tensión del maltratador. La mujer se concentraría en sobrevivir, tratando de tranquilizar al maltratador siendo amable y servicial, teniendo relaciones sexuales o incluso amenazando con abandonarle si no cesasen los malos tratos.

En la tercera fase, o fase de arrepentimiento, de conciliación o de “luna de miel”, se viviría un momento de “calma”, con escenas de arrepentimiento, demanda de perdón y promesas de buscar ayuda y de que la violencia no volverá a suceder por parte del maltratador. La mujer trataría de creer esos propósitos de enmienda e intentaría que la relación funcionase en medio de una gran tensión que originaría un regreso a la fase primera. Si ella le abandonase él podría ser capaz de prometer o hacer casi cualquier cosa para conseguir que regresara.

Tras un primer ciclo de violencia, la probabilidad de nuevos episodios, desencadenados cada vez por detonantes más insignificantes, y con mayor virulencia, aumenta y, en muchas ocasiones, la última fase tiende a desaparecer. Así, con el paso del tiempo el ciclo se va cerrando: El maltrato es más frecuente y severo, la víctima se encuentra con menos recursos psicológicos para salir de la situación y está más indefensa. Cuanto más tiempo permanezca una mujer en una relación abusiva, mayor es la probabilidad de que las consecuencias psicológicas se cronifiquen y, en consecuencia, más desfavorable es el pronóstico para su recuperación.

Muy frecuentemente las mujeres maltratadas no perciben que están dentro de este ciclo, negando o minimizando la violencia y considerando que están ante acontecimientos aislados. Además, la creencia de que deben potenciar con su conducta los aspectos positivos de la conducta de su cónyuge tiene como consecuencia, en muchos casos, que las mujeres se hagan a sí mismas responsables de la violencia que están padeciendo ellas y sus hijos e hijas. Así, cuando sus intentos de controlar la violencia fracasan, aparecen los sentimientos de culpa y de baja autoestima.

Enlazando con este modelo explicativo del ciclo de la violencia, en un trabajo anterior (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006) propusimos lo que denominamos “el

modelo del laberinto patriarcal" para el abordaje terapéutico de las mujeres que han padecido violencia en la pareja, al que más adelante volveremos a hacer referencia, pero que citamos aquí en tanto en cuanto nos puede aportar algunas claves para comprender y explicar la permanencia de algunas mujeres en una relación de maltrato. Ligando ambas ideas decíamos entonces:

"... la mujer maltratada va a perder el poder sobre el mismo en tanto que su tiempo será controlado a través de la revisión de lo que ha hecho y del permiso o la prohibición de lo que quiera hacer o a quien quiera ver. Todo ello marcará un ritmo vital de difícil comprensión para observadores externos. El día a día marcará tanto las prioridades que el pasado apenas será perceptible y el futuro ni se adivina. La narración que nos llega será del tipo "sin darme cuenta se me ha pasado la vida".

En este sentido y como ya anunciábamos, uno de los elementos más incomprendidos en torno al tema del manejo del tiempo es el de la permanencia de las mujeres maltratadas al lado de sus parejas. En nuestra opinión el tiempo dentro del laberinto no se representa en un reloj circular con dos vueltas de doce horas, la imagen del tiempo de las mujeres maltratadas es la de un reloj que marca con un zig-zag un recorrido en tres tiempos (amor-hostigamiento-reconciliación), en los que ese tercer segmento va acortándose paulatinamente hasta su desaparición" (pp. 170-171).

Las consecuencias de la violencia contra las mujeres en la pareja

Para la OMS la violencia contra las mujeres es un problema social y sanitario de primera magnitud, cuya extensión y consecuencias lo convierten en una prioridad de salud pública (OMS/OPS, 1998; OMS, 2005).

Este organismo, en sus diferentes informes sobre el tema, ha señalado que las principales consecuencias de esta violencia sobre la salud de las mujeres pueden agruparse en resultados fatales y no fatales (OMS/OPS, 1998), describiéndolas como puede verse en el Cuadro 6.4.

Cuadro 6.4. Las consecuencias de la violencia contra las mujeres sobre su salud

TIPO DE CONSECUENCIAS:	CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD:
Resultados fatales:	Homicidio. Mortalidad materna. SIDA. Suicidio.
Resultados no fatales:	
Sobre la salud física:	Asma. Daño ocular. Dolor crónico (pélvico, de cabeza...), fibromialgia. Heridas (laceraciones, fracturas, daño de órganos internos, etc.). Invalidez permanente. Síndrome de colon irritable. Trastornos gastrointestinales. En general, vulnerabilidad a enfermedades o problemas de salud graves.
Sobre la salud sexual y/o reproductiva:	Aborto u otras lesiones producidas durante el embarazo. Disfunción sexual. Embarazo no deseado y/o a temprana edad. Enfermedad inflamatoria pélvica. Enfermedades de transmisión sexual. Problemas ginecológicos diversos.
Sobre la salud mental:	Abuso de drogas o alcohol. Ansiedad, fobias, trastornos de pánico. Baja autoestima. Desorden obsesivo compulsivo. Desórdenes múltiples de personalidad. Desórdenes psicósomáticos. Miedo. Otras conductas auto-lesivas (fumar, sexo no protegido, etc.). Depresión. Sentimientos de vergüenza o culpa. Trastorno por estrés post-traumático. Trastornos de alimentación y sueño.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS, 1998).

Entre los resultados fatales de la violencia contra las mujeres en la pareja tenemos abundante información sobre el femicidio (así, por ejemplo, los datos disponibles señalan que 636 mujeres han sido asesinadas a manos de su pareja o ex – pareja sentimental entre 1999 y 2008 en España <http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/index.htm>) y datos muy poco precisos aún sobre los otros resultados fatales de esta forma de violencia (los suicidios, el contagio de ETS mortales, etc.) (Lorente, Sánchez de Lara y Naredo, 2007).

Por lo que se refiere a los resultados no fatales, diversos trabajos ofrecen una detallada descripción tanto de las consecuencias de esta violencia sobre la salud física y psíquica como de su prevalencia entre las mujeres que la han padecido (Mestre, Tur y Semper, 2008; Nogueiras, Arechena y Bonino, 2005; Ulla y cols., 2009; Villavicencio y Sebastián, 1999)

A modo de resumen puede decirse que, tal y como ya señaló Leticia Ramos (2000), según estimaciones del informe del Banco Mundial, entre el 5% y el 16% (dependiendo de la región del mundo de la que hablemos) del total de años de vida saludables perdidos por las mujeres en edad reproductiva podrían relacionarse directamente con la violencia basada en el género.

Antes de finalizar este apartado cabe recordar que diferentes documentos recientes (Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2007; Lasheras y Pires, 2003; Nogueiras y cols., 2005) nos aportan indicaciones, criterios comunes y protocolos para la detección, valoración y posterior intervención sobre las consecuencias físicas y psicológicas que padecen las mujeres que han sido víctimas de este tipo de violencia. Igualmente, diferentes comunidades autónomas del estado español tienen ya o están en proceso de elaborar documentos de este tipo que serán una gran ayuda para la unificación de criterios y esfuerzos entre los diferentes profesionales que han de intervenir en estos casos.

No hay que olvidar, además, que la violencia contra las mujeres en la pareja tiene, en su caso, efecto sobre los hijos.

De hecho, aunque durante mucho tiempo se pensó que no era así, hoy sabemos que vivir en un ambiente donde se maltrata (y no digamos ya ser víctima directa de un maltrato) genera en los menores un mayor riesgo de sufrir problemas emocionales, de comportamiento o de salud física (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999), siendo pues necesario considerar a los hijos de las mujeres que sufren violencia de género también como víctimas (no secundarias ni indirectas) de esta violencia (Hornos, 2007; Walker, 2003).

Las posibilidades de intervención: prevención y recuperación integral

Tal y como ya avanzamos al hablar sobre los modelos explicativos de la violencia contra las mujeres en la pareja, estamos frente a un fenómeno complejo, cuyo análisis requiere de modelos multidimensionales igualmente complejos. Esto no significa en absoluto que se trate de un problema que no pueda ser abordado, estudiado o analizado, si no que implica una dificultad que debe ser tenida en cuenta y analizada como tal y que las explicaciones simplistas no son útiles.

De acuerdo con esto, y con la hipótesis sostenida según la cual las creencias misóginas constituirían el núcleo central sustentador de esta violencia, parece obvio adelantar que su erradicación total (en cualquiera de sus formas) pasa por un profundo trabajo de prevención que no puede demorarse, pero que sólo a medio y largo plazo dará frutos realmente tangibles.

Pero, mientras ese momento llega, sigue habiendo personas, sigue habiendo mujeres y niños que viven en situaciones de peligro inminente y otros que aún habiendo salido ya del peligro sufren las devastadoras consecuencias de esta violencia.

Son pues imprescindibles acciones en una doble vía: actuaciones y medidas preventivas para evitar su aparición futura y actuaciones y medidas de protección para quienes han padecido esta violencia y necesitan recuperarse de sus secuelas.

En este sentido, y como nos recuerdan Chillida, Gomariz y Soletto (2007), el problema de la violencia contra las mujeres no sólo constituye una vulneración de los derechos humanos de las mujeres y un grave obstáculo para el desarrollo de las sociedades, si no que, al tratarse de un problema asentado en las estructuras básicas de dichas sociedades requiere actuaciones integrales en distintos planos, incluyendo los siguientes:

- A nivel educativo, incluyendo sensibilización y formación en materia de igualdad entre mujeres y hombres en el sistema educativo.
- A nivel preventivo, proporcionando a las propias mujeres herramientas de actuación y a los profesionales indicadores que permitan detectar la violencia desde sus primeras manifestaciones, facilitando así respuestas tempranas que minimicen los riesgos que corren las que son agredidas.
- A nivel de reparación del daño, proporcionando a las mujeres apoyo para eludir y/o superar las consecuencias de esta violencia y reconstruir sus vidas.
- A nivel jurídico y judicial, cumpliendo los derechos reconocidos por la ley con eficacia y eficiencia y estableciendo mecanismos adecuados de protección y denuncia.

Cabe señalar que la LO 1/2004 recoge de modo explícito, por fin y tras un largo proceso reivindicativo, el carácter integral necesario en las intervenciones relacionadas con la violencia contra las mujeres (Lorente, 2007).

Concretamente, en su título I se recogen medidas de sensibilización, prevención y detección e intervención en diferentes ámbitos. En el ámbito educativo se especifican las obligaciones del sistema para la transmisión de valores de respeto a la dignidad de las mujeres y a la igualdad entre hombres y mujeres. En el campo de la publicidad, ésta habrá de respetar la dignidad de las mujeres y su derecho a una imagen no estereotipada, ni discriminatoria, tanto si se exhibe en los medios de comunicación públicos como en los privados. En el ámbito sanitario se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de esta violencia.

Por otra parte, en su título II se recogen los derechos de las mujeres víctimas de violencia (relativos a la asistencia jurídica inmediata, la protección en el ámbito de la seguridad social, etc.) y, entre otros, el artículo 19 recoge lo siguiente:

Artículo 19. Derecho a la asistencia social integral.

1. *Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral. La organización de estos servicios por parte de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, responderá a los principios de atención permanente, actuación urgente, especialización de prestaciones y multidisciplinariedad profesional.*
2. *La atención multidisciplinar implicará especialmente:*
 - a) *Información a las víctimas.*
 - b) *Atención psicológica.*
 - c) *Apoyo social.*
 - d) *Seguimiento de las reclamaciones de los derechos de la mujer.*
 - e) *Apoyo educativo a la unidad familiar.*
 - f) *Formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos.*
 - g) *Apoyo a la formación e inserción laboral.*

Por lo que se refiere al estado actual del desarrollo de estas actuaciones, cabe decir que es, a día de hoy, desigual.

Así, por ejemplo, entre las actuaciones ya desarrolladas podría citarse el denominado "Protocolo común para la actuación sanitaria en violencia de género", elaborado por la Comisión contra la Violencia de género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2007) y al que hemos hecho referencia anteriormente como instrumento para la unificación de criterios y pautas de actuación entre profesionales.

También se cuentan entre esas actuaciones el desarrollo del denominado "Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género" (PNSP) aprobado en diciembre de 2006 y con una vigencia de dos años. En él se recogen un amplio número de medidas de prevención (primaria, secundaria y terciaria) que se articulan en torno a dos objetivos estratégicos (mejorar la respuesta frente a la violencia de género y conseguir un cambio en el modelo social avanzando en el derecho de ciudadanía) y se desarrollan en una serie de ejes de intervención temáticos (justicia, seguridad, salud, servicios sociales, información, educación y comunicación) y transversales (investigación y estudio, formación y especialización de profesionales, movilización de actores, coordinación, seguimiento y evaluación).

Los informes anuales del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (el primero de 2007 (véase http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1204104060_InformeAnualInternet.pdf) y el segundo de mayo de 2009 : http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1244041149_II_informe_anual.pdf) realizan una evaluación previa del grado de desarrollo y cumplimiento del PNSP a nivel tanto del conjunto del estado como de las distintas comunidades autónomas.

En el ámbito específico de la Psicología se han venido desarrollando diferentes tipos de propuestas de intervención terapéutica para mujeres que han padecido violencia en su relación de pareja. Algunas de esas propuestas, como la de Enrique Echeburúa y cols. (1998) o la de Francisco J. Labrador (2004) estarían cercanas a los planteamientos tradicionales de la intervención cognitivo-conductual, mientras otras, como la de Pilar Matad y cols. (2005) serían más específicas y centradas en esta problemática.

En relación con esta cuestión, Leonore Walker (1994) consideró que la terapia tradicional no era adecuada para ser aplicada a mujeres que habían sido víctimas de violencia de género y que, en estos casos, era necesario tener en cuenta tanto las particularidades de cada mujer como las especiales características de esta violencia. Desde esta base, y recogiendo aportaciones tanto de la terapia feminista como de la terapia del trauma, diseñó la denominada "Survivor Therapy".

Así, en opinión de esta autora, (Walker, 2003) *"las víctimas de violencia de género deben ser explícitamente alentadas a trabajar para convertirse en supervivientes y ello incluye enseñarles a desarrollar su propia independencia emocional y económi-*

ca" (p. 82). Concretamente, consideró que son necesarios siete pasos para lograr la transformación de víctima en superviviente: a) Reconocer el abuso, etiquetarlo e identificar sus efectos perjudiciales, así como los posibles puntos fuertes o habilidades adquiridas en el proceso; b) Buscar seguridad y protección contra cualquier abuso o daño posterior; c) Volver a tener claridad cognitiva y buen juicio; d) Controlar los síntomas de estrés postraumático que influyen sobre las emociones; e) Identificar y tratar los diversos problemas psicológicos asociados a las experiencias traumáticas que puedan haberse vivido; f) Restablecer las relaciones interpersonales; y g) Aprender a integrar el trauma en la vida cotidiana, aprendiendo a construir una nueva identidad y seguir adelante.

Tomando como base estas premisas, y desde una orientación teórica feminista, desarrollamos una propuesta de intervención a la que hemos hecho mención con anterioridad y a la que denominamos "*el modelo del laberinto patriarcal*" (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2006).

Si bien el desarrollo de este modelo excede los límites de este texto, en un marco de trabajo para la recuperación integral de mujeres que han vivido situaciones de violencia en la pareja, y particularmente, en el ámbito de la Psicología Comunitaria, no podemos dejar de mencionar explícitamente el importante papel del empoderamiento en este proceso.

El concepto de empoderamiento aplicado a las mujeres tomó plena vigencia a partir de la IV Conferencia de Beijing (Luna, 1998).

Este concepto, que se ha analizado en profundidad en el Capítulo 2 de este manual, se refiere al aumento de la participación de las mujeres en el acceso al control de recursos materiales (físicos, humanos o financieros), intelectuales (conocimientos, información e ideas) e ideológicos (facilidades para generar, propagar, sostener e institucionalizar creencias, valores, actitudes y comportamientos) hasta llegar a una contribución plena a la construcción de la sociedad que permita su participación en igualdad de condiciones en la vida económica y política y en la toma de decisiones a todos los niveles.

Posteriormente, este concepto fue adquiriendo un nuevo sentido, entendiendo que hacía referencia también a la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de su propia dignidad como personas, tomando así protagonismo en las acciones preventivo-asistenciales contra la violencia de género que deben ir dirigidas no sólo hacia la protección, si no también a la dignificación, y, en definitiva al logro del empoderamiento y de la autonomía de las mujeres para que puedan sentirse autónomas y dueñas de sus decisiones, y vivir en paz, justicia e igualdad (Bonino, 2000; Lagarde, 2000).

Antes de finalizar este apartado dedicado a las posibilidades de intervención en materia de violencia contra las mujeres en la pareja se hace necesario recordar un elemento más que con su incorporación como herramienta de actuación en el marco de la LO 1/2004 ha modificado su consideración, pasando de ser actuaciones más o menos experimentales y/o puntuales a colocarse en el centro de muchas miradas, nos estamos refiriendo a los programa de intervención para maltratadores.

Concretamente, el Artículo 35 de la citada ley, relativo a la *Sustitución de penas* dice textualmente:

El párrafo tercero del apartado 1 del artículo 88 del Código Penal, en la redacción dada por la Ley Orgánica 15/2003, queda redactado de la forma siguiente:

*«En el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser sustituida por la de trabajos en beneficio de la comunidad. En estos supuestos, el Juez o Tribunal impondrá adicionalmente, además de la sujeción a **programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico**, la observancia de las obligaciones o deberes previstos en las reglas 1.ª y 2.ª, del apartado 1 del artículo 83 de este Código.»*

Y Artículo 42 relativo a la *Administración penitenciaria* dice:

- 1. La Administración penitenciaria realizará **programas específicos para internos condenados por delitos relacionados con la violencia de género.***
- 2. Las Juntas de Tratamiento valorarán, en las progresiones de grado, concesión de permisos y concesión de la libertad condicional, el seguimiento y aprovechamiento de dichos programas específicos por parte de los internos a que se refiere el apartado anterior.*

En esta línea, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha activado tanto programas específicos para internos condenados por delitos relacionados con la violencia de género como el cumplimiento de penas alternativas para aquellos maltratadores condenados a menos de dos años, que no ingresan en prisión, pero están obligados judicialmente a seguir un programa de reeducación.

Por su parte, el PNSP, anteriormente mencionado, incluye entre las medidas a implementar dentro del objetivo 1, *Mejorar la respuesta frente a la violencia de género*, y como parte del eje A, *Justicia*, la medida 6, *Seguimiento y evaluación de los programas a maltratadores*, concretada en la *“Adopción de criterios comunes para la evaluación de los programas de reeducación a aplicar en los casos de suspensión y sustitución de pena privativa de libertad”*.

En una aproximación al tema, Luis Bonino (2008) ha revisado diferentes actuaciones que en este sentido vienen realizándose a nivel internacional.

En España a día de hoy son muchos y diferentes los programas de intervención o reeducación que se están llevando a término (por parte de Instituciones Penitenciarias, los Colegios Oficiales de Psicólogos, e incluso de algunas ONG's). Una descripción de las actuaciones realizadas desde los Colegios Oficiales de Psicólogos puede obtenerse en los diferentes números de INFOCOP (www.infocop.es). Queda por delante, sin embargo, el análisis detallado y exhaustivo de las mismas y, sobre todo, un análisis empírico de su eficacia.

Conclusiones

En definitiva, la violencia contra las mujeres en la pareja (o violencia de género, si nos atenemos a la LO 1/2004)) constituye actualmente un grave problema social (y sanitario) en nuestro país, no sólo por su magnitud (como demuestran las cifras de denuncias y los resultados de las encuestas), si no también por las graves consecuencias que provoca en quienes la padecen (mujeres y sus hijos e hijas).

A la vista de todo ello, se hace necesario proponer y desarrollar tanto medidas preventivas para lograr su erradicación futura, como medidas de intervención para proteger y lograr la recuperación de quienes viven o han vivido esta situación.

En ello se viene trabajando desde las diferentes instancias políticas, judiciales, académicas y profesionales de nuestro país.

Desde nuestra perspectiva como profesionales y/o futuros profesionales es fundamental conocer y comprender este problema en todas sus dimensiones y en toda su complejidad y también las posibles actuaciones y medidas de prevención e intervención.

Pero, precisamente por esa complejidad tantas veces repetida, sólo desde un conocimiento exhaustivo y en profundidad estaremos en condiciones de contribuir adecuadamente a este proceso. La formación especializada de los profesionales que se ocupan del tema es pues una necesidad.

Resumen

La violencia contra las mujeres en el contexto familiar puede adoptar múltiples y diversas formas. De entre ellas, este capítulo se centra en aquella que ocurre en el ámbito de la pareja, no sólo porque es una de las más frecuentes en nuestro entorno y en general, si no porque está explícita y específicamente contemplada en el ordenamiento jurídico español (bajo la denominación de violencia de género).

Además de por su definición y caracterización, este capítulo realiza un repaso por algunas cuestiones relevantes como son su cuantificación, las explicaciones o las consecuencias de esta violencia para, finalmente, detenerse en un análisis de las posibilidades de intervención tanto a nivel preventivo como de recuperación de quienes han padecido esta situación.

Lecturas recomendadas

Bosch, E., Ferrer, V. A. y Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal*. Barcelona: Antrophos.

Se trata de un texto que repasa algunos de los principales problemas relacionados con este problema social, incluyendo, entre otros aspectos un análisis sobre sus diferentes formas, sobre violencia y discapacidad y sobre algunas alternativas de prevención y propone un modelo de intervención para las mujeres que han padecido violencia en la pareja.

ONU (Organización de Naciones Unidas) (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unifem.org.mx/un/index.php?option=com_remository&Itemid=2&func=fileinfo&id=212

Se trata de un amplio estudio de Naciones Unidas sobre los tipos, causas, incidencia y consecuencias de las principales formas de violencia contra las mujeres en el mundo por lo que constituye un documento particularmente valioso para la temática abordada.

Páginas Web de interés

Ministerio de Igualdad. Violencia de género: http://www.migualdad.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1193047246325&language=cas_ES&pagename=MinisterioIgualdad%2FPage%2FMIGU_Subhome

Dentro de la página del Ministerio de Igualdad, subpágina que contiene toda la información sobre violencia de género (estadísticas, legislación, información de actuaciones que se realizan...).

Instituto de la Mujer:

<http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/>

Además de información sobre estadísticas, legislación, etc. en esta página pueden encontrarse las ediciones digitales de los diferentes informes de investigación financiados por el Instituto de la Mujer a lo largo de los últimos años, una parte de los cuales versa sobre violencia contra las mujeres.

Banco de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia de Género:

<http://www.observatorioviolencia.org/bbpp.php>

Recopilación de Base de Datos, de la Fundación Mujeres, financiada por el Ministerio de Igualdad, que recopila legislación vigente, programas y servicios, que han demostrado su eficacia, tanto en España como en otros países.

Referencias bibliográficas

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Barragán, F. (Coord.) (2006). *Violencia, género y cambios sociales*. Málaga: Aljibe.
- Bonino, L. (2008). *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Editorial Cátedra. Colección Feminismos.
- Bosch, E., Ferrer, V. A. y Alzamora, A. (2006). *El laberinto patriarcal*. Barcelona: Antropos.
- Carlshamre, M. (2005). *Informe sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI))*. Parlamento Europeo A6-0404/2005. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=REPORT&reference=A6-2005-0404&language=ES>
- Consejo de Europa (1997). *Informe del grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres*. Estrasburgo.
- Chillida, M., Gomáriz, N. y Soletto M. L. (2007). *Módulo de sensibilización y formación continua en igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres para personal de la Administración Pública*. Madrid: Instituto de la Mujer – Fundación Mujeres. Disponible en: http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/publicaciones/docs/Guia_INAP.pdf
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 11-22). Madrid: Siglo XXI.
- Eriksson, M. (1997). *Violencia contra las mujeres (A4-0250/97)*. Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-ue.htm>
- Ferreira, G. (1995). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*. Buenos Aires: De. Sudamericana. 2ª edición.
- Ferrer, V.A. (2007). Las diversas manifestaciones de la violencia de género. En E. Bosch (Comp.), *La violencia de género: algunas cuestiones básicas* (pp. 61-106). Jaén: Formación Alcalá.
- Ferrer, V. A., Bosch, E. y Riera, T. (2006). Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: Análisis psicosocial. *Revista de Intervención Psicosocial y Calidad de Vida*, 15(2), 181-201.

- Heise, L. L. (1993). Violence against women: the hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1), 78-85.
- Heise, L. L. (1997). La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio. En J. L. Edleson y Z. C. Eisikovits. (Eds.), *Violencia doméstica: La mujer golpeada y la familia* (pp. 19-58). Barcelona: Granica.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290.
- Heise, L. L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Para acabar con la violencia contra la mujer*. Population Reports, 4. Serie L, número 11.
- Heise, L. L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E.C. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi y R. Lozano (Eds.), *Informe Mundial sobre Violencia y Salud* (pp. 96-131). Washington DC: OMS-OPS.
- Heyzer, N. (2000). Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 13-24). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Horno, P. (1997). Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. En Instituto de la Mujer (Ed.), *Congreso Estatal De las casas de acogida a los centros de atención integral* (pp. 94-103). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (1999). *Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico*. Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/1999/499p.pdf.
- Instituto de la Mujer (2000). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe final*. Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/violencia%20final.pdf
- Keltosova, O. (2002). *Domestic violence*. Doc. 9525. Report Committee on Equal Opportunities for Women and Men. Council of Europe. Disponible en: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/Working-Docs/doc02/EDOC9525.htm>
- Kelly, L. (2000). ¿Cómo en casa en ninguna parte? La violencia doméstica, la seguridad de las mujeres y los niños y la responsabilidad de los hombres. *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 25-36). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Lagarde, M. (2000): *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Madrid. Ed. Horas y Horas.

- Lasheras, M. L. y Pires, M. (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública*. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Lorente, M. (2007). Consecuencias de la violencia de género que han de ser tenidas en cuenta en la definición de toda intervención de carácter integral. En Instituto de la Mujer (Ed.), *Congreso Estatal De las casas de acogida a los centros de atención integral* (pp. 22-32). Madrid: Instituto de la Mujer.
- Lorente, M., Sánchez de Lara, C. y Neredó, C. (2007). *Suicidio y violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo. Observatorio de Salud de la Mujer.
- Luna, L. G. (1998): La relación de las mujeres y el desarrollo en América Latina: apuntes históricos de dos décadas. 1975-1995. Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/al-myd-lgl.html>
- Matud, M. P., Padilla, V. y Gutierrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento*. Madrid: Minerva.
- Mestre, M. V., Tur, A. M. y Semper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Montero, A. (1999). *El síndrome de Estocolmo doméstico en mujeres maltratadas*. Disponible en: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am.html>
- Nogueiras, B., Arechederra, A. y Bonino, L. (2005). *La atención sociosanitaria antes la violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005). *Estudio multi-país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index.html
- OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud) (1998). *Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario*. Washington (DC): División de Salud Familiar y Reproductiva; División de Salud y Desarrollo Humano. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/violenceprioritythemas.pdf>
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. AG/48/104). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28symbol%29/a.res.48.104.sp?opendocument>
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unifem.org.mx/un/index.php?option=com_remository&Itemid=2&func=fileinfo&id=212

- Ramos, L. (2000). Rompiendo el silencio. *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 1-11). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Rodríguez, L., López-Cepero, J. y Rodríguez, F. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248-254.
- Sanmartín, J., Molina, A. y García, Y. (Eds.) (2003). *Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Seligman, M.E.P. (1981). *Indefensión: En la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Ulla, S., Velásquez, C., Notario, B., Solera, M., Valoro, N. y Olivares, A. (2009). Prevalence of intimate partner violence and its relationship to physical and psychological health indicators. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 411-427.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2005). *Estado de la población mundial 2005. La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio*.
- UNICEF (2000). La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Innocenti Digest*, 6.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid. Instituto de la Mujer.
- Walker, L. E. A. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
- Walker, L. E. A. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44,695-702.
- Walker, L. E. A. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28(1), 21-29.
- Walker, L. E. A. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington DC. APA.
- Walter, L. E. A. (2003) Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista de Psicoterapia*, 54-55, 77-89.

Intervención social y comunitaria en el ámbito de la inmigración

Manuel Francisco Martínez García,
 Visitación Calzado Vega y
 Julia Martínez García

Introducción

Aproximación al fenómeno migratorio

Modelos de integración en comunidades pluriculturales

Asimilación

Fusión cultural o melting pot

Pluralismo cultural. Multiculturalismo e Interculturalidad

Perspectiva psicosocial en la integración de personas inmigrantes

Inmigración, diversidad humana y opresión

La inmigración como transición ecológica

Los procesos de aculturación desde la perspectiva del inmigrante

Referentes psicosociales en la intervención comunitaria con inmigrantes

Necesidades de las personas inmigrantes y la prestación de servicios comunitarios

La competencia cultural como objetivo de intervención comunitaria en inmigración

Creando contextos comunitarios de apoyo social

Empoderamiento y participación comunitaria en la intervención con inmigrantes

Participación comunitaria e inmigración

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- **Aculturación**
- **Competencia Cultural**
- **Discriminación indirecta**
- **Diversidad humana afirmativa**
- **Grupos en desventaja social (Grupo Minoritario)**
- **Opresión psicológica interiorizada**
- **Prejuicio**
- **Servicios de acogida**
- **Servicios de mediación comunitaria**

Objetivos

- **Conocer que las migraciones humanas son el reflejo de las conductas adaptativas de las personas a entornos (físicos y/o sociales) adversos dirigidas a la satisfacción de necesidades (supervivencia, seguridad, crecimiento y desarrollo personal, etc.)**
- **Comprender que las migraciones aumentan la vulnerabilidad de las personas por lo que son necesarios cambios aculturativos en las sociedades de acogida (en ciudadanos, profesionales, sistemas e instituciones) para que los inmigrantes alcancen resultados de bienestar y satisfacción.**
- **Adoptar una actitud positiva hacia la diversidad humana en todas las formas en que ésta se manifiesta, y entender que valorar la diversidad mejora la calidad de las comunidades.**
- **Comprender que una de las metas de la intervención comunitaria es la movilización de todos los miembros de la comunidad para cambiar las situaciones de opresión (denigración, discriminación, violencia, etc.) hacia ciertos grupos minoritarios como los inmigrantes.**
- **Aprender buenas prácticas de intervención con los inmigrantes sustentadas en: (1) la mejora de su empoderamiento a través de la participación comunitaria en organizaciones de base (asociaciones, coaliciones comunitarias, etc.); (2) la reconstrucción de su sistema de apoyo social; y (3) el fomento del contacto intergrupual cooperativo, simétrico y con apoyo institucional, ya que al generar interdependencia y posibilitar el conocimiento mutuo, mejora las relaciones intergrupales.**

Introducción

En la actualidad el abordaje de las migraciones plantea dos retos fundamentales. El primero de ellos se sitúa en la dimensión internacional del hecho migratorio y se centra en la necesidad de gestionar los flujos migratorios globales (política de permisos, control de flujos, cooperación al desarrollo, etc.). El segundo se deriva del hecho de que las migraciones se concretan siempre en el ámbito local y las personas terminan asentándose en comunidades locales dinámicas, complejas y con su propio acervo histórico-cultural. El reto está en construir convivencia y comunidad en esos contextos sustentados en la diversidad humana en relación al origen nacional, cultura, religión, objetivos vitales, etc.

El incremento de la diversidad humana que se deriva de la incorporación de esos nuevos ciudadanos (más de hecho que de derecho) está teniendo un importante impacto en las distintas comunidades donde se asientan. Este impacto tiene un componente positivo que no siempre es percibido como tal y mucho menos valorado suficientemente: mejora de la pirámide poblacional, ocupación de nichos laborales abandonados por los autóctonos, contribución a las arcas del estado, propuestas alternativas a la resolución de problemas, etc. Por el contrario, los resultados negativos de esta incorporación toman un protagonismo que muchas veces no se corresponde con la estricta objetividad de los hechos: creencias erróneas sobre la inseguridad ciudadana, sobre el incremento del paro, sobre la pérdida de identidad de las comunidades, sobre la incompatibilidad entre los distintos patrones culturales, etc. Todo ello dificulta, si no impide, la incorporación plena (jurídica, cultural, psicosocial, etc.) de los inmigrantes a la comunidad, lo que puede derivar en problemas en los ámbitos: (1) individual: depresión, adicciones, etc. (2) intergrupales: prejuicios, actitudes negativas, etc.; (3) institucionales: discriminación en el acceso a los servicios, dificultades para el reagrupamiento familiar, etc.; y (4) comunitarios: conflictos vecinales, problemas con la vivienda, etc.

La perspectiva comunitaria de la intervención social con inmigrantes se centra en la integración psicosocial de los mismos. Enmarcada en el modelo ecológico, reconoce la importancia de las interrelaciones de las personas y los contextos (sistemas, entorno físico, etc.) en los que éstas se insertan (Son y Fisher; 2005). Tiene también como referente la diversidad humana al reconocer que los contextos de inserción comunitaria son muy distintos entre sí (familia, lugar de trabajo, entorno rural/urbano, escuela, barrio, etc.), y que dentro de cada uno de ellos la diversidad es un rasgo esencial (Trickett, 1996). Estos dos hechos son claves en la intervención comunitaria ya que no sólo ayudan a comprender la opresión que sufren las personas en desventaja (inmigrantes, discapacitados, minorías étnicas, mujeres, etc.), sino que orienta la metodología y las acciones a emprender.

La Psicología Comunitaria afronta la diversidad a través de metodologías participativas y tiene en el empoderamiento (de individuos y contextos) la meta central de las intervenciones (véase el Capítulo 2 referente al *empowerment* y desarrollo comunitario). Los recursos comunitarios (apoyo social, asociaciones, espacios comunitarios, etc.) juegan un papel muy importante en el proceso integrador y el logro del bienestar psicológico de las personas inmigrantes, pero no debe olvidarse la incidencia que los miembros de la sociedad de acogida tienen en este proceso. En Europa, la forma en que los países receptores respondieron al importante cambio demográfico que ha supuesto la inmigración ha sido muy diversa y, junto a contextos donde se da la plena aceptación, coexisten otros en los que el prejuicio, la discriminación o la violencia contra los inmigrantes son moneda corriente.

En este capítulo se abordarán algunos de estos aspectos relacionados con el fenómeno migratorio, comenzando con una aproximación al mismo como movimiento social. Con el fin de lograr una perspectiva societal del impacto de las migraciones recientes en los países receptores, se describirán algunos de los modelos de integración que se han implementado en dichos países al objeto de regular la convivencia entre los distintos grupos sociales. Un tercer apartado se dedicará a describir la inmigración desde la perspectiva de la persona que emigra y los factores personales y contextuales que inciden en su proceso de ajuste al nuevo contexto. Por último se analizarán algunos tópicos de la intervención comunitaria en inmigración, tanto referidos a los inmigrantes (empoderamiento, satisfacción de necesidades, participación, apoyo social) como al contexto comunitario (competencia cultural).

Aproximación al fenómeno migratorio

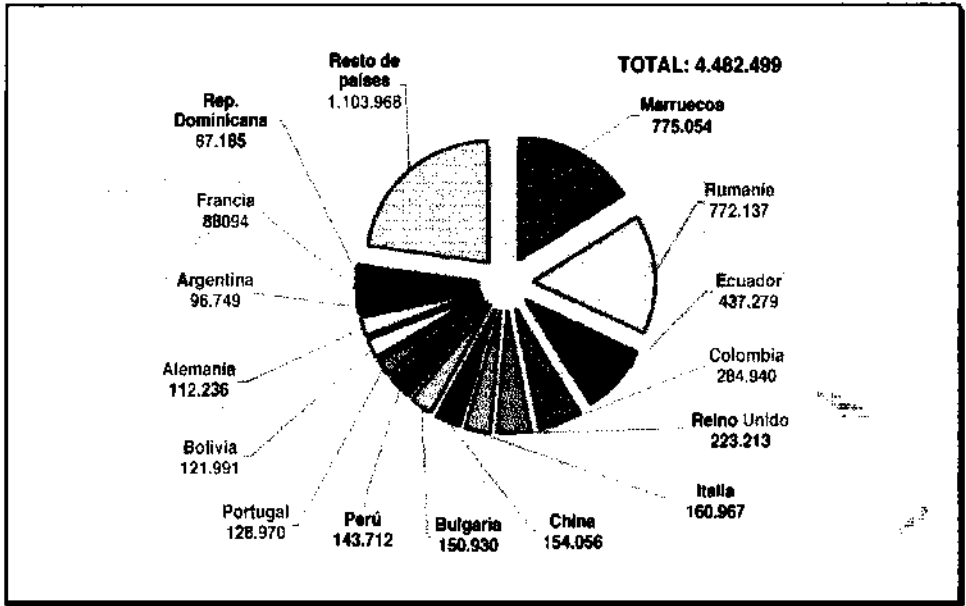
Las migraciones han sido constantes a lo largo de la historia del ser humano como consecuencia del hambre, las guerras, la persecución o el simple deseo de mejorar las condiciones de vida. En la actualidad la emigración es considerada como un derecho del ser humano que se manifiesta como fenómeno imparable vinculado a las importantes diferencias existentes entre las distintas regiones del mundo. El momento actual se corresponde con una segunda etapa del proceso de globalización mundial (era de la movilidad) que debería favorecer los cambios necesarios para disminuir esas desigualdades regionales. En valores relativos hoy día no hay muchas más migraciones que hace un siglo y si a principios del siglo XX aproximadamente el 3% de la población mundial había abandonado su lugar de origen, hoy existen unos 200 millones de migrantes internacionales, que representan un porcentaje similar. Lo que sí ha variado es la forma y la redistribución cuantitativa de las personas tanto de los países emisores como receptores.

En Europa, que tradicionalmente ha sido polo de emisión de emigrantes hacia el *sistema americano*, se produce tras la II Guerra Mundial un importante cambio que va desde la configuración del norte de Europa como polo de inmigración, hasta la transformación de los países mediterráneos como países receptores. En plena crisis económica y con elevadas tasas de paro, los países del sur de Europa se fueron transformando en países receptores de inmigrantes a lo largo de las décadas de los 80 y 90. Grecia, Italia, Portugal y España, de ser lugares de paso o salas de espera para la población inmigrante procedente del norte de África, se transformaron en el final del trayecto. Una serie de factores favorecieron el binomio atracción/expulsión entre los países de ambas orillas del Mediterráneo: presión demográfica, desempleo elevado, situación política, idealización de la vida en los países del norte, etc.

La realidad migratoria en el contexto español entronca con los procesos de cambio ocurridos en la década de los ochenta, en la que se inicia una nueva estructuración social, una mejora de la renta, de la formación y de las infraestructuras. Sin embargo, este progreso se simultaneó con la existencia de una economía sumergida, un paro estructural y un deficiente empleo asalariado lo que colocaba a un sector de la población en situación de precariedad. En este contexto de crecimiento económico desigual y contradictorio España invierte su flujo migratorio y, junto a un amplio número de inmigrantes social y laboralmente bien situados, empieza a surgir otro en situación de riesgo de exclusión social.

En la evolución reciente de la inmigración en España ha ido aumentando la intensidad del flujo y se han ampliando los países de procedencia. Durante el primer trimestre de 2010 había en España cerca de 5 millones de personas extranjeras con certificado de registro o permiso de residencia que procedían de más de 160 países (véase Figura 7.1). Cinco características deben destacarse en esta inmigración desde la perspectiva de la intervención comunitaria: (1) su creciente feminización; (2) la situación de irregularidad administrativa de una parte significativa del colectivo inmigrante; (3) el importante cambio demográfico y social que ha supuesto en los barrios y municipios donde se han asentado: en bastantes de ellos conviven más de 50 nacionalidades y alcanzan hasta el 30% del total de residentes; (4) la *institucionalización* de la inmigración como un hecho social, ya que se *legitima* como tal por las instancias oficiales, y se *institucionaliza* a través de políticas y programas (Cachón, 2003); y (5) con la crisis económica actual, se produce un vuelco en la consideración social de los flujos migratorios, con un incremento del paro muy superior al de la población autóctona, y con la proliferación de medidas dirigidas a favorecer el retorno de los inmigrantes a sus países de origen.

Figura 7.1. Extranjeros con certificado de registro o tarjeta de residencia en vigor según nacionalidad a 30 de marzo de 2010



Fuente: Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración.

Modelos de integración comunitaria en sociedades pluriculturales

La integración comunitaria es probablemente uno de los tópicos más utilizados en el ámbito de los procesos migratorios y el eje en torno al cual se diseñan proyectos de intervención e investigación social. Sin embargo, el concepto de integración tiene en este área un carácter polisémico y su concreción operativa es función no sólo del nivel ecológico de referencia (individual, organizacional, comunitario, etc.) sino también del posicionamiento teórico, ideológico, disciplinar, etc. de la persona que se acerca al fenómeno migratorio.

En las ciencias sociales una parte importante de las discusiones teóricas de los últimos años sobre migraciones se ha centrado en una serie de modelos sobre integración. Antes de abordar este tópico desde la perspectiva psicosocial, se describen los elementos básicos de algunos de los modelos teóricos que han sustentado las políticas públicas en países con larga tradición en la recepción de personas extranjeras. Estos modelos se centran en las relaciones culturales y étnicas entre minorías y mayorías, así como en las consecuencias (producidas o deseadas) de estas relaciones (Gualda, 2001).

Asimilación

Aunque las prácticas asimilacionistas son tan antiguas como la propia historia de las migraciones, el referente teórico del modelo deriva de la gran corriente inmigratoria hacia los Estados Unidos a principios del siglo veinte. A partir de la asunción de la homogeneidad y superioridad de las sociedades receptoras (dominantes), la *asimilación* consistiría en un proceso unidireccional de simplificación mediante el cual las minorías inmigrantes se despojan de aquello que les es distintivo (lengua, valores, normas, señas de identidad, etc.) para copiar en sus formas de vida social y cultural a la mayoría de la sociedad receptora. Se trata de un modelo de filosofía social y organización etnocultural destinado a la uniformización de grupos étnicos, cuya acción política pueden ser reflejo de unas relaciones intergrupales opresivas (Prilleltensky, 2008), a través de las cuales la sociedad autóctona defiende su estatus de privilegio.

La idea central del modelo ha sido muy criticada y la realidad ha demostrado el escaso éxito del mismo. Este fracaso se sustenta, entre otros factores, en los siguientes (Alba, 1999): (1) Es falso que las sociedades receptoras sean culturalmente homogéneas; (2) Se entiende la asimilación como un resultado natural e inevitable del contacto intercultural, cuando la realidad ha sido la consolidación de las nuevas minorías étnicas de origen foráneo; (3) La diversidad cultural es entendida como un mal o problema coyuntural de los flujos migratorios hasta que se alcanza la homogeneidad; (4) es poco ético entender el cambio social sólo como un proceso unilateral cuya responsabilidad recae en los inmigrantes; (5) la asimilación presupone como último resultado la inclusión, la igualdad de derechos sociales y la ausencia de discriminación. En países como Francia que han implementado este modelo no han desaparecido las prácticas excluyentes y discriminatorias hacia las personas asimiladas. Los conflictos ocurridos hace unos años en algunos barrios marginales de París fueron protagonizados por jóvenes franceses de origen extranjero reivindicando políticas sociales e igualdad de oportunidades.

Fusión cultural o *melting pot*

En la misma línea que la anterior, esta perspectiva intenta explicar los procesos que suceden en comunidades que se van conformando por la incorporación progresiva de poblaciones culturalmente muy distintas en valores, religión, idioma, etc. Tiene también como referente histórico más relevante las grandes migraciones hacia Estados Unidos que dieron lugar con el tiempo a una nueva sociedad cuya grandeza se sustentaba en la teórica fusión de las distintas culturas (*crisol de culturas*) que la componían.

Surgido como crítica al asimilacionismo y sin un gran desarrollo teórico, el *melting pot* presupone que como consecuencia del contacto de poblaciones distintas se conforma una nueva identidad cultural a partir de la fusión de lo que van aportando cada una de ellas. Desde este modelo tanto la cultura del emigrante como la del autóctono son percibidas desde una óptica positiva ya que ambas contribuyen a enriquecer la sociedad y participan en los procesos de integración. Para Giménez (1996) esta perspectiva es sólo una variante del asimilacionismo ya que los grupos participantes en la fusión pierden o ven radicalmente transformadas sus culturas de origen hasta que se logra la homogeneización cultural.

Entre las críticas que ha recibido la fusión cultural destacan: (1) la indefinición del término *fusión* por hacer referencia a aspectos raciales más que culturales (Kymlicka, 1996); (2) el fracaso del modelo como ideología o política, ya que responde más al mito nacional estadounidense que a un modelo claramente expuesto y sistematizado (Malgesini y Giménez, 2000); y (3) la evidencia ha demostrado que el resultado final de la fusión es más la dominación de una cultura (mayoritaria) sobre otra u otras (minoritarias/subordinadas).

Pluralismo cultural. Multiculturalismo e Interculturalismo

Este enfoque se desarrolla en los años setenta como respuesta explicativa al fracaso de los dos anteriores ya que, por una parte los grupos minoritarios pusieron resistencia a la fusión y a la asimilación y, por otra, la desigualdad social instituida dio lugar a conflictos sociales y movimientos de revitalización étnica (Gualda, 2001). Desde el punto de vista del discurso este modelo se enmarcó en una nueva corriente de pensamiento que partía de la evidencia de que las sociedades modernas son plurales (aunque no haya migraciones), e intentaba explicar el funcionamiento de las mismas.

El pluralismo cultural valora positivamente la diversidad y sostiene que es posible la convivencia en paz en sociedades compuestas por grupos o comunidades étnica, cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes. No se presupone que algún grupo pierda su cultura o identidad, y se fomenta la práctica de las tradiciones etno-culturales y las relaciones intergrupales basadas en el respeto a las diferencias y no en la similitud cultural (Malgesini y Giménez, 2000). Esta perspectiva ha tenido varios desarrollos pero los dos más importantes han sido el multiculturalismo y la interculturalidad.

El *multiculturalismo* surge como un modelo de política pública para hacer frente a las exigencias de los grupos minoritarios de la comunidad de un nuevo escenario de reconocimiento de su identidad y la acomodación de sus diferencias culturales.

Propone una organización social o proyecto político basado en el respeto a las identidades culturales en una estructura dual: un dominio público en el que se debe respetar la igualdad de todos los individuos y grupos que conviven en un mismo territorio, y un dominio privado en el que la norma principal es el respeto a la diversidad y la unicidad de cada individuo o grupo (Kymlicka, 1996).

Desde el *multiculturalismo* se defienden los derechos de los distintos grupos étnicos y se promueven algunos de los elementos de su herencia étnica, entendiendo que las manifestaciones culturales en el ámbito familiar y asociativo son compatibles con una integración social participando en las organizaciones públicas de la cultura dominante. El reconocimiento de los derechos de estos grupos se justifica en base a la necesidad que tienen de una identidad social diferenciada, una presencia social significativa (en oposición a la invisibilidad) y una valoración social positiva.

Sin embargo, esta perspectiva ha sido criticada por ofrecer sólo una visión estática de la sociedad. Por el contrario, la interculturalidad pretende reflejar toda la dinámica social de las relaciones intergrupales y realiza una propuesta de sociedad pluricultural basada en la convivencia interactiva de todos sus estilos de vida, patrones conductuales, etc. Empleada preferentemente en Europa, en esta propuesta la diversidad cultural se percibe como una ocasión para crecer en lo personal y lo social, al entender que conocer y comprender otras culturas es indispensable para comprender la propia. Por ello se favorece el diálogo entre las culturas a través del cual se cuestionan los presupuestos de todas ellas y no sólo de las minoritarias. La diferencia es reconocida como un valor enriquecedor y como un derecho de los individuos y los grupos a situarse en cada contexto social.

Perspectiva psicosocial en la integración comunitaria de personas inmigrantes

Inmigración, diversidad humana y opresión

Una de las consecuencias del incremento de los flujos migratorios en los contextos comunitarios de acogida es que personas de distinta raza, etnia, religión, etc. se ven implicadas en relaciones de interacción y convivencia cotidiana. Los resultados en este nuevo escenario pueden ser muy diversos por que, a pesar del discurso imperante sobre igualdad y solidaridad en los países receptores, se sigue percibiendo a la inmigración como una amenaza (realista y/o simbólica) hacia su estatus de privilegio, bienestar e identidad cultural. Ello condiciona las relaciones intergrupales.

les y favorece la aparición de conductas defensivas (discriminatorias y racistas) dirigidas a mantener el control y la superioridad sobre los inmigrantes.

Ya se describieron en el apartado anterior algunos de los problemas derivados de esta situación de interacción intercultural y la dificultad para afrontarlos como consecuencia de los interrogantes que subyacen en los modelos descritos: ¿Es posible conformar sociedades que compartan un sentimiento de pertenencia común y sean realmente pluralistas?, ¿Qué tipo de políticas y prácticas sociales son las más adecuadas y eficaces para preservar la diversidad humana al tiempo que promueven actitudes y valores que alientan el respeto mutuo?, o ¿Cómo crear las condiciones que garanticen una armónica interacción y una voluntad de convivir de personas y grupos con identidades culturales plurales y dinámicas? El abordar el contacto intergrupal desde la perspectiva de la diversidad humana ayudará a responder estos interrogantes y a tener una visión más comprensiva de los múltiples procesos psicosociales que sustentan el complejo fenómeno de la inmigración.

En el campo de la Psicología y de las Ciencias Sociales en general, la diversidad humana ha sido conceptualizada de formas diferentes a lo largo de la historia reciente (Trickett, Watts, y Birman, 1994). Para el propósito de este capítulo interesa centrarse en el nuevo concepto del término que surge en el marco de los movimientos por los derechos civiles en la Norteamérica de la década de los sesenta, a partir de la autocrítica de los científicos sociales que cuestionaron la relevancia social y el enfoque de sus estudios (Sarason, 1974). Una de las consecuencias de este hecho fue que las minorías se convirtieron en objeto relevante de sus investigaciones e intervenciones, y comenzaron a cuestionarse los mecanismos a través de los cuales estos grupos son privados de recursos y derechos por parte de la cultura (o grupo) dominante. El debate instaurado en las ciencias sociales en torno a este tema produjo un giro fundamental en el abordaje y comprensión de los problemas de las minorías (étnicas, culturales, religiosas, etc.).

La diversidad humana se empieza a vincular con la *acción afirmativa* que se ocupa de cuestiones de justicia social y reconoce la contribución de las diferencias culturales al conocimiento científico. La diversidad humana deja de asociarse indefectiblemente a una situación de déficit y/o inferioridad de los miembros de los grupos minoritarios para centrarse en sus fortalezas y en esa capacidad de recuperación que proporciona la experiencia de la opresión. La situación de precariedad y/o privación que padecen estos grupos (entre los se encuentran los inmigrantes) ya no se explica en base a una carencia de genes, de estilos de vida o de características de personalidad para vivir con éxito la vida social. Por el contrario, se debate sobre la relación de poder que el grupo (cultura) dominante ejerce de manera insidiosa sobre los no dominantes, privándoles de derechos y recursos.

Esta forma injusta de manifestarse la diversidad humana nos conduce al concepto de opresión desde el que se puede abordar el estudio de la inmigración en el marco de las relaciones intergrupales. Es decir, desde los procesos de dominación mediante los cuales las personas inmigrantes sufren las consecuencias de la deprivación, exclusión, discriminación, explotación, control cultural y en no pocas ocasiones violencia (Prilleltensky y Nelson, 2002). La situación opresiva, en definitiva, es fruto de una redistribución injusta y desproporcionada de poder entre los grupos sustentada en un contacto intergrupar asimétrico.

La ausencia (o precariedad) de poder de los inmigrantes se manifiesta en tres categorías básicas que han de ser referentes en toda política o programa de intervención. La primera de ellas se centra en la ausencia de poder para definir una imagen positiva de la persona inmigrante en contraposición al estereotipo negativo que las sociedades de acogida construyen como justificativo de la discriminación. En segundo lugar, la situación de opresión disminuye el poder para un acceso normalizado y en igualdad a los recursos comunitarios, tales como permiso de residencia o de trabajo, reagrupamiento familiar, espacios para el culto, uso del velo islámico (chador), prestaciones sociales, vivienda, trabajo digno, espacios públicos para las conductas de ocio, etc. La ausencia (o escasez) de estos recursos impide la satisfacción de necesidades humanas tales como subsistencia, seguridad, afecto, autonomía y desarrollo personal, entendimiento, creatividad, etc. Por último, la ausencia de voz significa falta de poder para participar en la vida pública de la comunidad donde se inserta el inmigrante y contribuir con sus propuestas al cambio social. La imposibilidad de votar en las elecciones (participación política) o la negación de representatividad ante la administración de las organizaciones de inmigrantes pueden ser ejemplos de esta situación opresiva.

Si bien la opresión se manifiesta en todos los niveles ecológicos, por lo que es preciso definir objetivos de intervención en cada uno de ellos, conviene resaltar por su importancia la que se produce en el nivel individual. Se trata de la denominada *opresión psicológica interiorizada*, que se manifiesta como la asunción por parte del inmigrante: (1) que es cierto el estereotipo negativo definido por el grupo dominante; (2) que tiene menos derechos al disfrute de los recursos comunitarios por su condición de extranjero; y (3) que no son importantes sus aportaciones (voz) en los procesos de cambio social. En estos casos la mejora del conocimiento y la *conciencia crítica* (Watts, Griffith y Abdul-Adil, 1999) sobre sus circunstancias personales y contextuales, permitirá a los inmigrantes: (1) definirse así mismos de una manera afirmativa a pesar de la opresión y de la injusta distribución de los recursos; y (2) alcanzar un conocimiento crítico acerca de la asimetría histórica, racial, política, social y cultural de la inmigración.

Algunas implicaciones de la vinculación entre diversidad humana y opresión para la intervención comunitaria con las personas inmigrantes pueden ser:

- Todos los grupos y cosmovisiones son objeto de estudio y análisis, y no solo las dominantes.
- Se valoran de manera positiva las diferencias culturales; la diversidad no sólo no constituye una amenaza, sino que es la simiente de múltiples ventajas.
- Se tiene la convicción de que realzar y promover la diversidad humana incrementa la calidad de las comunidades.

En los siguientes apartados se abordan algunos de los factores que condicionan las circunstancias de las personas inmigrantes y se proponen referentes y acciones a seguir en un proceso de liberación que conduzca de la opresión al bienestar.

La inmigración como transición ecológica

Cuando analizamos las migraciones desde la óptica de la persona que emigra, la dimensión psicosocial adquiere una gran relevancia por ser un fenómeno paradigmático del proceso psicológico de adaptación de las personas al medio dirigido a la satisfacción de sus necesidades. Este proceso comienza con la elaboración de un proyecto migratorio más o menos estructurado como alternativa a las oportunidades de vida en el contexto de origen. Por ello la inmigración es proceso de transición ecológica (Bronfenbrenner, 1986) ya que se modifica la posición de la persona que emigra como consecuencia de un cambio de escenario (sociedad de acogida) y de la ejecución de nuevos roles. Las transiciones demarcan *periodos de desequilibrio personal y/o social*, que requieren cambios y adaptación en muchas áreas vitales (familiar, social, laboral, ambiental, cultural, etc.) más profundos que los propios de la vida diaria, lo que incrementa la vulnerabilidad y, por tanto, el riesgo psicosocial.

En general, las vicisitudes por las que atraviesa el inmigrante durante la elaboración de su proyecto migratorio en el país de origen, durante el mismo viaje de transición y hasta en el propio país de destino, suelen ser muy estresantes y altamente negativas para su integridad física y mental. El inmigrante ha de ir superando estas dificultades a través de lo que algunos autores han venido en llamar *duelo migratorio*. Achotegui (2000) distingue una serie de áreas vitales en las que este duelo es más significativo: la familia y los amigos, la lengua y la cultura propia, el estatus, la tierra que se ha dejado atrás y los riesgos físicos. Ese conjunto de eventos junto con la tensión diaria que supone la necesidad de adaptarse a un entorno en muchos casos hostil, puede llegar a originar en el inmigrante lo que se ha denominado *estrés*

por choque cultural o estrés por aculturación. La forma de presentarse es muy variada, pero se pueden resaltar los siguientes componentes (Bravo, 1992) que, en su caso, ayudan a orientar la intervención comunitaria: (1) sentimiento de pérdida por desarraigo cultural y reducción significativa en su sistema de apoyo social en la sociedad de acogida; (2) incremento de la tensión psicobiológica como consecuencia del esfuerzo de adaptación; (3) sentimiento de pérdida de identidad y confusión de roles, tanto relacionado consigo mismo como a nivel de expectativas; (4) percepción de rechazo por parte de la población de acogida; y (5) impredecibilidad del entorno con sentimientos de impotencia al no poder manejarse de forma efectiva por falta de competencias.

Cuando estas circunstancias adversas se perpetúan en el tiempo puede aparecer el Síndrome de Ulises o *síndrome del estrés crónico del inmigrante* (Achotegui, 2000). Pero no es este síndrome la única posible consecuencia negativa de este incremento de vulnerabilidad asociado al proceso migratorio, sino que el mantenimiento de las adversas circunstancias antes referidas puede desembocar en otros tipos de problemas como depresión, abuso de alcohol y otras sustancias, prostitución, etc.

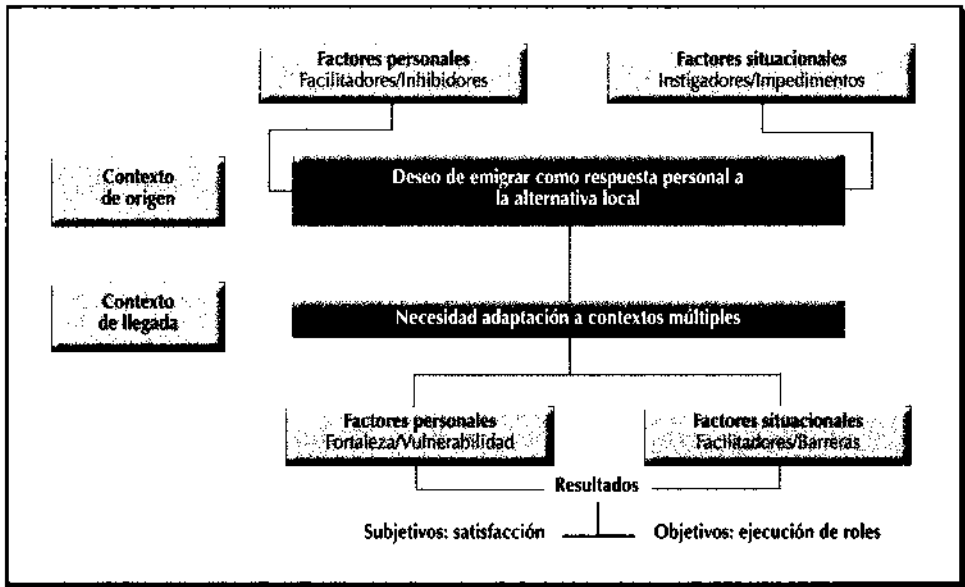
Los párrafos anteriores no deben conducir a la formación de una idea negativa y pesimista sobre la persona inmigrante que sufre de forma pasiva ese cúmulo de circunstancias negativas. Por el contrario, desde la perspectiva de la diversidad y la opresión, se destacan este colectivo una serie de fortalezas tales como alta motivación por el control, autoeficacia, afán emprendedor, orientación al trabajo, motivación de logro y poder, etc. (Boneva y Frieze, 2001). Este es el enfoque que adopta la Psicología Comunitaria en el abordaje de los problemas sociales, centrándose más en los recursos de las personas en desventajas y de los contextos que en sus debilidades. Por ello, las estrategias interventivas desde esta disciplina se orientan a optimizar las fortalezas de los inmigrantes para que adquieran una *conciencia crítica* sobre sus circunstancias, logren habilidades de afrontamiento activo y recuperen el control sobre sus vidas (empoderamiento). Todo ello posibilitará una transición ecológica que conduzca a resultados mejora de calidad de vida, crecimiento personal y bienestar psicológico.

Desde esta perspectiva individual, la integración de los nuevos residentes se refiere al *proceso de incorporación* a las estructuras sociales existentes en el contexto de inmigración, y a la calidad de esa unión en cuanto a las condiciones socio-económicas, legales, culturales, etc. Como *resultado*, la integración expresa la posibilidad de que los individuos puedan desarrollar sus vidas plenamente, definir metas y diseñar estrategias para alcanzarlas en un contexto comunitario. Tiene, además un carácter multidimensional por lo que la integración puede materializarse de

manera diferencial en las distintas áreas o ámbitos de la vida (cultural, laboral, familiar, comunitaria, de ocio, etc.). Cada ámbito de integración tiene su propio *timing*, actuando algunos de ellos (por ejemplo los ámbitos legal y laboral) como prerrequisitos o facilitadores de los demás.

En resumen, el resultado neto del proceso integrador de las personas inmigrantes depende de múltiples factores (Scott y Scott, 1989); unos se sitúan en el propio individuo (edad, nivel de salud, formación, habilidades sociales, etc.), otros son situacionales (mercado de trabajo, legislación, prejuicios, accesibilidad a los servicios, etc.), pero todos ellos están en constante interacción (véase Figura 7.2). Teniendo en cuenta que las personas inmigrantes constituyen un grupo en desventaja social (minoritario/no dominante), son necesarias políticas migratorias efectivas (proyectos y programas) que incidan en los factores del modelo al objeto de prevenir resultados negativos en los ajustes psicológico y comunitario. Además, desde un planteamiento holístico la Comisión Europea viene planteando la necesidad de tener en cuenta en la intervención comunitaria no sólo los aspectos económico y social de la integración, sino también cuestiones relativas a la diversidad cultural y la asignación de un estatus de ciudadanía y de derechos políticos, la participación en la toma de decisiones, etc. (Comisión Europea, 2003).

Figura 7.2. Determinantes de la adaptación en los procesos migratorios



Fuente: Adaptado de Scott y Scott (1989).

Los procesos de aculturación desde la perspectiva del inmigrante

En octubre de 2002 una familia musulmana envía a su hija Fátima al colegio concertado de las Madres Concepcionistas de San Lorenzo del Escorial. La niña cubre su cabeza con el chador y, de acuerdo con las normas del colegio, las monjas le dicen que se lo tiene que quitar. El padre exige su derecho tanto a la educación como a practicar sus costumbres. Pasados unos años (septiembre de 2007), Shaima de 9 años de edad estuvo un tiempo sin asistir a una escuela pública porque, según el reglamento del centro, no podía llevar el pañuelo en la cabeza. Estos dos sucesos hacen referencia a uno de los aspectos más relevantes de la incorporación de las personas inmigrantes al nuevo contexto comunitario que tiene un gran potencial para generar conflictos interpersonales, intergrupales e institucionales: el *proceso de aculturación*.

La aculturación ha sido definida como aquellos cambios que se producen en los grupos humanos con diferentes culturas cuando entran en contacto. Ya se ha señalado que las sociedades humanas tienden a estructurarse como sistemas basados en jerarquías (Pratto, Sidanius, Stallworth y Malle, 1994) donde uno de los grupos se constituye como dominante con una cuota desproporcionada de poder en relación a los demás. En el ámbito de las migraciones, y para mantener el *statu quo* de privilegio, la sociedad de acogida responsabiliza a los inmigrantes (y en muchos casos les obliga) de los cambios (en valores, costumbres, etc.) que son necesarios como consecuencia del contacto. Esta situación asimétrica respecto del poder explica los ejemplos relatados al comienzo del apartado, en los que se justificaba la opresión (prohibición del uso del velo) porque se atentaba contra el *statu quo* representado por las normas de los centros. Conviene recordar que la discriminación (indirecta) justificada en base a la trasgresión de ciertas normas es una característica propia del prejuicio sutil (Pettigrew y Meertens, 1995).

Desde la perspectiva de los inmigrantes Berry (1997) propone un modelo para explicar estos procesos de cambio. Defiende que estas personas deben tomar dos decisiones importantes cuando se asientan en el nuevo contexto comunitario y que determinarán su estrategia de aculturación: (1) decidir si su propia cultura (idioma, valores, costumbres, etc.) es un valor a mantener 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: integración, asimilación, separación y marginación (véase Tabla 7.1). Algunos estudios (Navas, Pumares, Rojas, Fernández, Sánchez y García, 2002; Basabe, Páez, Aierdi y Jiménez, 2009) han constatado una relación significativa entre el tipo de estrategia elegida por el inmigrante y el estrés por choque cultural, de tal forma que los valores mínimos de estrés se asociaron a la integración, los más altos a la separación y marginación, y los intermedios con la asimilación.

Tabla 7.1. Estrategias de aculturación en grupos etnoculturales

Ámbitos: religioso, familia, ocio, laboral, económico,...		Mantenimiento de la identidad y costumbres propias	
		Si	No
Mantenimiento de relaciones con los miembros de la sociedad receptora	Si	Integración	Asimilación
	No	Separación	Marginación

Este modelo ha sido ampliado y mejorado por Navas y cols. (2002) al diferenciar las estrategias de aculturación en diversos ámbitos de la vida: unos más centrales (educación de los hijos, religión, etc.) y problemáticos cuando se trata de cambiar valores, conductas, etc., y otros más periféricos (prácticas laborales, ocio, etc.) que no generan tantas resistencias de adaptación al cambio aculturativo. Los resultados de sus estudios constatan que los inmigrantes eligen distintas estrategias de aculturación dependiendo del ámbito de la vida de que se trate. Así, por ejemplo, los magrebíes prefieren la *separación* para la mayoría de las áreas vitales –sobre todo las vinculadas a lo más central de su identidad cultural– y la *integración* y/o *asimilación* para el resto. Estos resultados apoyan el modelo de adaptación de poblaciones en riesgo psicosocial: en la sociedad receptora las barreras y los facilitadores son distintos en cada ámbito de la vida de los inmigrantes, por lo que una adaptación positiva requiere de los sujetos estrategias de afrontamiento diferenciadas para cada uno de ellos.

Referentes psicosociales en la intervención comunitaria con inmigrantes

Necesidades de las personas inmigrantes y la prestación de servicios comunitarios

Si se tiene como referencia la intervención comunitaria, el estrés asociado al proceso migratorio se relaciona básicamente con dos tipos de fenómenos: las demandas ambientales que ponen al individuo en situaciones problemáticas o en contextos donde las expectativas conductuales no son claras, y la carencia o escasez (opresiva) de recursos psicológicos y sociales para responder a dichas demandas. Una adecuada planificación de la intervención debe incidir sobre el contexto comunitario para que proporcione a los inmigrantes los recursos materiales, personales y sociales que posibiliten la satisfacción de sus necesidades vinculadas tanto a un ajuste psicológico positivo como al proyecto migratorio.

No son muchas las investigaciones enfocadas al diagnóstico de las necesidades específicas de este sector de la población. En el marco de la Iniciativa Europea EQUAL-Arena (Martínez y Martínez, 2007) se analizaron las principales necesidades, expresadas como demandas, de los inmigrantes usuarios de *servicios de recepción y de orientación laboral* que se crearon *ad hoc* en nueve municipios andaluces (de Almería, Huelva y Cádiz) con importante presencia de este colectivo (véase Tabla 7.2). En general, la mayoría de las demandas se corresponden con aquellos recursos que satisfacen las necesidades de supervivencia y seguridad, así como los vinculados al proyecto migratorio. Estos resultados son concordantes con otros trabajos similares como los de Paterna (1994) con inmigrantes residentes en Murcia o Martínez, García, Maya, Becerra y Checa (1996) en una muestra de 600 inmigrantes africanos residentes en Andalucía.

Tabla 7.2. Principales demandas realizadas por los inmigrantes

Servicio de Recepción	Servicio de Orientación Laboral
1. Vivienda	1. Empleo
2. Documentación	2. Información prestaciones de Seguridad Social
3. Información jurídica	3. Información sobre las prestaciones INEM
4. Alimentación	4. Información sobre homologación de títulos y convalidación
5. Prestaciones sociales	5. Mediación laboral
6. Plazas en el Sistema educativo	6. Información sobre cursos de formación
7. Mediación en conflictos	7. Elaboración currículum profesional
8. Clases de lengua y cultura	8. Información sobre creación empresas
9. Guardería	9. Información funcionamiento del INEM/SAE
10. Billetes de autobús /viajes	10. Acompañamiento
11. Interpretación, traducciones	11. Información sobre el canje del permiso de conducir
12. Otras	12. Otras

En general, la mayoría de las necesidades expresadas por los miembros de los grupos en desventaja son atendidas desde la administración pública en el nivel primario de atención: servicios educativo, sanitario y fundamentalmente servicios sociales. El importante ritmo de crecimiento de la inmigración en España durante las décadas de los ochenta y noventa sorprendió a estos servicios sin los recursos ni la preparación necesaria para suministrar una atención de calidad a los nuevos ciudadanos. Durante este período se implantaron en muchos barrios y municipios españoles servicios de mediación intercultural (con distintos formatos y profesionales) que se ubicaron fundamentalmente en la red pública de servicios sociales comunitarios. En ellos se atendió, de forma más voluntarista que profesional y planificada, la demanda de una población cada vez más numerosa a través de la figura del mediador intercultural, inmigrantes contratados para tal fin y, en muchos casos, sin la formación necesaria. A modo de ejemplo, en la Tabla 7.3 se recogen las prin-

cipales actuaciones realizadas por los mediadores interculturales de los servicios de recepción y orientación laboral en los nueve municipios vinculados al Proyecto EQUAL-Arena antes referenciado.

Tabla 7.3. Actuaciones realizadas desde los servicios comunitarios

Servicio de Recepción	Servicio de Orientación laboral
1. Acompañamiento	1. Derivación a recursos socio-laborales
2. Pasaporte/Permiso de Residencia/ de Trabajo	2. Información sobre el mercado laboral
3. Empadronamiento	3. Acompañamiento a entidades públicas y privadas
4. Renovación documentos	4. Mediación empresarios, sindicatos y administración
5. Información Cursos Lengua y Cultura	5. Asesoramiento laboral y de la Seguridad Social
6. Cartilla de Atención Sanitaria	6. Elaboración de curriculum profesional
7. Información sobre normativas	7. Interpretación/traducción lingüística
8. Traducción/Interpretación	8. Contacto con empresas para empleo
9. Vivienda: alquiler oferta pública etc.	9. Contacto con trabajadores para empleo
10. Recursos colectivos públicos (piso acogida etc.)	10. Elaboración de un plan personal para empleo
11. Informes de vivienda	11. Gestión de documentos
12. Información Asociaciones/ONGs	12. Autoempleo proyectos empresariales
13. Información Servicios Educativos y Culturales	13. Información INEM desempleo etc.
14. Información Servicios para Mujeres	14. Itinerarios de empleo
15. Información Servicios Sanitarios	15. Coordinación otras entidades
16. Información Servicios Sociales	16. Otras
17. Otras	

Sin duda, en una primera etapa esos servicios específicos sirvieron para atender una demanda creciente por parte de la población inmigrante que había desbordado los servicios sociales comunitarios. Sin embargo, el crear circuitos paralelos de atención para colectivos específicos dentro de un sistema público no es el mejor modelo a seguir cuando se adopta una perspectiva integradora, de igualdad y no estigmatizante. Por ello, y conforme se fueron incorporando nuevos recursos a estos servicios y se mejoró la preparación de sus profesionales, se fue implantando (en los servicios sociales comunitarios, sobre todo, y con mucha variabilidad dentro del territorio español) un nuevo *modelo de atención normalizada a las personas inmigrantes*.

De acuerdo con el modelo, la *atención normalizada* es el proceso por el que una determinada política tiende a desplegar servicios, prestaciones y recursos tomando en especial consideración los elementos comunes que existen entre personas, grupos o colectivos, y desarrollar estrategias que permitan la integración de las personas y el acceso a los recursos y servicios sin que las diferencias (origen nacional, sexo, religión, etc.) sean un obstáculo. En consecuencia se fueron suprimiendo los servicios específicos y las personas inmigrantes se atendieron con los mismos técnicos y protocolos que la población general. Pasados unos años se evaluaron en Andalucía los puntos fuertes y las estrategias a seguir para la mejora de este modelo (véase Tabla 7.4). Se

realizaron 8 Talleres (uno por provincia) en el que participaron 132 profesionales de los servicios comunitarios de cerca de 100 municipios andaluces (Martínez, 2008).

Tabla 7.4. Modelo de atención normalizada personas inmigrantes

Contactos	Estrategias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se garantiza el Principio de Igualdad de acceso a la prestación de los Servicios Sociales al igual que al resto de la población. 2. Favorece la integración social de las personas inmigrantes en el contexto comunitarios través de la satisfacción de necesidades y de un contacto más positivo con la población autóctona. 3. Aumenta la eficacia y eficiencia del sistema de prestación de servicios, ya que optimiza los recursos, evita la duplicidad de los mismos y favorece la coordinación entre los distintos niveles (transversales y verticales) de la pirámide asistencial. 4. Mejora los procesos de planificación de la intervención comunitaria. 5. Refuerza el sistema y estructura de los Servicios Sociales Comunitarios. 6. Favorece la participación de las personas inmigrantes en la vida comunitaria, promoviendo y/o consolidando las redes de apoyo social. 7. Posibilita la unificación de criterios de actuación. 8. Permite un mejor diagnóstico de situación y por tanto la detección de necesidades. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar los recursos humanos, materiales y organizativos. 2. Incorporar de asesores jurídicos y especialistas en mediación social y comunitaria. 3. Formación continua de los técnicos de los Servicios Sociales Comunitarios en diversidad humana, mediación comunitaria, metodología de la intervención social, evaluación de necesidades, etc. 4. Diseñar actividades culturalmente competentes para mejorar el conocimiento de la población inmigrante sobre los servicios comunitarios. 5. Fomentar la participación de las personas inmigrantes en el diseño, implementación y evaluación de los programas y actividades comunitarias. 6. Generar procesos que conduzcan a un mayor desarrollo y adaptación de la legislación y las políticas sociales a las necesidades de la población inmigrante.

Si bien el modelo de atención normalizada parece más adecuado e integrador que la atención a través de vías específicas, todavía los servicios comunitarios (sanitarios, sociales, educativos, etc.) presentan déficits relacionados tanto con la adecuación de la prestación misma como con su grado de accesibilidad. Estos déficits se habían vinculado de forma opresiva a las peculiares características de los miembros de los grupos minoritarios: escaso dominio del idioma, falta de hábitos adecuados de uso, búsqueda de otros recursos alternativos dentro de la comunidad étnica (sanadores, curanderos, entre otros), etc. Sin embargo, desde el enfoque ecológico-cultural y la teoría de la opresión se explican estos problemas poniendo especial énfasis en las características organizacionales deficitarias de los propios servicios (Martínez, Martínez y Calzado, 2006): (1) falta de un ideario comprometido con la diversidad; (2) condiciones de desigualdad de poder en la relación profesional-usuario; (3) prácticas administrativas y atencionales no adecuadas a todo el rango que la diversidad humana implica; (4) profesionales escasamente concienciados o preparados para atender a los nuevos usuarios que configuran la realidad demográfica en la sociedad actual, etc.

Dado que la mayoría de los miembros de esos nuevos grupos minoritarios son subsidiarios de ayuda por su mayor vulnerabilidad, el desarrollo de intervenciones sensibles a la diversidad humana se ha convertido en uno de los principales retos a los que tienen que enfrentarse los servicios públicos y los profesionales de la intervención social en general. Aunque no exento de polémica, uno de los constructos que ha tenido una mayor difusión y que se está demostrando útil en la mejora de la prestación de servicios y la intervención social, es el de *competencia cultural* que se desarrollará en el siguiente apartado.

La competencia cultural como objetivo de la intervención comunitaria en inmigración

La conceptualización e investigación sobre aculturación ha estado centrada en los últimos años casi exclusivamente en el nivel individual y, como se ha visto más atrás, referida a los miembros de los grupos no dominantes. Pero si se adopta una perspectiva ecológica y más actual, en la aculturación hay que considerar, además, los procesos de cambio que operan en el contexto social, tanto a nivel político, institucional, comunitario, etc. (Tseng y Yoshikawa, 2008). Y es que, en mayor o menor medida, las sociedades de acogida cambian necesariamente como consecuencia de la llegada de los nuevos ciudadanos a los distintos contextos sociales (barrio, escuela, trabajo, centro de salud, etc.).

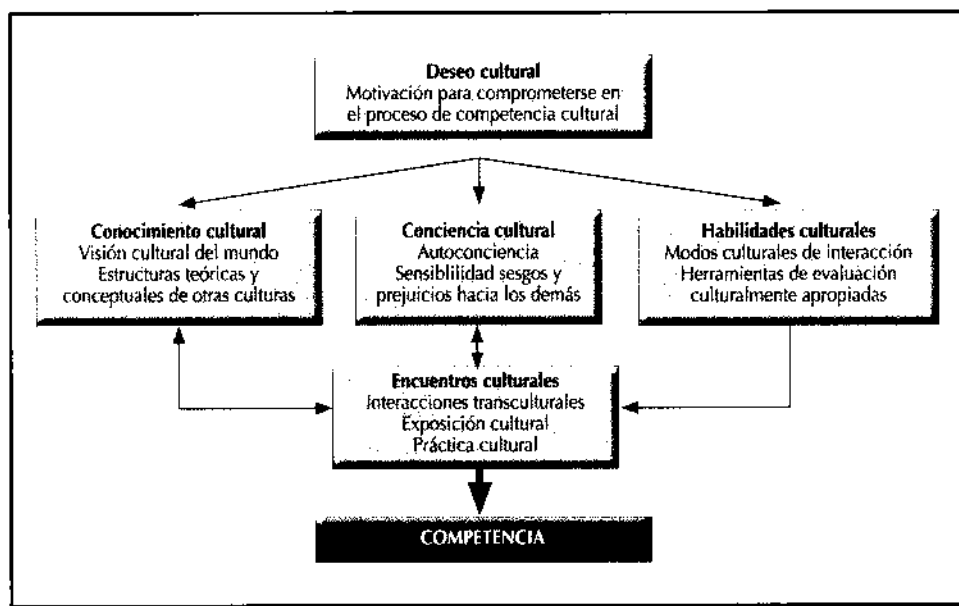
Una gestión enriquecedora, igualitaria y efectiva del contacto intercultural requiere que los cambios aculturativos en las comunidades de acogida se programen y planifiquen en los distintos niveles ecológicos. En este sentido, la *competencia cultural* se ha convertido en un referente de políticas, programas y proyectos comunitarios dirigidos a promover cambios positivos en los miembros e instituciones de las comunidades de acogida en relación a la inmigración. Se puede definir *competencia cultural* como el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas (y en su caso políticas y programas) que confluyen en una persona (institución o sistema) que le capacitan para trabajar (convivir en el caso de personas, ser implementado en el caso de programas y políticas, etc.) con eficacia en contextos interculturales (Martínez y cols., 2006). Por tanto, la *competencia cultural* puede estar referida a ciudadanos, profesionales de los servicios, políticos, a un barrio, centro de salud o de servicios sociales, o al sistema jurídico, educativo, etc.

La *competencia cultural* es tanto un *resultado* como un *proceso* de desarrollo de capacidad, pero no sigue un modelo lineal y suele tener distintos patrones de logro para cada uno de los rangos en que se manifiesta la diversidad humana. De esta forma, hay personas, instituciones, servicios, centros, etc. que alcanzan una alta competencia cultural en relación a la perspectiva de género, por ejemplo, y se mantienen no competentes en otros ámbitos: étnico, origen nacional, orientación sexual, religioso, etc.

Como constructo multidimensional (Campinha-Bacote, 1998) se han definido una serie de componentes operativos (véase Figura 7.3) que sirven de referencia en programas, por ejemplo, dirigidos a los profesionales de la intervención comunitaria:

- a) *Deseo cultural*, o grado de motivación del profesional para comprometerse en mejorar su preparación en el trabajo con inmigrantes.
- b) *Conciencia de las propias creencias, actitudes y prejuicios sobre la inmigración y las personas inmigrantes, y reconocimiento de que ello puede tener una influencia negativa sobre su práctica profesional.*
- c) *Conocimiento* acerca de las características más significativas de los diversos grupos de inmigrantes que conviven en el espacio comunitario: información sobre culturas, cosmovisiones, experiencias, patrimonio, historia, estructura familiar, valores, creencias, etc. (véase Tabla 7.5).
- d) *Habilidades* para trabajar con inmigrantes, es decir ejecución de prácticas profesionales culturalmente ajustadas tales como el uso apropiado del lenguaje, protocolos, forma de desarrollar la entrevista, datos a obtener del usuario, diseño cultural del programa de intervención, etc.
- e) *Encuentros culturales efectivos* como proceso que estimula al profesional a comprometerse directamente en interacciones con personas inmigrantes.

Figura 7.3. Dimensiones de la competencia cultural (Campinha-Bacote, 1998)



Un ejemplo de promoción de la competencia cultural (cambios aculturativos) a través de la formación en valores, actitudes, contenidos y habilidades de los profesionales que atienden a las personas inmigrantes en Andalucía es el Proyecto FOR-INTER (incluido en el II Plan Integral para la Inmigración en Andalucía y financiado por el Fondo Social Europeo). Su diseño e implementación corresponde a una coalición comunitaria constituida *ad hoc* (Administración pública andaluza y Universidad), en la que participan también asociaciones vinculadas a la inmigración. Las metas del Proyecto son el diseño, ejecución y evaluación de un Plan de Formación en materia intercultural en profesionales de las Administraciones Públicas Andaluzas. A lo largo de los 5 años de ejecución está cubriendo sus objetivos de formación en más de 2000 profesionales en temas como interculturalidad, migraciones, gestión de la diversidad humana, prejuicios y relaciones intergrupales, competencia cultural, atención a la población inmigrante, etc. El impacto que se espera alcanzar es el inicio de un proceso político y técnico que implique nuevas maneras de pensar y enfocar las políticas, los modos organizativos y la forma de trabajar, basado en la incorporación transversal de la perspectiva de la diversidad humana.

En el nivel de las organizaciones públicas que prestan servicios comunitarios (Tabla 7.5), la *competencia cultural* no sólo implica a sus profesionales, sino a la misma organización (escuela, centro de servicios sociales, centro de salud, etc.) en un proceso de apertura intercultural. Los referentes del cambio aculturativo son: (1) valoración de la diversidad, es decir las distintas formas en que sus usuarios definen salud, bienestar, educación, etc.; (2) tener la capacidad de autoevaluarse culturalmente; (3) ser consciente de la dinámica inherente a la interacción entre las culturas; (4) contar con conocimientos culturales institucionalizados; y (5) haber adaptado la prestación de los servicios para que refleje una comprensión del pluralismo cultural. El Proyecto *Migrant-Friendly Hospitals* (MFH, 2004) es un buen ejemplo de programa para mejorar la competencia cultural y está basado en la declaración europea sobre hospitales amigos de los inmigrantes: valorar la diversidad, aceptar en igualdad a las personas con independencia de su origen, e identificar sus necesidades desarrollando servicios adaptados a las mismas. En el primer subproyecto se pretende mejorar la interpretación en la comunicación clínica, en el segundo formar a madres inmigrantes en el cuidado de los hijos, y en el tercero proporcionar competencias y habilidades al personal para manejar los encuentros interculturales.

En el nivel comunitario la competencia cultural se sustenta igualmente en una efectiva valoración de la diversidad humana desde la que se promueva una convivencia pacífica y creativa entre los distintos grupos sociales que conforman un determinado territorio (barrio, pueblo, comunidad de vecinos, etc.). Valorar la diversidad significa que los miembros de la comunidad conocen los beneficios de sus diferencias y similitudes, y trabajan intencionadamente por construir relaciones sostenibles entre personas e instituciones de diversa pertenencia (Tabla 7.5).

Tabla 7.5. Ejemplos de referentes interventivos para la adquisición de competencia cultural en relación con la inmigración

<p>Nivel individual: profesionales <i>Contenidos formativos sobre las características de los grupos de inmigrantes</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Características generales de los colectivos de inmigrantes: latinoamericanos, subsaharianos, etc.- Creencias sobre la salud, el bienestar y las necesidades sociales.- Patrones de conducta de búsqueda de ayuda y utilización de servicios.- Tópicos sobre familia, infancia y tercera edad.- Elementos clave para una comunicación eficaz: (forma de presentarse, utilización del lenguaje no verbal, proxemia, giros lingüísticos significativos, etc.- Principales necesidades sociales, de bienestar y salud.
<p>Nivel organizacional: centros de servicios comunitarios <i>Acciones a definir en un plan estratégico sobre competencia cultural</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Comprometer al mayor número de sus miembros en un plan de mejora de la atención a personas inmigrantes.- Declarar la intención de trabajar por mejorar la competencia de sus servicios en relación a las personas inmigrantes y la diversidad cultural.- Incorporar esa declaración en un manifiesto concreto y/o en la misión o ideario del centro.- Realizar una autoevaluación inicial que le permita definir, para un tiempo dado, objetivos, acciones y recursos que comprometerá en todos los niveles de la organización para lograr aquella mejora.- Diseñar un plan de evaluación que valore los objetivos alcanzados y oriente la planificación de nuevas acciones para el siguiente período.
<p>Nivel comunitario: Coalición comunitaria <i>Estrategias para adquirir competencia cultural a través de trabajo cooperativo</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Los grupos implicados (inmigrantes y población de acogida) deben identificar un problema común y ponerse a trabajar cooperativa y democráticamente, definiendo metas y estrategias para alcanzarlas.- Todos los grupos deben estar representados en idénticas condiciones de poder, respeto e importancia.- Diseñar actividades que posibilite a los miembros de la coalición a conocerse como individuos.- Diseñar actividades interactivas que sus integrantes identifiquen lo que tienen en común y reconozcan y valoren los elementos positivos de los otros grupos: cultura, lenguaje, etc.- Los conflictos deben ser identificados, respetados y gestionados de tal forma que mejoren las relaciones intergrupales.- Se deben celebrar las actividades realizadas conjuntamente que culminen con éxito, ya que no sólo mejoran las comunidades en las que viven los grupos, sino también fortalecen sus relaciones.- Debe contarse con el apoyo institucional (organizaciones, administración local, etc.).- La coalición debe operar en múltiples niveles: individual, relacional e institucional y comunitario.

Una comunidad que valora la diversidad asegura que sus instituciones proveen igual tratamiento y acceso a recursos y decisiones a todos sus miembros sin tener en cuenta la etnia, origen nacional, creencias religiosas, etc. Algunos referentes interventivos pueden ser: (1) campañas de información y sensibilización (véase Figura 7.4) en la lucha contra el prejuicio (manifiesto y sutil), la amenaza percibida y las actitudes negativas hacia la inmigración, los inmigrantes y las políticas migratorias; y (2) la participación comunitaria de las personas inmigrantes en estructuras cooperativas con los miembros de la comunidad de acogida (coalición comunitaria) es una estra-

tegia de elección para lograr la competencia cultural en un municipio, un barrio, etc.; permite contactos duraderos, simétricos, con apoyo institucional y posibilita descubrir las similitudes grupales y valorar las diferencias. En la Tabla 5 se describen algunas estrategias recomendadas por la American Psychological Association (APA, 2002), para mejorar las relaciones intergrupales, la valoración de la diversidad humana y la competencia cultural comunitaria.

Creando contextos comunitarios de apoyo social

Entre las fortalezas que favorecen en el inmigrante el logro de resultados positivos de realización (ejecución de roles) y bienestar, se encuentra el conjunto de vínculos sociales que conforman su sistema de apoyo (Martínez, García y Maya, 2002). El apoyo social es considerado un proceso complejo y dinámico, que evoluciona y se modifica a partir de las transacciones que tienen lugar entre el individuo y su red social, en un intento de responder a las demandas que el contexto comunitario de acogida plantea (para un análisis más detallado sobre esta cuestión consúltese el Capítulo 4 sobre apoyo social e intervención social y comunitaria).

En la población inmigrante el *sistema de apoyo social* lo configuran aquellos vínculos personales –del país de origen o de la sociedad receptora– a los que acuden rutinariamente para obtener sanción a sus proyectos y/o ayuda para la satisfacción de sus necesidades. Numerosos estudios han constatado efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar derivados de las relaciones sociales, y que una reducción significativa de éstas (y del apoyo social que posibilitan) incrementa la vulnerabilidad de las personas (Stroebe y Stroebe, 1996). Este es el caso de la inmigración, ya que se reduce el número de vínculos como consecuencia del cambio de contexto (Martínez y cols., 2002) y la reconstrucción de un sistema de apoyo suficiente se convierte en objetivo prioritario de intervención.

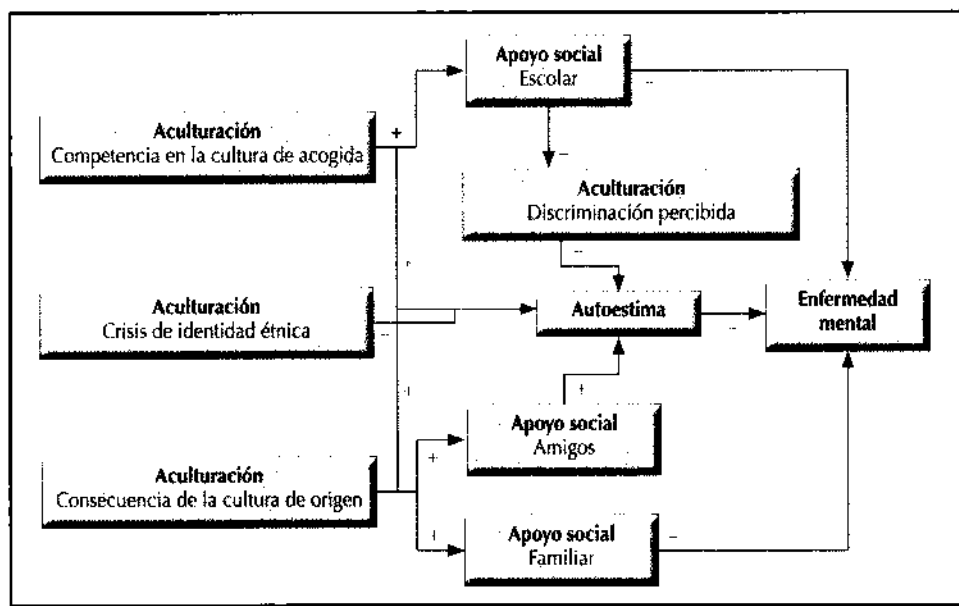
El apoyo social es especialmente crítico en el proceso migratorio porque: (1) contribuye a la decisión de emigrar; (2) proporciona un marco de referencia para evaluar la nueva realidad, lo que incrementa la sensación de predictibilidad, estabilidad y control del nuevo medio; (3) mejora el acceso a los recursos formales y ayuda a la satisfacción de necesidades; (4) participa en el la configuración de una nueva identidad positiva; (5) potencia la participación social; (6) promueve sentido de comunidad; (7) mejora los procesos de aculturación; y (8) favorece la ocurrencia de eventos positivos. Todo ello contribuye al bienestar individual, relacional y/o colectivo del inmigrante como se pone de manifiesto, a modo de ejemplos, en los siguientes ejemplos.

En dos estudios sobre la salud mental en inmigrantes usuarios de los servicios sociales comunitarios de Marbella (Martínez y cols., 2001) y Sevilla (Martínez, Cal-

zado, Martínez, 2009) se encontró un efecto amortiguador del apoyo social sobre las consecuencias negativas (depresión) del estrés por aculturación. En concreto, los inmigrantes con altos niveles de estrés aculturativo y con un apoyo social insuficiente, obtuvieron puntuaciones elevadas en la escala de depresión. Por el contrario, alto estrés aculturativo y sistema de apoyo social suficiente se vinculaba con puntuaciones bajas en sintomatología depresiva. Lo que indica el papel positivo del apoyo social en el afrontamiento de los sucesos vitales estresantes durante el proceso migratorio.

En el marco de los procesos de aculturación y de crisis personal que sufren los inmigrantes ante la necesidad de redefinir una nueva identidad social, Oppedal y Lackand (2004) realizaron un estudio longitudinal con adolescentes inmigrantes en Noruega. Analizaron el papel que juegan en la salud mental factores como la aculturación, el apoyo social, la autoestima y la discriminación percibida (véase Figura 7.5). Se constató la importancia de adquirir competencias culturales para desenvolverse tanto en el nuevo contexto de acogida como en el propio contexto étnico. Estos dos tipos de competencias facilitaron, respectivamente, la obtención de apoyo social en la escuela, en su familia y en sus amigos compatriotas. A su vez el apoyo recibido en ambos contextos se relacionó con resultados positivos de salud mental a través de la mejora de la autoestima.

Figura 7.5. Aculturación, apoyo social y autoestima y su relación con la salud mental (Oppedal y Lackand, 2004)



Una de las características del sistema de apoyo social es la relación específica que se establece entre una necesidad particular y el tipo de vínculo social que contribuye a su satisfacción. Los llamados vínculos fuertes (pareja, padres, amigos íntimos) juegan un importante papel en el logro de apoyo emocional y son decisivos en los primeros momentos del reasentamiento. Por su parte, se ha constatado (Graanovetter, 1983) que los vínculos o lazos débiles (amigos, miembros de la sociedad de acogida, conocidos, etc.) son una potente fuerza de capital social en el ámbito laboral, ya que proporciona oportunidades de empleo, establece las bases para una mutua confianza y cooperación laboral, facilita la formación de empresas con otros inmigrantes, posibilita el cambio y la mejora laboral, etc.

Todos estos hechos ponen de relieve la importancia de los vínculos sociales informales en la inmigración, por lo que debe ser un referente de primer orden en los programas de intervención comunitaria. Estos programas basados en el apoyo social pueden definirse como los esfuerzos por optimizar los recursos psicosociales que los individuos proveen o reciben en el contexto de sus relaciones con los grupos primarios. Se caracterizan por su mayor accesibilidad, validez y aceptación cultural, porque promueven la solidaridad, el desarrollo comunitario y la participación social, y porque favorece la autorresponsabilidad, autoconfianza y la competencia individual y colectiva. Algunas de las actividades que se pueden incluir en estos programas dirigidos a la población inmigrantes pueden ser:

- a. *Nivel individual*: (1) habilidades sociales para adquirir competencias culturalmente adaptadas al contexto comunitario de acogida en los procesos de dar y recibir apoyo; (2) cambio de actitudes para disminuir la resistencia en la recepción de apoyo formal e informal; (3) técnicas de búsqueda de apoyo informal en el afrontamiento del estrés por choque cultural, etc.
- b. *Nivel diádico*: un miembro o grupo de la red social, o ajeno a ella (voluntario mentor, etc.), proporciona previo entrenamiento, apoyo (instrumental, material y/o emocional) al sujeto focal. Por ejemplo, al ingresar en la escuela un chico inmigrante se asocia con un compañero autóctono que hace las veces de mentor; en el barrio se correspondería con un programa de familias (autóctonas) que ayudan a familias (inmigrantes), etc.
- c. *Nivel grupal*: se constituyen como los sistema de apoyo más robustos y duraderos, optimizando la red actual, mejorando la multidimensionalidad de los vínculos (proveer más de un tipo de apoyo) o creando nuevos vínculos. Las asociaciones de mujeres inmigrantes, o los grupos de autoayuda en general son buenos ejemplos de este nivel interventivo.

- d. **Nivel organizacional:** Supone la modificación de contextos específicos (sanitarios, educativos, laborales, etc.) para que se conviertan en escenarios proveedores de apoyo: incorporación de mediadores comunitarios (interculturales) en los centros públicos, creación de servicios de acompañamiento, de proximidad (guarderías, por ejemplo) para que las madres inmigrantes puedan acudir a los cursos de formación, presencia de materiales formativos y de difusión en distintos idiomas, el servicio de traducción telefónica, etc.
- e. **Nivel comunitario:** Destinados a incrementar el empoderamiento comunitario a través de la mejora de la oferta y el uso de las fuentes informales y formales de apoyo. Algunos ejemplos pueden ser: programa de apoyo a madres inmigrantes y sus familias, escuelas de padres y madres inmigrantes, campañas específicas e inespecíficas de información sobre recursos comunitarios, programa de apoyo para la prevención del sida en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución, etc.

Empoderamiento y participación comunitaria en la intervención con inmigrantes

Los procesos y resultados de empoderamiento

Ya se ha indicado que la intervención comunitaria trabaja en los contextos opresivos adoptando la perspectiva de la diversidad al objeto de mejorar las fortalezas de los contextos y de los grupos en desventaja. Por ello, el empoderamiento se ha convertido en un tópico de primer orden en muchos programas dirigidos a las personas inmigrantes.

El empoderamiento, tal y como hemos visto en el Capítulo 2 de este manual, es un proceso específico y contextual de fortalecimiento por el que las personas, organizaciones o comunidades ganan en el dominio del medio que les rodea y les conduce a resultados de satisfacción y realización (Rappaport, 1987). En las personas inmigrantes posibilita el logro de: (1) control y protagonismo sobre sus vidas, lo que les permite planificar su futuro en el nuevo entorno comunitario; (2) un conocimiento crítico de dicho entorno que conduce a evaluaciones más ajustadas y positivas de su situación; y (3) conductas participativas en la vida de sus comunidades implicándose en la planificación del cambio social.

Una de las ventajas de utilizar el empoderamiento es que, además de trabajar para mejorar los recursos personales (motivación para el control, conocimiento y conciencia crítica, autoeficacia, habilidades para la participación, formación etc.) tiene en cuenta los factores contextuales donde las personas se insertan. Además, se vincula con otros tópicos psicosociales tales como el sentido de comunidad o la participación comunitaria (Kieffer, 1984; Florin y Wandersman, 1990)

En la intervención comunitaria con inmigrantes desde la perspectiva del empoderamiento hay que definir objetivos vinculados a sus tres componentes (Zimmerman, 1995): (1) *Intrapersonal*: control percibido de dominio, autoeficacia, motivación para el control, competencia percibida y conocimiento crítico de sus circunstancias; (2) *Interaccional*: conciencia crítica de su entorno, conocimiento de agentes causales de los problemas de los inmigrantes, desarrollo de habilidades (toma de decisiones, resolución de problemas y liderazgo), movilización de recursos, etc. y (3) *conductual*: acciones para influir directamente en los resultados de su entorno: implicación en la comunidad, participación organizacional (equipos, periódicos, grupos de autoayuda, etc.), y conductas de afrontamiento (manejo de estrés y adaptación al cambio).

El empoderamiento es concebido como un constructo multinivel que implica actuaciones dirigidas a los inmigrantes (en las dimensiones antes señaladas) y a las organizaciones (asociaciones, escuelas, etc.) y comunidades (barrio, municipio, etc.) donde se insertan. En la Tabla 7.6, se describen los procesos y los resultados de empoderamiento más relevantes para cada uno de los niveles ecológicos que Nelson y Prilleltensky (2005) consideran en Psicología Comunitaria.

Tabla 7.6. Procesos y resultados de empoderamiento (Pilleltrensky, 2005)

Nivel Análisis	PROCESOS	RESULTADOS
Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en grupos activos - Experiencias como mentor - Conexiones con personas en situaciones similares - Entrenamiento en valores basados en la práctica - Entrenamiento en conocimiento crítico 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la conciencia crítica - Participación en la acción social - Asertividad - Opciones de vida ampliadas - Sentido de control - Formación otros mentores
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir liderazgo - Entrenamiento en facilitación grupal - Participación en toma de decisiones - Sentido de propósitos comunes - Participación en la acción social 	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de recursos - Relaciones ampliadas - Solidaridad con otros grupos - Influencia en la opinión pública
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso al gobierno - Participación en organizaciones cívicas - Educación política - Dirigido a temas sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora de la calidad de vida - Mejora de la salud y el bienestar - Instituciones democráticas - Mejora del acceso a los servicios - Coaliciones para el bienestar - Valoración de la diversidad

Este conjunto de características han convertido a los programas basados en el empoderamiento en elementos claves en el proceso de afrontamiento de las mujeres inmigrantes de su triple situación de discriminación: por ser mujer en una sociedad machista, por ser inmigrante en una sociedad que le niega el acceso a la ciudadanía, y por pertenecer a otra cultura distinta de la dominante en una sociedad opresiva con las minorías. En la Tablas 7.7 y 7.8 se describen, en contextos muy distintos, ejemplos de programas para mujeres extranjeras basados en el incremento de la *conciencia crítica* de su situación de opresión y la promoción de la participación para contribuir al cambio social en sus respectivas comunidades.

Tabla 7.7. Educación para el empoderamiento de la mujer: el ejemplo de un campo de refugiados en Zambia (Hlupekile, 2008)

Contexto
En la sociedad congoleesa tradicional las mujeres sufrieron diversas formas de discriminación por motivos de género, pero han sido socializadas para considerar esa situación como algo normal y en muchos casos llegaron a aceptarla (<i>opresión interiorizada</i>).
Proceso
Pese a todo, ellas cuentan con fundamentos para comenzar un proceso de reeducación radical (<i>empoderamiento</i>). Tienen motivos para quejarse y un sentido de la injusticia. Al fin han descubierto (<i>conciencia crítica</i>) la discriminación por razones de género.
Resultados
En el informe técnico del programa se expresa muy gráficamente el paso de la opresión psicológica interiorizada al logro de la conciencia crítica y movilización: "De la noche a la mañana, una mujer más impetuosa y con un activismo más acentuado, puede reunir a sus hermanas en torno a ella y decir: <i>Ya hemos tenido bastante. No podemos aceptar estas nuevas atribuciones de los hombres, ni tampoco sus nuevas muestras de mal comportamiento. Es preciso que reconozcamos colectivamente este problema y lo afrontemos. Tenemos que ejercer un control más estricto sobre esta nueva forma de delincuencia masculina</i> ".

Por último, si las aproximaciones interventivas *top-down* reflejan la perspectiva y experiencia del grupo dominante, y generalmente se orientan a preservar las estructuras (opresivas) de poder existentes, en los procesos de empoderamiento se adoptan modelos *bottom-up*. En estos modelos se plasma el interés de que sean las personas en desventaja social las que, a través de su experiencia opresiva, expliquen sus problemas y propongan soluciones a través del cambio social. Una vez más se pone de manifiesto la importancia de que las personas inmigrantes adquieran una adecuada conciencia crítica acerca de sus circunstancias personales y contextuales (metas y alternativas, causas de las condiciones sociales no deseables, posibilidades de cambio, importancia de la acción para transformar la realidad, etc.). Además, la asunción de modelos *bottom-up* y el hecho de que el empoderamiento es un proceso colectivo, conduce necesariamente a considerar la participación de las personas inmigrantes como la estrategia de elección para alcanzar resultados de integración y bienestar.

Tabla 7.8. Programas de empoderamiento de mujeres inmigrantes

<i>Proyecto de empoderamiento de mujeres inmigrantes - Programa de co-desarrollo Ecuador-Murcia, AICI, 2007.</i>	<i>Programa fortalecimiento de la red de mujeres de ATIME y empoderamiento de la mujer migrante (ATIME, 2010)</i>
<p style="text-align: center;"><i>Contexto/Objetivos</i></p> <p>En un contexto de inseguridad y desestructuración personal y familiar, la mujer ecuatoriana (cañareja) en Murcia está sometida a una fuerte presión. Las largas jornadas laborales; las obligaciones financieras para con los que dejaron en sus comunidades; el hecho de compartir vivienda con otra familia o allegados, y los sentimientos de culpa por los hijos que quedaron en Cañar, les provocan un fuerte nivel de estrés.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Contexto/Objetivos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Continuar con el fortalecimiento de la Red de Mujeres de ATIME. 2. Ofrecer espacios grupales de reflexión y análisis a las mujeres. 3. Formar a las beneficiarias en estrategias de participación social 4. Facilitar la participación de la mujer inmigrante en la Red de Mujeres de ATIME. 5. Fomentar la implicación de las mujeres en la sociedad con el voluntariado u otras formas de ayuda mutua
<p style="text-align: center;"><i>Proceso/actividades</i></p> <p>El proyecto no constituye una carga extra para las mujeres sino un apoyo, por lo que se les ofrece un espacio propio de ellas y para ellas: (1) Fortalecimiento de las asociaciones de inmigrantes; (2) Facilitación de información y acceso a los servicios y recursos comunitarios; (3) Formación ocupacional; (4) Preservación y difusión de la identidad y cultura cañari.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Proceso/actividades</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Difusión del Programa, captación de beneficiarias y Formación de Grupos para iniciar procesos de cambio. 2. Talleres de formación en estrategias de participación ciudadana 3. Fortalecimiento y desarrollo de la Red de Mujeres de ATIME. 4. Organización de actividades culturales, encuentros, jornadas, etc.

Participación comunitaria e inmigración

El enfoque ecológico-comunitario de la intervención con inmigrantes supone observar el fenómeno de la integración como un proceso bidireccional en el que los nuevos ciudadanos y los miembros de la sociedad de acogida adquieren valores interculturales y competencias para trabajar juntos y construir una comunidad segura, cohesiva y dinámica a través del cambio social.

Ya se ha comentado que la construcción de una sociedad plural necesita generar en sus miembros conciencia de comunidad y de responsabilidad ante los asuntos que les afectan (componentes del empoderamiento) encauzándolas a través de la participación ciudadana. Para Wandersman y Florin (2000), la relación positiva entre participación ciudadana e integración comunitaria se fundamenta en que la participación: (1) incrementa el sentimiento de utilidad y responsabilidad, y hace decrecer los sentimientos de alienación y desencanto; (2) incrementa el sentimiento de control sobre el entorno y ayuda a los individuos a desarrollar acciones mejor ajustadas a sus necesidades y valores; (3) promueve valores democráticos, aumenta la con-

ciencia política y fortalece el apoyo de la administración y de los responsables de la planificación; y (4) mejora la calidad del contexto y de las acciones de intervención, porque las personas implicadas en su puesta en práctica tienen un alto conocimiento de los objetivos, actividades y tareas. Habría que añadir que la participación posibilita, además, nuevos espacios para gestionar los conflictos y refuerza las redes sociales

En términos generales, la participación comunitaria es el proceso mediante el cual los diversos actores de la comunidad (individuos, organizaciones formales e informales, etc.) se integran activamente en diversas estructuras organizativas, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando nuevos vínculos de colaboración para mejorar el bienestar de la comunidad. Para ello se ha de potenciar la capacidad de incidir real y directamente en los procesos de toma de decisiones y de implementación de las políticas que afectan a la comunidad para una mejor redistribución del poder entre los diferentes actores sociales.

Aunque la participación comunitaria (social y política) de los inmigrantes no aparece en el imaginario colectivo de las sociedades receptoras, sin embargo, constituye una de las dimensiones esenciales para lograr la integración ciudadana de dicho colectivo. A través de la participación se despliegan una serie de procesos psicosociales sobre los que se sustentan los beneficios de la misma para ambas poblaciones: (1) el trabajo colaborativo; (2) la constatación de las múltiples similitudes y la puesta en valor de sus diferencias; (3) la interdependencia; (4) la mejora de las relaciones intergrupales; y (5) el empoderamiento individual y colectivo.

Sin embargo, la experiencia demuestra que la participación real en un porcentaje elevado de población inmigrante es escasa respecto a: implicación en asociaciones, liderazgo, utilización de servicios comunitarios, participación en programas y actividades promovidos desde los servicios sociales, etc. (Martínez, Dorantes, Ortiz y Altozano, 2008). El estudio de los factores que predicen la participación cívica y política de las personas inmigrantes no ha sido abordado en profundidad hasta hace unos años, aunque ya en un trabajo pionero de Zimmer (1956) se encontró que los trabajadores inmigrantes de origen urbano y sobre todo los que tenían alto nivel educativo participaban más en las comunidades de destino. Recientemente se han incluido otros predictores en inmigrantes turcos en Alemania tales como la edad, la experiencia como activista político en el pasado y la existencia de una identidad dual, es decir, étnica y del nuevo entorno de acogida (Simon y Ruhs, 2008). A estos factores habría que añadir los derivados de la escasa competencia cultural de los contextos de acogida: restricciones legislativas, elevadas exigencias para la participación, actividades en horarios incompatibles con el trabajo, escasa difusión, etc. (Martínez, y cols., 2008).

El *Washington Area Partnership for Immigrants* (WAPI, 2002) describió una serie de barreras para la participación cívica de los inmigrantes de las que se destacan las siguientes:

- a) *Compitiendo metas y estructuras.* Pueden existir perspectivas y objetivos distintos respecto de la participación en la población inmigrante. Por ejemplo, las necesidades de los recién llegados se centran en el conocimiento de la lengua y cultura, el uso de los servicios, permisos de residencia y/o trabajo, empleo, etc. Por el contrario los inmigrantes ya asentados se preocupan más por la conducta del voto, la mejora en el trabajo y en la vivienda, etc. Igualmente los objetivos de las diversas organizaciones de inmigrantes pueden competir en intereses y objetivos de participación. Para solventar estos problemas se pueden establecer estructuras participativas conjuntas como son las coaliciones comunitarias (Martínez y Martínez, 2007).
- b) *Identidad, o el sentimiento de ser un outsider.* Como consecuencia de los procesos de opresión ya descritos, los inmigrantes suelen verse a sí mismos como *outsiders*, y si no lo hacen los miembros de los contextos de acogida se lo recuerdan. Por otra parte, en residentes de larga duración se mantienen en muchos casos una identidad bicultural que dificulta la ejecución patrones de participación en el nuevo contexto. Como propuestas interventivas se propone: (1) inmigrantes y demás ciudadanos deben ser informados de que los *outsiders* se han convertido en *insiders* y que contribuyen al bienestar y progreso de la comunidad; y (2) Normalizar el biculturalismo y apelar a la responsabilidad de todos para participar en la vida comunitaria.
- c) *Valores, creencias, circunstancias políticas.* Algunas culturas promueven valores que son contradictorios con los principios democráticos (patriarcado, machismo, dictaduras, etc.) y son asumidos opresivamente por los individuos. Es difícil de cambiar o imponer un nuevo sistema de valores a las personas y sólo la educación, la experiencia y el tiempo pueden superar esta barrera.

Un aspecto importante a tener en cuenta cuando se aborda la participación de las personas inmigrantes, es su inclusión e implicación en las propias comunidades étnicas (asociaciones). Estas organizaciones sociales constituyen y vertebran el tejido social y ejercen un importante papel en el proceso de aculturación psicológica. Representan la mejor conexión con la sociedad receptora, garantizando el acceso a recursos (documentación, empleo, etc.) y asegurando la adquisición del lenguaje, pautas de comunicación intercultural y habilidades para la vida diaria, etc. Por otro lado, forman parte sustantiva y regenerativa de la red personal de apoyo social y permite establecer una serie de lazos débiles especialmente importantes en el aprendizaje de nuevos roles y en la inserción laboral.

La participación en organizaciones de base comunitaria constituye también un proceso de movilización ciudadana, de incremento de conciencia crítica, de capacitación colectiva para prevenir y afrontar problemas, etc., es decir, de motor del cambio social y desarrollo comunitario (Zimmerman, 2000). La investigación ha puesto de relieve el papel que estas organizaciones tienen para alcanzar comunidades sensibles a los problemas de las minorías y en asegurar en éstas su participación efectiva en el control de los recursos (Wandersman y Florin, 2000).

En el caso de las mujeres inmigrantes también la participación en asociaciones se ha revelado clave en el proceso liberación, al posibilitar el: (1) *empoderamiento sociocultural*, para interpretar la nueva sociedad y reconstruir su sistema de relaciones y apoyo social; (2) *empoderamiento económico*, ya que el mundo asociativo puede convertirse en una plataforma para lograr recursos económicos y de promoción social. Se aprende a establecer relaciones de carácter económico con diferentes agentes sociales, y no como sujetos pasivos de la relación mercantil (mano de obra), sino como seres activos y participativos; y (3) *empoderamiento político* a través de las relaciones con otras mujeres (autóctonas y extranjeras) en el marco del mundo asociativo. Se hace consciente de que sus limitaciones son compartidas y adquiere conocimientos sobre sus derechos laborales y sociales. Ello les permite ir apropiándose de ciertos discursos reivindicativos y generar espacios para reclamar de forma colectiva aquello que les afecta negativamente: jornadas de trabajo, salario socialmente pactado, condiciones del empleo, su libre movilidad y la de su familia.

Antes de acabar este apartado indicar que una estrategia de elección en intervención comunitaria es la creación de coaliciones participativas. Una coalición comunitaria es un conjunto de personas, agrupaciones sociales, administraciones, recursos técnicos, etc. que, desde una perspectiva cooperativa, diseñan e implementan diferentes acciones encaminadas a la resolución de problemas comunitarios, o al logro de cambios sociales (Martínez y Martínez, 2007). Las coaliciones posibilitan en su seno procesos psicosociales como el intercambio de recursos (materiales y psicológicos), la mejora de la capacitación individual, organizacional y comunitaria para el abordaje de problemas sociales, la creación de un sentido psicológico de comunidad, y la promoción en sus miembros de un mayor compromiso personal con su entorno. Como agrupaciones de empoderamiento que son, ponen un mayor énfasis en la organización comunitaria, en el desarrollo de un liderazgo conjunto, y en que sus miembros sean los primeros implicados en las actividades de la coalición.

En el campo de la inmigración la creación de coaliciones comunitarias tuvo un importante auge a partir de la Iniciativa Comunitaria Europea EQUAL, al proponer

como metodología de trabajo las agrupaciones de desarrollo. Dos ejemplos de coaliciones comunitarias en el campo de las migraciones se recogen en las Tablas 7.10 y 7.11, constituidas para promover la participación en igualdad de la población inmigrante en Andalucía y para prevenir la violencia juvenil y de género en un barrio berlinés, respectivamente.

Tabla 7.10. Coalición MOSAICO del Proyecto EQUAL-Arena
(Martínez y Martínez, 2007)

<i>Contexto</i>	
Continuar con la experiencia y lecciones aprendidas en los proyectos europeos Horizon e Integra en relación a la inserción laboral de inmigrantes en contextos comunitarios con una alta incidencia de presencia de población extranjera (Almería, Huelva y Algeciras).	
<i>Objetivos y Metodología</i>	
Promoción de la participación en igualdad de la población extranjera y mejora de sus condiciones de vida. De acuerdo con la filosofía de EQUAL se crea una agrupación de desarrollo compuesta por: Administración autonómica y municipal (9 municipios andaluces), sindicatos, empresarios, asociaciones de inmigrantes y universidad.	
<i>Actividades/recursos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de recepción para inmigrantes. - Inserción de mediadores en los Servicios de Orientación para el Empleo. - Cursos de lengua y cultura española con servicios de apoyo a la mujer inmigrante. - Sensibilización para la prevención del racismo y la xenofobia en el ámbito laboral. - Servicios de acompañamiento y formación previa para la prevención de la explotación sexual de las mujeres inmigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación en interculturalidad dirigida a: mediadores comunitarios, profesionales del ámbito de la salud, educación, empleo y servicios sociales, y docentes de lengua y cultura españolas. - Detección de situaciones de discriminación en el ámbito laboral rural y urbano. - Observatorio del racismo y la xenofobia en el ámbito laboral. - Acciones de información y sensibilización.
<i>Evaluación</i>	
Evaluación externa al proyecto en la se constata respecto de la coalición comunitaria una mejora significativa por parte de sus miembros en el ámbito personal, organizacional y operativo: compromiso con las necesidades de los inmigrantes, respeto a las diversas perspectivas de los miembros de la coalición, apoyo a la participación de los miembros, logro de metas comunes, mejora en la definición de objetivos programáticos relacionados con los inmigrantes, mejora de las redes sociales, etc.	

Tabla 7.11. TIK PROJEKT: Coalición comunitaria para la prevención de la violencia en un barrio de Berlín (Martínez, 2010)

<i>Contexto</i>	
<p>El Distrito NEUKÖLL se sitúa en sureste de Berlín con una población en torno a los 300.000 habitantes de la que el 40% son inmigrantes de religión musulmana (fundamentalmente turcos, palestinos y libaneses). El paro es superior al 40%, la mayoría no tiene estudios, no hablan el alemán y el grado de absentismo escolar es muy elevado. Las niñas estudian mientras que tienen algún hermano en el colegio. Los matrimonios concertados por los padres, los crímenes de honor y la violencia contra las jóvenes son frecuentes.</p>	
<i>Objetivos y Metodología</i>	
<p>Conscientes de no poder eliminar la violencia en el barrio, las organizaciones sociales deciden crear una coalición comunitaria y trabajar con un enfoque preventivo. Se agrupan en el proyecto: policía de distrito que lidera la coalición, unidad de gestión comunitaria del barrio, asociación árabe-alemán, asociación contra la violencia de género y los matrimonios concertados, y asociación de universitarios por un Islam no fundamentalista.</p>	
<i>Actividades/recursos</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Madres del barrio convencen a otras para que lleven a sus hijos al colegio, a la revisión médica, etc. 2. Se subvenciona 40 microproyectos comunitarios a fin de revitalizar espacios públicos, atender a menores, promover actividades de ocio, etc. 3. Mediación comunitaria en los casos de posibles matrimonios concertados. 4. Atención a jóvenes agredidas por negarse al matrimonio concertado. 5. Los miembros de la coalición participan en las actividades emblemáticas de cada organización: día de puertas abiertas, fiestas religiosas, culturales, etc. 6. Elaboración de un portal en Internet para disminuir la distancia social con la comunidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Se crean patrullas mixtas de policías y jóvenes para atender y prevenir la violencia. - - Se crean los agentes de prevención de la violencia en la escuela 8. Se realiza un trabajo conjunto entre la policía y los trabajadores sociales. 9. Programa de Formación Intercultural para la Policía: conocimientos sobre la inmigración, las distintas etnias del distrito, etc., actitudes y habilidades interculturales. 10. Se realizan visitas programadas de la policía a las mezquitas 11. Se realizan talleres conjuntos con las asociaciones de inmigrantes 12. Se incluyen de inmigrantes en el cuerpo de policía.
<i>Evaluación</i>	
<p>No tienen establecido un sistema de evaluación de la experiencia de trabajo en red. Algunos de los resultados positivos que se describen se expusieron el Taller Transnacional sobre Apertura Intercultural de las Instituciones Públicas celebrado en Febrero de 2010: reducción de la violencia en las escuelas y espacios públicos, reducción de los matrimonios concertados y la violencia contra las jóvenes que lo rechazaban, satisfacción con el trabajo cooperativo, percepción de mayor eficacia personal en el trabajo específico en cada asociación, percepción de cambios en conocimientos, actitudes y practicas, sobre todo por parte de los agentes policiales, se ampliaron la actuaciones policiales más allá de la persecución del delito.</p>	

Resumen

Las migraciones humanas representan uno de los fenómenos sociales de mayor relevancia en las sociedades actuales y se vincula, tanto en su dimensión cuantitativa como cualitativa, con el fenómeno de la globalización y los grandes desequilibrios que existen entre las distintas regiones del mundo.

Para abordar los cambios profundos que han sufrido las comunidades receptoras en su composición demográfica se han desarrollado una serie de modelos teóricos de integración (asimilacionismo, fusión cultural, pluralismo cultural, etc.) que han orientado políticas y programas de intervención. Estos modelos se centran en las relaciones (culturales, étnicas, etc.) entre los distintos grupos sociales (minorías y mayorías), y si bien en unos se potencia la homogeneización cultural, en otros se pone en valor el *background* de todos los grupos etnoculturales.

Sin embargo, la realidad viene demostrando que las sociedades humanas tienden a estructurarse como sistemas basados en jerarquías (por edad, género, origen nacional, cultura, religión, etc.) donde uno de los grupos se constituye como dominante con una cuota desproporcionada de poder en relación a los demás. Por ello el abordaje de la inmigración desde la perspectiva de la diversidad y la opresión (del grupo mayoritario sobre los minoritarios), proporciona no solo un modelo comprensivo de las difíciles condiciones en las que se desenvuelven las personas inmigrantes, sino referentes para la intervención comunitaria.

Desde esta perspectiva, la intervención comunitaria con personas inmigrantes se centra en dos ejes fundamentales: 1) el empoderamiento de las mismas orientado al afrontamiento de las demandas ambientales en el nuevo contexto al fin de obtener resultados de calidad de vida y bienestar psicológico; 2) mejorar la competencia cultural de los contextos comunitarios de integración.

El empoderamiento, implica actuaciones dirigidas tanto a los inmigrantes como a las organizaciones (asociaciones, escuelas, etc.) y comunidades (barrio, municipio, etc.) donde se insertan. La mejora del sistema social de apoyo y la participación comunitaria son dos vías de elección para lograr el empoderamiento. Mediante el apoyo social obtienen ayuda a sus proyectos, satisfacción de sus necesidades y sentido de comunidad. A través de la participación los diversos actores de la comunidad (individuos, organizaciones formales e informales, etc.) se integran activamente en diversas estructuras organizativas, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades específicas y fomentando nuevos vínculos de colaboración para mejorar el bienestar de la comunidad.

La mejora de la competencia cultural se refiere tanto a personas como a organizaciones y programas de intervención. Cuando se refiere a los profesionales de la

intervención, la competencia cultural implica conciencia de las propias creencias, actitudes y prejuicios sobre los inmigrantes, conocimiento acerca de sus características más significativas (culturas, cosmovisiones, historia, etc.) y habilidades para trabajar con dicha población inmigrantes, es decir, prácticas profesionales culturalmente ajustadas. En el nivel organizacional implica tanto a los profesionales como a la misma organización (escuela, centro de salud, etc.) en un proceso de apertura intercultural. En el nivel comunitario la competencia cultural se sustenta en una efectiva valoración de la diversidad humana desde la que se promueva una convivencia pacífica entre los distintos grupos sociales que conforman la comunidad.

Lecturas recomendadas

Cabrera, J.M. (2005). *Acercamiento al menor inmigrante marroquí*. Sevilla: Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/empleo/www/herramientas/biblioteca_virtual/bibliotecaDetalle.php?id=1706

Este trabajo ayuda a comprender la inmigración desde la perspectiva del menor no acompañado. Se analizan los distintos perfiles de los menores y la transición al nuevo contexto. Todo ello proporciona claves para la intervención comunitaria con este sector de la población inmigrante.

De la Portilla, A., Serra, A. y González, J. (2007). *De lo visible a lo invisible*. Sevilla: Imprenta Sarabia.

Permite conocer la realidad desde el Magreb (el Islam, la familia, la estructura social, el sistema educativo etc., hasta la llegada a España de los menores inmigrantes. Su perfil psicosocial y los motivos de la emigración. Cómo van reconstruyendo su nueva identidad y los procesos de adaptación a la escuela y al trabajo.

Carrasquilla, M., Cuenca, M. Segura, J., Castelo, I. y Sánchez, M. V. (2009). *La convivencia en barrios*. Madrid: Ministerio de trabajo e Inmigración.

(Disponible en http://www.mtin.es/es/sec_emi/IntegralInmigrantes/Foro/docs/LA_CONVIVENCIA_EN_BARRIOS.pdf)

Es una interesante monografía incluida en el "Informe anual sobre la situación de la integración social de inmigrantes y refugiados en 2009" del Foro para la Integración Social de los Inmigrantes. Los ponentes son miembros de distintas asociaciones pro-inmigrantes de España con una gran experiencia en la atención a esta población y que se agrupan en CEPAIM.

Abordan la integración comunitaria de los inmigrantes en los barrios, tanto desde los modelos teóricos de convivencia y configuración de nuevas comunidades, hasta modelos de intervención desde distintos niveles. Asimismo dedican un capítulo a la participación comunitaria como herramienta para construir una identidad y sentido de pertenencia al barrio

Saldaña, D. (2001) *Cultural Competency. A practical guide for mental health service providers*. Tejas: Hogg Foundation for Mental Health.

Disponible en: <http://www.hogg.utexas.edu/PDF/Saldana.pdf>

Esta monografía recoge aspectos esenciales para adquirir competencia cultural en el campo de la atención a la salud mental: habilidades, conocimientos, atributos personales, comunicación intercultural, etc.

APA (2002). *The Valuing Diversity Project*. Washington: Association for the Study and Development of Community.

Disponible en: <http://www.apa.org/pi/oema/programs/valuing/final-report.pdf>

Recoge el informe final de una experiencia de promoción de la diversidad en un barrio que ha aumentado de forma importante su población de inmigrantes. Se describen las distintas actividades que se llevaron a cabo en el programa: cambio de nombre al barrio, creación de una coalición comunitaria, comité de bienvenida a los nuevos residentes, comisión para gestionar los conflictos racistas, etc.

García-Calabrés, F. (2004). *La Extranjera. Estudio de la inmigración femenina en España*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Es una monografía muy completa que aborda la perspectiva de género en la inmigración. Aborda temas jurídicos, sociales, laborales, estadísticos, etc. Igualmente plantea los problemas de integración cultural y se realizan propuestas de intervención en distintas áreas.

Páginas Web de interés

<http://www.cuadernointercultural.com/tag/competencia-intercultural/>

<http://www.aulaintercultural.org/>

Páginas en la que se puede encontrar muchas respuestas e iniciativas relacionadas con la interculturalidad. Aunque tienen un enfoque más educativo se incluyen otros tópicos de interés en intervención comunitaria en migraciones: Convivencia, Culturas, Diversidad cultural, Competencia intercultural, Inmigración, Diversidad Y Educación, Educación Intercultural, Literatura intercultural, etc.

<http://miglucas.es/webquest/paginas.doc>

Ofrece un listado de páginas Web para trabajar la interculturalidad en el aula.

<http://extranjeros.mtas.es/es/index.html>

Página del Ministerio de Trabajo e Inmigración en la se ofrece toda la información de interés en el campo de las migraciones: Modelos de Solicitudes, Estadísticas, Unión Europea, Foro para la Integración Social de los Inmigrantes, Observatorio Permanente de la Inmigración, Red Europea de Migraciones / European Migration Network, Unidad de Grandes Empresas, etc.

<http://integralocal.es/>

Portal para entidades locales sobre integración de inmigrantes que ofrece, entre otras informaciones, proyectos de intervención en: Acogida, Educación, Empleo, Vivienda, Servicios Sociales, Salud, Infancia y Juventud, Igualdad de Trato, Mujer, Participación, Sensibilización, Co-desarrollo, etc.

<http://emn.sarenet.es/html/index.html>

La Red Europea de Migraciones es una iniciativa de la Comisión Europea. Su objetivo es satisfacer las necesidades de información de las instituciones comu-

nitarias y de las autoridades e instituciones de los Estados Miembros, proporcionando información actualizada, objetiva, fiable y comparable en materia de migración y asilo, con el fin de respaldar el proceso de toma de decisiones de la Unión Europea en estos ámbitos. La Red Europea de Migraciones también pone dicha información al alcance del público en general.

Referencias bibliográficas

- AECI (2007). *Proyecto de Co-desarrollo Cañar-Murcia. Plan Operativo Anual 2007*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Alba, R. (1999). Immigration and the American Realities of Assimilation and Multiculturalism. *Sociological Forum*, 4, 3-25.
- Achotegui, J. (2000). Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En E. Perdiguero y J.M. Comelles (Eds.) *Medicina y cultura* (pp. 88-100). Barcelona: Bellaterra.
- APA (2002). *The Valuing Diversity Project*. Washington: Association for the Study and Development of Community.
- ATIME (2009). *Programa fortalecimiento de la red de mujeres de ATIME y empoderamiento de la mujer magrebí*. (En <http://www.atime.es/>).
- Basabe, N., Páez, D., Aierdi, X. y Jiménez, A. (2009). *Salud e inmigración*. Zarauzt: Ikuspegui.
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 5-68.
- Bravo, R.M. (1992). Aprendizaje cultural y adaptación social de los inmigrantes. *Intervención Psicosocial*, 1 (2), 49-56.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Boneva, B.S. y Fieza, I.H. (2001). Toward a Concept of a Migrant Personality. *Journal of Social Issues*, 57(3), 477-491.
- Cachón, L. (2003). La inmigración en España: los desafíos de la construcción de una nueva sociedad. *Migraciones*, 14, 219-304.
- Campinha-Bacote, J. (1998). *The process of cultural competence in the delivery of Healthcare Services*. Cincinnati: Transcultural Care Associate Press.
- Comisión Europea (2003). *Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo*. Bruselas.
- Florin, P. y Wandersman, A. (1990). Citizen participation, voluntary organizations and community development: Insights for empowerment through research. *American Journal of Community Psychology*, 18, 41-177.
- García, M., Martínez, M. F. y cols. (2005). Psychosocial empowerment and social support factors associated with the employment status of immigrant welfare recipients. *Journal of Community Psychology*, 33(6), 673-690.

- Giménez, C (1996). La integración de los inmigrantes y la interculturalidad. Bases teóricas para una propuesta práctica. *Arbor*, CLIV-607, 119-147.
- Granovetter, M., (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78, 1360-1880.
- Gualda, E. (2001). *Los procesos de integración social de la primera generación de "Gastarbeiter" españoles en Alemania. Lección inaugural. Curso académico. 2001-2002*. Huelva: Universidad de Huelva.
- Hlupekile, S. (2008). Educación para el empoderamiento de la mujer: el ejemplo de un campo de refugiados en Zambia. *Educación de adultos y desarrollo*, 70. (En: http://www.iiz-dvv.de/index.php?article_id=724&clang=3).
- Kieffer, C. (1984). Citizen empowerment: A developmental perspective. En J. Rappaport, C. Swift y R. Hess (Eds.), *Studies in empowerment: Steps toward understanding and action*. Nueva York: Haworth.
- Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía Multicultural*. Paidós: Barcelona.
- Malgesini, G. y Giménez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Martínez, M. F. (2010). *Informe técnico sobre el Seminario del Grupo de Trabajo Europeo: Intercultural Opening of Public Institutions*. Berlin. Informe no publicado.
- Martínez, M. F., Calzado, V. y Martínez, J. (2009). *Integración social en población inmigrante: predictores psicosociales y comunitarios*. Comunicación al XI Congreso Nacional de Psicología Social. Tarragona.
- Martínez, M. F. (2008). *Informe Técnico sobre Servicios Sociales Comunitarios e Inmigración. Talleres sobre la atención normalizada*. Sevilla. Informe no publicado.
- Martínez, M.F., Dorantes, M., Ortiz, M. y Altozano, A. (2008). *Estudio-diagnóstico de la población inmigrante en el municipio de Brenes*. Sevilla. Informe no publicado.
- Martínez, M.F. y Martínez, J. (2007). Evaluación participativa y de empoderamiento en programas de intervención con inmigrantes. En A. Blanco y J. Rodríguez (Eds.), *Intervención Psicosocial* (pp. 481-509). Madrid: Pearson. Prentice Hall.
- Martínez, M.F., Martínez, J. y Calzado, V. (2006). La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. *Intervención Psicosocial*, 15, 331-350.
- Martínez, M.F.; García, M. y Maya, I. (2002). Social Support and locus of control as predictors of psychosocial wellbeing in maroccan and peruvian inmigrants women. *International Journal Intercultural Relations*, 26(3), 287-310.

- Martínez, M.F., García, M. y Maya, I. (2001). El efecto buffer del apoyo social sobre la depresión en la población inmigrante. *Psicothema*, 13, 605-610.
- Martínez, M. F.; García, M.; Maya, I.; Rodríguez, S., y Checa, F. (1996). *La integración social de los inmigrantes africanos en Andalucía. Necesidades y Recursos*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- MFH (2004). Project Summary of *Migrant-Friendly Hospitals* (Disponible en: <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>).
- Navas, M., Pumares, P., Rojas, A., Fernández, J. S., Sánchez, J. y García, 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* (pp. 133-147). Sevilla: Junta de Andalucía.
- Nelson, G. y Prilleltensky, I (2005). The Project of Community Psychology: Issues, Values and Tools for Liberation and Well-being. En G. Nelson y I. Prilleltensky, *Community Psychology. In Pursuit of Liberation and Well-Being*. Nueva York: Palgrave.
- Oppedal, E. R. y Lackland, D. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants *International Journal of Behavioral Development*, 28, 481-494.
- Paterna, C. (1994). La situación de los inmigrantes magrebíes en Murcia. Un análisis psicosocial. *Anales de Psicología*, 10, 41-49.
- Pettigrew, T. F., y Meertens, R.W. (1995). Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25, 57-75.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M. y Malle, B. F. (1994). Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.
- Prilleltensky I. (2008). Migrant well-being is a multilevel, dynamic, value dependent phenomenon. *American Journal of Community Psychology* 42 (3-4), 359-364.
- Prilleltensky, I., y Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. London: MacMillan/Palgrave.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Sarason, S.B. (1974). *The Psychological Sense of Community: Prospect for a Community Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Scott, W. y Scott, R. (1989). *Adaptation of immigrants: individual differences and determinants*. Oxford: Pergamon Press.

- Simon, B. y Ruhs, D. (2008). Identity and politization among Turkish migrants in Germany. The rol of dual identification. *Journal o Personality and Social Psychology*, 95 (6), 1354-1366.
- Sonn, C. C., y Fisher, A. T. (2005). Immigration and adaptation: confronting the challenges of cultural diversity. En G. Nelson y I. Prilleltensky (Eds.), *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being* (pp. 348-363). Nueva York: Palgrave MacMillan.
- Stroebe, W. y Stroebe, M. (1996). The Social Psychology of Social Support. En T. Higgins y W. Kruglanski, *Handbook of Social Psychology* (pp. 597-621). Nueva York: The Guilford Press.
- Trickett, J. (1995). A future for community psychology: The contexts of diversity and the diversity of contexts. *American Journal of Community Psychology*, 24 (2), 209-234.
- Trickett, E.J., Watts, R. y Birman, D. (1994). Toward an overarching framework for diversity. En E. J. Trickett, R. Watts, y D. Birman, D. (Eds.), *Human Diversity: Perspectives on people in context* (pp. 7-26). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Tseng, V. y Yoshikawa, H. (2008). Reconceptualizing Acculturation: Ecological process, historical contexts, and power inequities. *American Journal of Community Psychology*, 42, 355-358.
- Wandersman, A. y Florin, P. (2000). Citizen participation and community organizations. En Rappaport, J. y Seidman, E. (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- WAPI (2002). *Lessons learned about civic participation among immigrants*. Washington: Association for the Study and Development of Community.
- Watts, R.J.; Griffith, D. M. y Abdul-Adil, J. (1999). Sociopolitical Development as an Antidote for Oppression. Theory and Action. *American Journal of Community Psychology*, Volume 27 (2), 255-271.
- Zimmer B. G., (1956). Participation of Migrants in Urban Structures. En P.K., Hatt y A.J., Reiss, *Cities and Society*. Glencoe: The Free Press.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-600.
- Zimmenman, M.A. (2000) Empowerment Theory. Psychological, Organizational and Community Levels of analysis, en Rappaport, J. y Seidman, E. (Eds.) *Handbook of Community Psychology*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Pulishers.

Una aproximación psicosocial al estudio de la discapacidad

M^a del Prado Silván-Ferrero

Introducción

La integración educativa, laboral y social de las personas con discapacidad

Ámbito educativo

Ámbito laboral

Ámbito social

Delimitación conceptual del término discapacidad: una revisión de los sistemas de clasificación

Estigma social y discapacidad

Definición psicosocial de estigma y su relevancia en relación a la discapacidad

Factores que afectan a la interacción entre las personas con y sin discapacidad

¿Cómo afrontar la situación de discapacidad?

Estrategias basadas en el problema

Estrategias basadas en la emoción

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Controlabilidad
- Deficiencia
- Discapacidad
- Estigma
- Minusvalía
- Visibilidad

Objetivos

- **Comprender los factores que perpetúan la discriminación de las personas con discapacidad en diversos entornos.**
- **Diferenciar el término discapacidad de otros conceptos relacionados de forma que se pueda tener una idea más precisa de la discapacidad.**
- **Entender la discapacidad como el resultado de la interacción entre factores de salud y el contexto social.**
- **Profundizar en el concepto de estigma y su aplicación a la discapacidad.**
- **Conocer los factores que afectan a la interacción entre personas con y sin discapacidad.**
- **Reflexionar sobre las formas que tienen de afrontar sus dificultades las personas con discapacidad y las estrategias de intervención más eficaces.**

Introducción

El presente capítulo se plantea como objetivo general tratar de explorar los factores que están relacionados con la actitud hacia las personas con algún tipo de discapacidad. Con este fin, consideramos fundamental que se aborde este tema desde una perspectiva amplia, en la que los factores sociales adquieran una notable importancia en la comprensión de la discapacidad, tal y como refleja la Clasificación Internacional del funcionamiento del la discapacidad y la salud (CIF, 2001). Precisamente, como se verá más adelante, esta taxonomía no pretende clasificar personas como “mentalmente discapacitadas” sino como “personas con limitación en ciertas actividades”. Partiendo de este enfoque, haremos en primer lugar, una breve introducción sobre aspectos que rodean la integración educativa, laboral y social de las personas con discapacidad con el fin de tener una visión de la realidad a la que se enfrenta este colectivo. A continuación, vamos a tratar un aspecto que ha recibido notable atención en las últimas décadas, como es la delimitación conceptual del término, de forma que se pueda conocer su evolución y llegar a una diferenciación clara entre los términos propuestos en las diversas clasificaciones. Posteriormente, abordaremos la problemática de este colectivo desde un enfoque psicosocial explicando un proceso que puede explicar la discriminación hacia este colectivo, como es la estigmatización. Finalmente, presentaremos las estrategias de afrontamiento basadas en el problema y en la emoción, que se desencadenan ante una situación de discapacidad. En resumen, al final del capítulo, lo que se pretende es entender la problemática de las personas con discapacidad de una forma amplia, en la que, no sólo los aspectos médicos, sino también el medio social resulta de crucial importancia para que la situación de este colectivo sea en un futuro más favorable.

La integración educativa, laboral y social de las personas con discapacidad

En nuestro país, los últimos datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a partir de la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (EDAD, 2008), reflejan que en España hay 3.847.900 personas con discapacidad, de las cuales 1.547.300 son hombres y 2.300.500 son mujeres (60%). Aunque la población con discapacidad ha aumentado con relación a los datos de 1999 –al igual que ha sucedido con toda la población del país– en términos relativos, hay una disminución con respecto a la población total: el 9% en la anterior encuesta de 1999 (*Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*) frente al 8,5% de los datos actuales. Además, cada vez va siendo más frecuente encontramos con personas con algún tipo de discapacidad en diversos ámbitos como

el educativo, el social y el laboral. Al mismo tiempo, estamos asistiendo de forma continua a una modificación del marco jurídico acerca de la discapacidad que a partir de los años 80, con las nuevas leyes promulgadas, se encamina a la progresiva toma de conciencia por parte de la sociedad acerca de las necesidades de las personas con discapacidad y a la eliminación de barreras físicas y psicológicas que obstaculizan su participación plena en diversos ámbitos. Dentro de estas leyes, cabe destacar la LISMI (Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido), la Ley de Educación a partir del Real Decreto de Ordenación de la Educación en España (6/03/85); la Ley sobre empleo público de los discapacitados (Ley 53/2003 de 10 de diciembre) hasta la reciente Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia).

Sin embargo, existen encuestas de opinión que ponen de manifiesto que, en la actualidad, la normal integración de las personas con discapacidad dista aún de ser plena. Concretamente, según el Eurobarómetro especial "Discriminación en Europa" publicado en 2007, la población de la Unión Europea señalaba que la discriminación hacia las personas con discapacidad es un fenómeno ampliamente extendido. Aunque el propio informe apunta que esas cifras reflejan importantes diferencias entre países, las respuestas de la población española en relación a este colectivo (53%), prácticamente coinciden con las de la Unión Europea en su totalidad. De forma similar al resto de los países, el 82% de los españoles indicaba que tener una discapacidad es el factor que suponía en mayor medida una desventaja en comparación con otros grupos (ser mayor de 50 años, de etnias diferentes, homosexual, de otra religión, menor de 25 años). En definitiva, y respecto a estos datos cabe preguntarse entonces si las medidas adoptadas son suficientes, y cuáles son los factores que llevan a que en nuestro país la discriminación hacia personas con discapacidad sea la segunda más extendida (54%) después de los grupos étnicos (71%).

Antes de avanzar en el capítulo consideramos, por tanto, necesario describir algunos de los problemas que vive este colectivo en ámbitos claves como el ámbito educativo, laboral y social, de forma que se pueda tener una idea más clara de los factores que impiden su plena integración en la sociedad.

Ámbito educativo

En este terreno, se puede hablar de cambios sustanciales desde la aprobación de la Ley española de educación en 1990 (LOGSE) que se han ido manteniendo en las posteriores modificaciones de la misma. Esta Ley, incorpora el concepto de **Necesidades Educativas Especiales** (NEE). El término "alumnos con necesidades educativas especiales" fue acuñado en el informe Warnock (1981) para definir a aquellos alumnos

que presentan unas dificultades de aprendizaje que hace necesario disponer de recursos educativos especiales para atenderlas. Con anterioridad a la LOGSE, la atención a los alumnos con importante discapacidad o graves problemas de aprendizaje o comportamiento se dirigía a la concentración de los mismos en centros específicos diferenciados de los centros normalizados. A partir de la LOGSE, se propugna que los alumnos de menor gravedad con especiales dificultades en el aprendizaje compartan los aprendizajes impartidos en el aula ordinaria con el resto de compañeros, aunque necesitan unas adaptaciones para intentar conseguir el máximo de objetivos que propone el currículo de su grupo, ya sean adaptaciones no significativas de acceso al currículo (metodología, temporalización, espacios, materiales, apoyos puntuales, etc.) o incluso supresión de uno o varios objetivos del currículo: es el caso de las adaptaciones significativas. Ante la necesidad de atención individualizada específica, se crea el modelo de aula de Apoyo a la Integración en la que estos alumnos con dificultades son atendidos por especialistas en Educación Especial en tiempo más o menos prolongado, asesorados por profesionales (educadores sociales, médicos, psicopedagogos, pedagogos, psicólogos, logopedas, asistentes sociales, fisioterapeutas) pertenecientes a un equipo de orientación creado para tal fin. Todos estos cambios dan lugar a que, en la actualidad, se prefiera hablar no de integración sino de *inclusión educativa*. La inclusión implica un proceso que fomenta la participación y pertenencia de todo el alumnado y, al mismo tiempo, la eliminación de las barreras que conllevan a procesos de exclusión (Booth, Ainscow, Black-Hawkins, Vaughan y Show, 2000). Es decir, el movimiento inclusivo promueve una integración total, no sólo educativa, sino también social de los alumnos con necesidades educativas especiales.

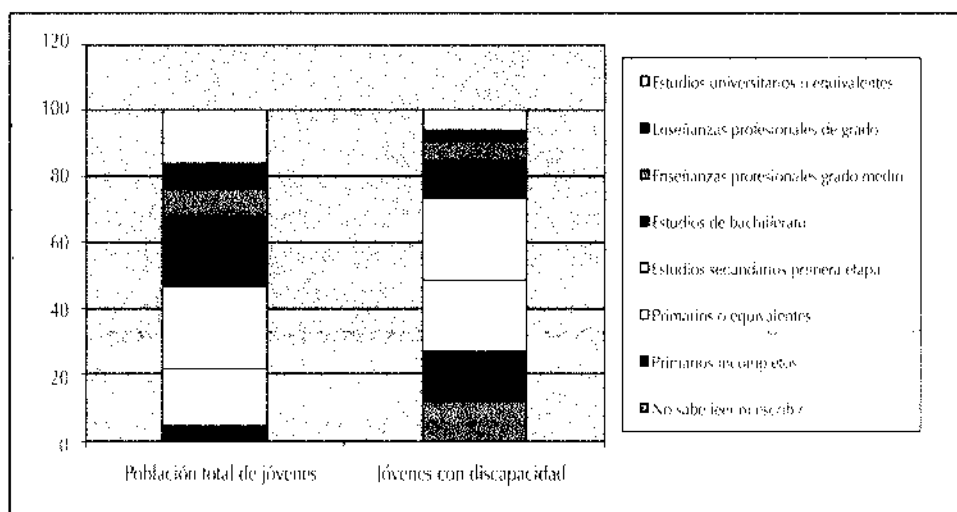
La integración-inclusión de alumnos con necesidades educativas especiales en los centros educativos, despertó en consecuencia, el interés por estudiar la actitud que tienen los alumnos sin discapacidad hacia el resto de compañeros con discapacidad. A pesar de los buenos propósitos de las nuevas políticas educativas, diferentes estudios siguen reflejando la persistencia de actitudes negativas y de rechazo hacia la inclusión educativa (Avramidis y Norwich, 2000; Nowicki, 2006; Sale y Carey, 1995; Scruggs y Mastropieri, 1996; Van-Reusen, Shoho y Barker, 2000). En nuestro país, también existen datos que muestran como la presencia de alumnos con discapacidad en los centros educativos no logra mejorar la actitud o la imagen que se tiene de estos alumnos en comparación con aquellos centros que no cuentan con estos alumnos en las aulas (Marichal, Quiles y Capilla, 1997; Silván-Ferrero y Bustillos, 2006). Asimismo, un estudio realizado con los maestros de primaria (Álvarez, Castro, Campo-Mon y Álvarez-Martino, 2005) apuntan a que, a pesar de existir una actitud general positiva hacia la integración, no se puede afirmar que esté funcionando de forma óptima, debido sobre todo a la falta de recursos y estrategias adecuadas. En esta misma línea, se ha encontrado que los maestros tienen un estereotipo negativo sobre los alumnos

tartamudos y que la experiencia docente de los maestros con estos alumnos, no modifica la valoración que los maestros hacen de ellos en conjunto (Castejón, Núñez y González-Pienda, 2005). Es decir, que a pesar de la propuesta de normalización que asume la reforma educativa, la inclusión de estudiantes con algún tipo de discapacidad no está exenta de problemas, dado que su presencia en las aulas puede suponer un coste al resto de los alumnos. De hecho, algunas consecuencias pueden ser la ralentización de las clases, puesto que en algunos casos es necesario repetir los contenidos expuestos para que lleguen a todos los alumnos, las continuas interrupciones, o la presencia de profesores de apoyo en el aula. Otro coste que asumen los alumnos sin discapacidad es que ven como se modifica el currículo para aquellos con necesidades educativas especiales, por lo que pueden considerar que para éstos se relajan los criterios de evaluación y el nivel de exigencia.

Sin embargo, la consecuencia última, radica, en que, a medida que aumenta el nivel de estudios concluidos, el porcentaje de jóvenes con discapacidad que finalizan su formación obligatoria, disminuye drásticamente, tal y como recoge el informe de situación realizado en 2010 a partir de la EDAD 2008 por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2010). Precisamente, una de las conclusiones a las que llega es que es en la enseñanza secundaria donde se presentan mayores dificultades para la permanencia de las personas con discapacidad en el sistema educativo. Este problema se palia para aquellos que llegan a la universidad, donde los resultados son más positivos, posiblemente debido a que los servicios de apoyo al estudiante con discapacidad van siendo cada vez más generalizados en esta etapa. No obstante, y si comparamos estos datos con los de hace una década, conviene destacar que, si bien la tendencia se mantiene, ha disminuido la proporción de población joven con discapacidad sin estudios.

Uno de los motivos de abandono puede ser la percepción de discriminación que tienen los jóvenes con discapacidad. De hecho, el 40% de la esta población afirmaba haberse sentido discriminada doce meses previos en ámbitos educativos o formativos por causa de la discapacidad. Esta percepción se reduce a medida que aumenta la edad, de forma que el grupo ubicado entre los 15 y los 18 años es en el que se encuentra el mayor número de jóvenes que se sienten discriminados en el ámbito formativo: el 68,57% frente al 22,36% entre los jóvenes entre 27 y 30 años. Es decir, que, como señala el informe CERMI, parece que a pesar de los esfuerzos realizados por mejorar la accesibilidad de los espacios educativos, la encuesta refleja que los jóvenes con discapacidad siguen destacando dificultades de accesibilidad, de lugares y recursos adaptados, así como la necesidad de dotación de mayores y/o mejores ayudas técnicas y humanas. En este sentido, la actitud y preparación del profesorado en elementos de igualdad de oportunidades debe constituirse en un elemento fundamental para que se puedan conseguir los objetivos marcados en la inclusión educativa.

Figura 8.1. Comparativa entre jóvenes con y sin discapacidad según nivel de estudios terminados

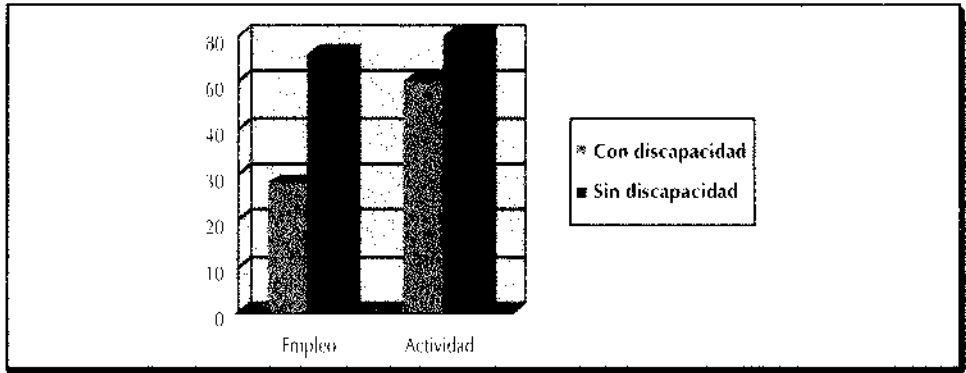


Fuente: Informe Fermi 2010, elaborado a partir de los datos de la EDAD (2008).

Ámbito laboral

Estas dificultades en la integración educativa se extienden al terreno laboral como ponía de manifiesto el Eurobarómetro publicado en 2007. De hecho, el 91% de los españoles, respondía afirmativamente a la necesidad de adoptar medidas específicas que proporcionen igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad en puestos de trabajo. La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, revelaba que poco más del 32% de las personas con discapacidad en edad de trabajar se encontraba en situación activa. El resto (dos de cada tres personas con discapacidad) no se han incorporado al mercado laboral. Por otra parte los datos reflejan que no sólo presentan una muy baja tasa de actividad, sino también una alta tasa de desempleo (el 26,1% frente al 16,6% de la población general). Es decir, sólo una de cada cuatro personas con discapacidad en edad laboral estaba ocupada. En la actualidad, el análisis que realizaba el informe CERMI 2010 sobre la situación laboral de los jóvenes con discapacidad llega a unos resultados similares. En España, viven 163.650 jóvenes de entre 15 y 30 años con discapacidad, de los cuales sólo el 28,9% de ellos trabaja, frente al 56,8% de los que no tienen discapacidad y están trabajando. Asimismo, la tasa de actividad de los jóvenes españoles es del 66,2%, mientras que la de los que tienen cualquier tipo de discapacidad no llega al 50%.

Figura 8.2. Tasas de empleo y actividad en jóvenes con y sin discapacidad



Algunos de los motivos que destaca el CERMI para explicar estos datos son la “falta de oportunidades laborales” y de empleos “poco cualificados y mal remunerados”. De Lorenzo (2004) señalaba otras posibles razones, como que los empleadores creen que las personas con discapacidad no están preparadas para el trabajo y además no les dan la oportunidad de demostrar lo contrario. Otras razones son que, a menudo, las personas con discapacidad no han tenido el adecuado acceso a la educación y a la formación profesional, que los servicios de ayuda que requieren no están disponibles, que la legislación y las políticas no garantizan su incorporación al empleo y que los edificios y los medios de transporte no son accesibles para ellas. Stone y Colella (1996) aluden a otros factores como son: características de la organización y del puesto de trabajo, expectativas y consecuencias psicológicas que tendrá para el empleador contratar a una persona con discapacidad, y atributos de las persona con discapacidad y del empleador. Spirito y Bellino (2008) recogen otras posibles barreras al empleo que se han identificado en la literatura: a) aquellas que impiden que las personas con discapacidad participen en el proceso de búsqueda de empleo (acceso físico al empleo, sintomatología de la discapacidad, aspectos negativos de la medicación), b) aquellas barreras que dificultan la contratación (falta de habilidades, la propia discapacidad, los costes que supone la adaptación del espacio) y, c) la barrera más significativa es la que se refiere a las actitudes prejuiciosas de los empleadores, y la consecuente discriminación que pueden sufrir. En relación a la adaptación al espacio, por ejemplo, la incorporación de personas con discapacidad física a diversos entornos supone la adaptación del espacio físico a sus necesidades (Dijker y Koomen, 2007). Esto puede originar un coste extra que se traduce en un trato discriminatorio hacia las personas con discapacidad física en su acceso al mundo laboral, tal y como se refleja en diversos estudios (Ravaud, Madiot y Ville, 1992; Perry, Hendricks y Broadbent, 2000). Otro elemento que puede resultar clave a la hora de acceder al mundo laboral es el tipo de discapacidad (Hazer y Bedell, 2000; Stone y Colella, 1996; Spirito y Bellini, 2008). En este sentido, la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de*

Dependencia (2008) refleja que sólo el 32% de las personas con deficiencias mentales tiene un empleo, frente al 84% de las personas con deficiencias visuales, el 112% con deficiencia auditiva o el 132% con deficiencias osteoarticulares.

Desde una perspectiva psicosocial, también se han propuesto factores que traten de explicar la discriminación en el terreno laboral. Concretamente, estudios realizados en nuestro país ponen de manifiesto que la presencia cada vez mayor de personas con discapacidad en entornos laborales puede suponer una amenaza para los no discapacitados, que pueden ver amenazados sus intereses colectivos a nivel laboral. En este sentido, Ruiz y Moya (2005) encontraron que la percepción de amenaza a los intereses colectivos de las personas sin discapacidad y la percepción de que las personas con discapacidad tienen más oportunidades que las personas sin discapacidad, lo que se denomina privación relativa fraternal intergrupala, incrementaba las actitudes prejuiciosas hacia las personas con discapacidad. Siguiendo esta misma línea, en otro estudio (Silván-Ferrero y Bustillos, 2009) se mostraba que la variable que mejor predecía la actitud hacia las personas con discapacidad era la amenaza percibida en relación con los recursos, establecida a través de las creencias sumacero, que se traducen en que cuanto más se de al otro grupo, menos para el nuestro.

Ámbito social

Además del ámbito educativo y laboral, una de las principales dificultades a las que se enfrentan diariamente las personas con discapacidad es la integración social. Es decir, aunque las cifras más patentes se establezcan en términos laborales y educativos, se puede decir que persisten barreras sociales que fomentan el trato discriminatorio. Según los datos del Eurobarómetro (2007), el 91% de los ciudadanos de la Unión Europea manifestaba que se debería gastar más dinero en eliminar las barreras físicas que dificultan la vida de las personas con alguna discapacidad física. La persistencia de barreras arquitectónicas, dificulta, por ejemplo, como señala el informe CERMI 2010, que los jóvenes con discapacidad puedan disfrutar de un ocio normalizado debido a las barreras (físicas, de la comunicación y sociales) a las que se enfrentan para poder llevar a cabo un ocio normalizado. De ahí, que las principales actividades realizadas por el 80,8% del total sea ver la televisión y escuchar música. Menor porcentaje presentan otras actividades de ocio como chatear y enviar correo electrónico (0,03%), asistir a eventos deportivos o culturales (0,12%) o asistir a clases o cursos (0,48%) que no alcanzan el 1%. Sin embargo, la consecuencia última de todo esto, radica, en que las actividades que realizan en mayor medida no fomentan las relaciones y pueden llevar a una disminución de las redes sociales, como veremos más adelante.

Desde el modelo social en el estudio de la discapacidad, que veremos posteriormente, la discapacidad se define como el resultado de la interacción entre las demandas de

un impedimento físico o mental, la interpretación que la sociedad hace del impedimento y el contexto social, político y económico (Braddock y Parish, 2001). Es decir, no se trata de un problema personal, ni de una condición física o biológica sino que, como señalan Maya, García y Santolaya (2007) los verdaderos problemas de la discapacidad son las limitaciones físicas impuestas en un ambiente inaccesible y las actitudes sociales negativas, por lo que las desventajas que sufren las personas con discapacidad son el resultado no de su condición sino de prácticas sociales discriminatorias.

En resumen, se puede concluir que la variedad de leyes promulgadas en las últimas décadas, reflejan una notable preocupación de las diferentes instituciones públicas por mejorar la situación de las personas con discapacidad. A pesar de estos esfuerzos, los datos aún revelan la existencia de dificultades y barreras no sólo físicas sino mentales, que impiden la integración plena del colectivo. Asimismo, hacen necesario estudiar más a fondo los procesos que rigen la aceptación y el rechazo hacia las personas con discapacidad como se verá a lo largo del capítulo.



Pie de foto: Las barreras arquitectónicas dificultan la accesibilidad de las personas con discapacidad física.

Delimitación conceptual del término discapacidad: una revisión de los sistemas de clasificación

La concepción de la discapacidad ha sufrido una profunda transformación y evolución en los últimos años. Si bien ha sido percibida históricamente desde un enfoque sanitario y de protección social, actualmente se basa en una visión más completa con un carácter “bio-psico-social” como detallaremos más adelante. Por tanto, antes de continuar el desarrollo de este capítulo, resulta preciso delimitar el concepto de discapacidad así como establecer las diferencias con otros afines, especialmente el de deficiencia y minusvalía (para una revisión exhaustiva ver Jiménez, González y Martín, 2002). Todos estos términos, que han ido surgiendo a partir de las diferentes clasificaciones propuestas hasta la fecha, han tratado, por un lado, de contemplar aspectos tanto médicos como sociales en el diagnóstico y, por otro, de

reducir y eliminar las etiquetas negativas que pudieran tener connotaciones peyorativas, como *minusválido*. Sin embargo, no se puede hablar de que la evolución de este proceso haya sido fácil desde que en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicara la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). El objetivo primordial de este primer documento, era proporcionar instrumentos que sirvieran a los distintos países a enfrentarse a la situación de las personas con discapacidad. Por tanto, el empleo de la CIDDM ayudó a cambiar la forma de considerar a las personas con discapacidades. El esquema creado en 1980 trató de representar los tres niveles de la enfermedad: nivel bio-fisio-psicológico; nivel personal y nivel social, de forma que la CIDDM adoptó un modelo secuencial que recogía los siguientes niveles:

Enfermedad: es una *situación intrínseca* que abarca cualquier tipo de enfermedad, trastorno o accidente. La enfermedad está clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE).

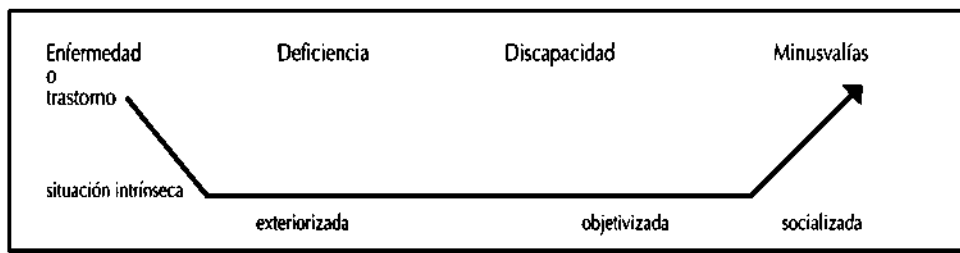
Deficiencias: se refieren a las anomalías que se producen en la estructura corporal y de la apariencia, así como trastornos a nivel de funciones de los órganos o sistemas. En este nivel, por tanto, se exteriorizan los síntomas (por ejemplo, un déficit auditivo).

Discapacidades: suponen una alteración de las actividades realizadas por la persona (limitación de la actividad, alteraciones de la conducta) y son, por tanto, la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad de la persona. Es decir, la deficiencia se *objetiviza*, por ejemplo, cuando no se pueden desempeñar algunos tipos de trabajo.

Minusvalías: este tercer nivel se materializa en la situación de desventaja de la persona frente a los demás (restricción de la participación) como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, de forma que reflejan la adaptación del individuo al entorno.

Estos tres niveles se representan en la Figura 8.3.

Figura 8.3. Esquema de los tres niveles de enfermedad en la CIDDM1



Fuente: Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, OMS, 1980.

Sin embargo, esta representación de la CIDDM1, a pesar de su utilidad conceptual, ofrece algunas limitaciones, como son la falta de una adecuada relación entre los distintos conceptos, de forma que se tiende a interpretar como un modelo causal y unidireccional desde la deficiencia a la discapacidad y a la minusvalía. Sin embargo, esta relación no tiene porqué ser siempre así. Pueden existir minusvalías que se deriven directamente de una enfermedad, y que, sin causar una deficiencia clara (pérdida o anomalía), ni una discapacidad (restricción o ausencia de capacidad), pueda producir una minusvalía (un niño portador de VIH que se encuentra en situación de desventaja en actos sociales donde no puede participar en igualdad de condiciones). Por otro lado, también puede ocurrir que una determinada minusvalía, como la desventaja en la que se pueden encontrar niños con alguna enfermedad mental, llegue a causar discapacidades (como sería el caso de la limitación en su capacidad para desarrollar un trabajo en el futuro motivado por la prolongada situación de aislamiento y rechazo a la que se ha visto sometido). Otra carencia fundamental en esta secuencia es que, como se pone de manifiesto, no refleja la importancia de los factores contextuales (externos-factores ambientales/internos-factores personales). Finalmente, se ha considerado que predomina la perspectiva negativa, centrada en las deficiencias.

A partir de 1993, comienza un proceso de revisión que culmina con la elaboración de CIDDM 2 (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Actividades y Participación) en 1997. Según este modelo, las consecuencias de la enfermedad se consideran como una interacción compleja entre la alteración de la salud y factores de contexto, de manera que las intervenciones sobre un elemento pueden inducir modificaciones en los demás elementos relacionados. La interacción entre los distintos elementos es bidireccional y no es siempre previsible. Asimismo, se elimina el término discapacidad, ya que hace referencia más a la capacidad que a la actividad. Esta nueva clasificación va a diferenciar entre deficiencia, actividad y participación (véase Cuadro 8.1). Como se puede observar, en este esquema, se elimina el nivel de minusvalía, de manera que los términos se empiezan a expresar de forma más neutral.

Cuadro 8.1. Principales conceptos de la CIDDM 2

<p>Deficiencia Pérdida o anomalía de una estructura o función</p>
<p>Actividad Las actividades se pueden ver limitadas en naturaleza, duración y calidad. Por tanto, la limitación de actividad (antes discapacidad) es la dificultad que tiene una persona para realizar, lograr o terminar una actividad</p>
<p>Participación Se refiere a la naturaleza y el grado de intervención de una persona en situaciones de la vida con relación a deficiencias, actividades, alteraciones de la salud y factores de contexto. La participación puede verse restringida en naturaleza, duración y calidad. La restricción de la participación es una desventaja para la persona con deficiencia o discapacidad, que se crea o agrava por las características de los factores de contexto (ambientales y personales)</p>

El proceso de revisión continúa, y en 1999 aparece un nuevo borrador de la CIDDM 2 que se publica de forma abierta, es decir que proporcionó materiales de campo para que se pudieran hacer sugerencias sobre el texto. Este proceso culmina en 2001 con la aprobación de una nueva clasificación la CIF (Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud).

La CIF está basada en la integración de dos de los principales modelos propuestos para explicar la discapacidad como es el modelo médico y social. El modelo médico enfoca las consecuencias de la enfermedad como un problema "personal", causado directamente por una enfermedad, un trastorno o cualquier otra alteración de la salud, que requiere asistencia médica en forma de un tratamiento individualizado por parte de profesionales. El manejo de las consecuencias de la enfermedad esta dirigido a facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación. Por su parte, el modelo social de la discapacidad, enfoca la cuestión desde el punto de vista de la integración social de las personas que sufren las consecuencias de una enfermedad, considerando que esas consecuencias no son un atributo de la persona, sino un conjunto de alteraciones en la interacción de la persona y su medio, y se ven originadas por el entorno social.

Desde esta dialéctica entre modelos, la discapacidad se va a conceptualizar como un problema social y personal, que requiere no sólo atención médica y de rehabilitación, sino también apoyo para la integración social (en este sentido véase el Capítulo 4). Por tanto, la discapacidad requiere respuestas tanto a nivel individual como de acción social, y cuya superación requiere tanto de cambios personales como cambios en el entorno.

Respecto a los anteriores sistemas de clasificación, la CIF presenta algunos cambios, de manera que se va a aproximar al resto de clasificaciones internacionales como la CIE además de presentar cambios notables en los indicadores anteriores. Por tanto, la CIF no es sólo una clasificación de personas, sino de características de la salud de las personas dentro de su contexto personal y externo lo que hace que los individuos no sean reducidos o caracterizados en función de sus deficiencias, limitaciones o restricciones. Otro aspecto importante de esta clasificación es que defiende la universalidad de los criterios utilizados, es decir, pretende lograr la transculturalidad e internacionalidad en su aplicación, al margen de la raza, edad o sexo de las personas a valorar (del Campo, Saneiro y Roca, 2002).

Esta nueva clasificación se estructura en torno a dos componentes: (1) Funcionamiento y discapacidad y (2) Factores contextuales. Dentro de los primeros, se incluyen las funciones o estructuras corporales, las actividades a nivel individual y la participación en la sociedad. Los factores contextuales comprenden a su vez aspectos ambientales y personales. Las principales definiciones de la CIF y algunos ejemplos se muestran en el Cuadro 8.2.

Cuadro 8.2. Principales conceptos de la CIF (2001)

Funciones corporales: funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluyendo las psicológicas (funciones auditivas, funciones musculares)

Estructuras corporales: partes anatómicas del cuerpo, como órganos, extremidades y sus componentes (estructura del ojo, estructuras involucradas en la voz y el habla)

Deficiencias: problemas en las funciones o estructuras, como desviaciones significativas o pérdidas

Actividad: realización de una tarea o acción por parte de un individuo (movilidad, autocuidado, vida doméstica)

Participación: acto de involucrarse en una actividad

Limitaciones en la actividad: dificultades en el desempeño o realización de actividades

Restricciones en la participación: problemas para involucrarse en situaciones vitales

Factores ambientales: el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas (apoyo y relaciones, actitudes)

En definitiva, el aspecto más importante de la CIF, es que promueve un modelo de discapacidad de algún modo más positivo, en el que la discapacidad debe constituir la expresión de un determinado estado de salud, pero no indica que el individuo deba ser considerado como un enfermo. Desde esta perspectiva, la CIF permite ver en una misma persona, no sólo una discapacidad que limita algunas de sus posibilidades, sino también las cualidades y capacidades que posee. Uno de los términos eliminados definitivamente en la CIF, es el de minusvalía, por su carácter negativo, y pretende utilizar discapacidad de una manera genérica. Sin embargo, uno de los debates abiertos sigue siendo, la forma en que es apropiado referirse a las personas con limitaciones (personas con discapacidad o personas discapacitadas). Aunque, el problema no es sólo de lenguaje, sino también de luchar contra las actitudes negativas de las personas y la sociedad en relación con la discapacidad. Como ya se ha expresado previamente, Funcionamiento y Discapacidad son concebidas en la CIF como dos elementos que mantienen una interacción dinámica, mediatizada por los factores contextuales. Estos factores y en concreto los factores sociales relacionados con estructuras sociales formales o informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o en la cultura tienen un gran efecto sobre los individuos. En esta categoría se incluyen todos los aspectos relacionados con las actitudes del entorno social. Se espera, por tanto, que la visión positiva impulsada por la CIF sobre la discapacidad y sobre la persona tenga un efecto inmediato sobre la conducta de las personas con discapacidad. De alguna manera, si se ve a la persona con algún tipo de discapacidad como una persona llena de cualidades y se espera algo de ella, es más probable que desarrolle sus potencialidades que si sólo son vistas sus deficiencias y limitaciones.

Estigma social y discapacidad

Al comienzo del capítulo nos referíamos a estudios que reflejaban la persistencia de las actitudes negativas y del trato discriminatorio hacia las personas con discapacidad. Desde una perspectiva psicosocial, el estudio de las actitudes hacia las personas con discapacidad surgió en EEUU a partir de los años 70, promovido por la promulgación de los instrumentos legislativos encaminados a la mejora de la situación de este colectivo. Estos estudios se proponían identificar los factores que podían favorecer relaciones más positivas entre las personas con y sin discapacidad (Belgrave, 1984; Belgrave y Mills, 1981; Donaldson, 1980; Hastorf, Wildfogel y Cassman, 1979; Yaker, 1988).

Ruiz y Moya (2007) concluyen, a partir de una extensa revisión de la literatura, que desde la Psicología Social, el estudio de la discapacidad se ha realizado primordialmente desde el paradigma del estigma social. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad se consideran miembros de un grupo minoritario que puede ser objeto de discriminación como las minorías étnicas, las mujeres o los ancianos. Por tanto, el proceso de estigmatización nos va a ayudar a entender los factores que pueden explicar la actitud negativa y la persistencia de discriminación hacia las personas con discapacidad.

En este apartado, vamos a considerar, en primer lugar, diferentes definiciones de estigma, enfatizando su carácter social, de forma que lo trataremos como un proceso de construcción social que engloba varios componentes. A continuación se va a tratar algunos aspectos relacionados con la forma en que se pueden clasificar los diferentes estigmas. Finalmente, se van a contemplar algunos mecanismos implicados en la interacción entre las personas con y sin discapacidad. Este último punto puede mostrar posibles razones que pueden explicar las dificultades a las que se enfrentan las personas con y sin discapacidad, factores que pueden provocar en último término que la actitud hacia la integración sea más o menos favorable.

Definición psicosocial de estigma y su relevancia en relación a la discapacidad

Una de las principales preocupaciones de la CIF (2001) era evitar el etiquetado sistemático de la persona, por lo que en las categorías utilizadas se ha aplicado un lenguaje positivo, tratando de evitar toda referencia a la persona en términos de discapacidad y eliminando conceptos y términos de menosprecio, estigmatización o que posean connotaciones inapropiadas. ¿A qué se refiere el proceso de estigmatización? En la antigua Grecia el término estigma se utilizaba para referirse a un signo físico externo con el que esclavos, criminales o traidores eran marcados para

resaltar su inmoralidad o falta de adecuación a la sociedad. De esta forma los que llevaban una marca de esas características se reconocían fácilmente y, por tanto, despreciados y evitados por el resto de los ciudadanos. Si bien en nuestro tiempo no se utiliza este término en su sentido más literal –corte o quemadura–, este concepto se retomó en el ámbito de la Psicología a partir de la publicación del libro “Stigma: Notes on the management of spoiled identity” (Goffman, 1963). Goffman (1963) definió el estigma como un *atributo desacreditante* que convierte a un sujeto en diferente y de una categoría poco deseable. Desde esta primera conceptualización, la definición de este término ha evolucionado hasta poner de manifiesto la importancia del componente situacional además de las características observables. Ya en esta línea, Crocker, Major y Steele (1998) señalaron que la persona estigmatizada “posee (o se cree que posee) algún atributo o característica que conforma una identidad social que es devaluada en un contexto social dado” (pg. 505). Es decir, que es necesario tener en cuenta el contexto en el que se produce la estigmatización además de las características físicas observables. Dovidio, Major y Crocker (2000) definieron el estigma como “una construcción social” que incluye el reconocimiento de una diferencia basada en una marca y la posterior devaluación de esa persona. Stangor y Crandall (2000) sugirieron que para considerar una característica como un atributo desacreditante es necesario que se trate de una realidad compartida entre los miembros de una sociedad. Es decir, aunque un determinado atributo sea definido como estigma, eso no lo convierte en estigmatizante en sí mismo hasta que no se define en relación al grupo y las creencias de sus miembros con el resto de creencias que se mantienen en la sociedad. El estigma supone que existe un estatus negativo establecido a nivel social así como una actitud negativa y, en consecuencia, todo esto lleva a un comportamiento discriminatorio hacia el grupo estigmatizado (Hebl y Dovidio, 2005).

En definitiva, las definiciones más recientes de estigma ponen el énfasis en el componente situacional, y en los procesos que nos llevan a considerar a una persona como estigmatizada en un contexto dado. Si nos centramos únicamente en una serie de características externas que caracterizan por igual a todos los grupos estigmatizados así como al modo en que son percibidos cada uno de sus miembros restamos importancia al contexto, al ambiente, que propicia el hecho de un sujeto pueda ser estigmatizado en un contexto dado pero no en otro (Dovidio, Major y Crocker, 2000; Stangor y Crandall, 2000). No se trata de quitar importancia a una evidencia objetiva y visible que en la mayoría de los casos dispara el proceso, sino de resaltar, que la estigmatización se inserta dentro un marco formado por distintas perspectivas siendo varios los elementos que afectan a este proceso psicosocial.

¿Cuáles son los grupos que podemos denominar estigmatizados?

Cuando los griegos marcaban a los esclavos reflejaban con esa marca la falta de adecuación de ese grupo a la sociedad, es decir la violación de las normas morales. A lo largo de la historia, tanto intra como interculturalmente, la sociedad ha estado de acuerdo en qué tipo de atributos son estigmatizantes, y éstos se han ido ampliando paulatinamente. También existen variaciones entre las culturas que hacen que un tipo de estigma sea más estigmatizante en una sociedad que en otra. Hay evidencia de que los países no occidentales muestran un mayor rechazo a la enfermedad mental, la homosexualidad y a diferentes tipos de discapacidad que los países occidentales (Inglehart y Baker, 2000; Room, Rehm, Trotter, Paglia y Üstün, 2001; Westbrook, Legge y Pennay, 1993).

Hoy en día podríamos definir con facilidad los grupos estigmatizados de nuestra sociedad en función de una serie de características, como el color de la piel, un defecto físico, una perturbación psíquica o la pertenencia a un grupo socialmente desfavorecido. Además podemos plantearnos la cuestión de cuáles son los rasgos que determinan que un individuo sea clasificado como estigmatizado. Cuando Crocker (en Crocker y cols., 1998) pidió a sus alumnos que elaborasen una lista con los grupos estigmatizados existentes en la sociedad norteamericana en ese momento, encontró que la lista era amplia: mujeres, afroamericanos, cristianos, judíos, enfermos de Sida y obesos. Crocker y cols. (1998) apuntaron entonces que no se trata de un conjunto de rasgos definitorios que clasifican al grupo como estigmatizado claramente, sino que estos grupos se definen en torno a una serie de condiciones compartidas como son: desventajas económicas, ser rechazado, ser discriminado y ser objeto de estereotipos negativos; y ninguna es necesaria ni suficiente para identificar al grupo como estigmatizado.

Dimensiones del estigma y discapacidad

Antes referíamos la lista de grupos estigmatizados enumerada por los alumnos de Crocker. Sin embargo, si observamos las características de dichos grupos, vemos que el rechazo proviene de dimensiones comunes que facilitan la agrupación de los distintos estigmas. Aspectos como la visibilidad del estigma o el grado en que percibimos que la persona ha sido responsable del origen y mantenimiento de su estigma, y en la medida en que interrumpe la interacción son importantes en la medida que provocan distintos comportamientos y reacciones en los sujetos no estigmatizados.

Desde la pionera taxonomía de Goffman (1963) que los clasificó en función de tres dimensiones, se han propuesto diversas formas de agrupar los estigmas que recogemos en el Cuadro 8.3.

Cuadro 8.3. Resumen de las principales dimensiones del estigma encontradas en la literatura

Goffman (1963)	imperfecciones del cuerpo (defectos físicos), imperfecciones del carácter (enfermedades mentales, adicciones) y tribales (sexo o raza).
Jones, Farina, Hastorf, Markus, Miller y Scott (1984)	grado en que se puede ocultar el estigma a los otros, curso que ha seguido el desarrollo del estigma, forma en que interfiere en la interacción social, cualidades estéticas que provocan rechazo y repulsa, origen –orgánico, intencional o accidental– y peligro que puede ocasionar a los demás en forma de contagio.
Crocker y cols. (1998)	visibilidad y controlabilidad.

Goffman (1963) distinguió tres tipos de estigma: “imperfecciones del cuerpo” (por ejemplo, un defecto físico), “imperfecciones del carácter” (enfermedades mentales, adicciones) y “tribales” (sexo o raza). Esta clasificación supone una primera aproximación y ya recoge las dimensiones más importantes aunque se puede considerar imperfecta puesto que un individuo puede incluirse en más de una categoría (Crocker y cols., 1998). Estos autores propusieron dos dimensiones para entender la experiencia del estigmatizado y del estigmatizador: la visibilidad y la controlabilidad. La visibilidad se refiere al grado en que el estigma se puede ocultar a los demás. Hay problemas físicos que resultan difíciles de ocultar, si los comparamos con algún tipo de enfermedad mental. Las reacciones negativas al estigma en función de la visibilidad se pueden explicar desde un punto de vista evolutivo (Schaller, Park y Faulkner, 2003). Según estos autores, existen ciertos aspectos visibles, como una discapacidad física –un miembro amputado– que despiertan la vulnerabilidad a la enfermedad. Es decir, pueden existir mecanismos que han evolucionado para hacerse más sensibles a rasgos físicos o conductuales que son juzgados como inusuales.

La controlabilidad se refiere al grado en que se considera a la persona responsable de su estigma. Si se considera que un estigma es controlable en su origen y/o su posible solución, se rechaza más al que lo posee al considerar que podía haberlo evitado, a diferencia de aquellos estigmas con una causa incontrolable. La controlabilidad afecta también a la persona con estigma que puede o bien reconocer que es incapaz de solucionar su problema, aunque pueda, o pensar que puede superarlo, cuando realmente no es posible, como ocurre en algunos estigmas de origen orgánico. Si bien, la visibilidad puede ser una dimensión clave en la discapacidad, la controlabilidad parece ser más propia de otro tipo de estigmas, en los que realmente se

puede atribuir una causa, como es el SIDA o la drogadicción. Un aspecto importante ligado a estas dimensiones, es la respuesta emocional que provocan. Es decir, la respuesta a los estigmas no es uniforme, sino que puede variar en función de las dimensiones en las que se pueden clasificar. Existen aspectos, como la visibilidad, que pueden provocar reacciones negativas, en la medida en que si el estigma resulta estéticamente desagradable puede suscitar un mayor rechazo. Sin embargo, otras dimensiones pueden provocar sentimientos más positivos, por ejemplo cuando no se pudo controlar la causa del estigma, como ante una persona en silla de ruedas por un accidente de tráfico. En este sentido, diferentes investigaciones se han centrado en conocer las reacciones emocionales. En un trabajo pionero de Weiner, Perry y Magnusson (1988) se encontró que los sentimientos de pena y de ira variaban en función de la controlabilidad del estigma. Más adelante, Dijker y Koomen (2003) añadieron la respuesta de ansiedad al modelo de Weiner y cols. (1988). En la actualidad, se confirma la propuesta de las dimensiones y las reacciones en diferentes situaciones de interacción (véase Cuadro 8.4).

Cuadro 8.4. Estudio más reciente sobre grupos estigmatizados y dimensiones

Una investigación más reciente (Towler y Schneider, 2005) se propuso investigar cómo diferenciaban las personas diferentes grupos estigmatizados y qué dimensiones utilizaban para distinguirlos. En una primera parte, en la que pidieron a los participantes que clasificaran 45 grupos estigmatizados en función de la semejanza percibida entre ellos, encuentran que éstos se pueden agrupar en las siguientes categorías: discapacidad física (por ejemplo, ciegos, epilépticos, sordos, personas con cáncer), discapacidad mental (depresivos, enfermos mentales, esquizofrénicos), apariencia física (obesos, personas con marcas faciales), identidad sexual (gays, lesbianas, transexuales), identidad racial (negros, latinos, asiáticos), desviados socialmente (asesinos, drogadictos, alcohólicos) y desfavorecidos económicamente (sin techo, desempleados). Asimismo, aparecieron tres dimensiones básicas en esta clasificación: indeseabilidad social, es decir, grupos que amenazan el orden y la seguridad; controlabilidad, en el sentido ya descrito, y los sentimientos de pena y lástima que despierta el grupo. En la segunda parte de este estudio, exploraban las reacciones ante los grupos más representativos de cada una de las categorías en diferentes situaciones de interacción, como el trabajo o encontrarse en un ascensor. Las reacciones eran más positivas, en el caso de la identidad racial y de la discapacidad física, mientras que la enfermedad mental era la que recibía una evaluación más negativa y despertaba mayor incomodidad ante una posible interacción.

Fuente: Towler y Schneider (2005).

Todos los trabajos expuestos hasta ahora, muestran la relevancia que tiene contemplar las dimensiones en el estudio del estigma, en la medida en que afectan a las respuestas que se dan a esos grupos. Verdugo (1995) ha destacado la importancia que tiene el análisis de actitudes hacia las personas con discapacidad señalando que estas actitudes son diferentes en función del tipo de deficiencia del que se hable. Las dimensiones que están contenidas en la discapacidad tienen consecuencias en los procesos psicosociales de aceptación y rechazo. Si englobamos la discapacidad física, psíquica y sensorial dentro de una misma categoría, estamos considerando entonces que todas provocan el mismo las mismas reacciones afectivas, que tienen idéntico origen y evolución, y que obstaculizan las relaciones entre personas con y sin discapacidad de manera similar. Sin embargo, esto no es así, tal y como se ha mostrado en un estudio que, precisamente, tenía como finalidad explorar los sentimientos hacia personas con distintos tipos de discapacidad (Silván-Ferrero, 2008). En este estudio se mostraba que la discapacidad tanto física como visual despertaba más sentimientos de signo positivo como el afecto. Sin embargo, la discapacidad auditiva era la que despertaba más ansiedad en comparación con las otras dos.

Factores que afectan a la interacción entre las personas con y sin discapacidad

Como venimos señalando en este capítulo, aunque, en la sociedad actual, estamos asistiendo a un proceso de integración cada vez mayor de las personas con discapacidad en diferentes entornos, la evolución de la actitud de las personas sin discapacidad sigue siendo lenta. La experiencia y el conocimiento adecuado sobre cómo comportarse ante los miembros del otro grupo, parecen ser factores importantes para reducir la tensión a la hora de relacionarse con los miembros de grupos estigmatizados. Pero, también resulta clave la otra perspectiva, la de las personas con estigma, que no son víctimas pasivas de la situación sino que responden a ella de diferentes maneras en función de su experiencia (Swim, Cohen y Hyers, 1998).

En este apartado vamos a tratar precisamente de los factores que pueden afectar de manera positiva o negativa en la interacción entre personas con y sin discapacidad. Vamos a seguir los estudios realizados bajo el paradigma del estigma social, tratando de ver la aplicación que tiene en el ámbito de la discapacidad. Aunque, se puede señalar la dificultad que hay en encontrar estudios que hayan tratado ambas perspectivas de forma conjunta (Dovidio, Major y Crocker, 2000) y la falta de un marco teórico consistente que explique las motivaciones y conductas que las personas con y sin estigma llevan a una situación concreta (Fox y Giles, 1996). Por este motivo, se ha puesto de manifiesto la necesidad de realizar más estudios en situacio-

nes de interacción social a pesar de las dificultades y problemas metodológicos que pueden plantear (Hebl y Dovidio, 2005). Por ejemplo, si se utilizan personas que simulen una discapacidad, se va a ganar en control experimental, pero obviamente ese estímulo no puede reaccionar de la misma manera que alguien que ha soportado discapacidad durante un largo tiempo. Por otro lado, si se utiliza una persona con una discapacidad real es necesario un riguroso control y entrenamiento del estímulo para que finalmente se puedan atribuir las respuestas a la discapacidad. Estos autores sugieren utilizar ambos tipos de estímulo para poder obtener validez convergente en el procedimiento. Otro problema es que estos estudios sólo contemplan una perspectiva, es decir la reacción de la persona sin estigma, y no tienen en cuenta el comportamiento recíproco, es decir la respuesta de la persona que posee el estigma. En definitiva, y tratando de aunar posturas, se puede considerar que es necesario estudiar los procesos específicos implicados en las actitudes hacia grupos estigmatizados tanto desde una forma experimental, como en contextos específicos. Esto nos permitiría conocer más acerca de las actitudes que tienen las personas que conviven con ellos, es decir cómo les afecta su presencia en un entorno que puede tener costes y beneficios para las personas con y sin discapacidad.

A continuación vamos a presentar la perspectiva de las personas con y sin estigma dentro del contexto de una interacción, de forma que podamos encontrar algunos mecanismos que expliquen su comportamiento. En este proceso, vamos a ir resumiendo las perspectivas teóricas más interesantes de forma que al final, se disponga de un marco amplio de las motivaciones implicadas en la interacción de las personas con y sin discapacidad.

Perspectiva de las personas sin discapacidad

Desde esta perspectiva, la dirección apunta a que se producen discrepancias entre las actitudes y la conducta manifiesta. Ya en las investigaciones pioneras en este ámbito (Heinemann, 1990; Heinemann, Pellander, Vogelbusch y Wojtek, 1981; Kleck, 1968, 1969; Kleck, Ono y Hastorf, 1966) aparecía una clara diferencia entre las evaluaciones que se hacían de la persona con discapacidad, con un tono positivo, y las conductas no verbales, que reflejaban ansiedad y evitación. Es decir, se evita por todos los medios comportarse de forma negativa, pero los estereotipos que se tienen sobre los grupos, por ejemplo de un enfermo mental, pueden surgir de una manera automática originando discrepancias entre la conducta y las actitudes. Crocker y cols. (1998) recogieron algunas posibles explicaciones a esta discrepancia. Antes de describirlas hemos de señalar que, aunque la mayoría han surgido en el contexto de las relaciones interétnicas, en muchos casos son extrapolables a las relaciones con las personas con discapacidad.

Encubrimiento

Una posible razón para explicar las discrepancias, es que, cuando se pregunta por la actitud general hacia las personas con discapacidad se encubre la verdadera actitud porque de esta forma se evitan el violar las normas establecidas de igualdad. Si se expresa el prejuicio y la actitud negativa, se vulneran las normas en pro de la igualdad y la tolerancia. Esto plantea dos problemas: en qué ocasiones se encubre la verdadera actitud y la veracidad de los datos de los autoinformes y cuestionarios sobre actitudes hacia ciertos grupos. Parece políticamente más correcto manifestar una actitud negativa hacia algunas minorías étnicas, que hacia una persona en silla de ruedas, porque la norma social es más estricta cuando nos referimos a este último grupo.

Prejuicio moderno

Las teorías del racismo moderno (McConahay, 1986) y racismo simbólico (Kinder y Sears, 1981) sostienen que se deben evitar las formas antiguas de racismo. En esta nueva forma de expresar el prejuicio racial se evitan términos de inferioridad, y en su lugar se prefieren conductas simbólicas que protegen de la amenaza de otros grupos a los valores de nuestra sociedad. Por tanto, los que se adhieren a esta forma de prejuicio no mostrarán su apoyo hacia las políticas que favorezcan la igualdad de oportunidades en el empleo, y ni la educación inclusiva. En relación a las personas con discapacidad, Ruiz y Moya (2005) consideran que la discriminación hacia las personas con discapacidad puede venir explicada en mayor medida por el nuevo prejuicio que por las formas tradicionales. Como comentábamos con anterioridad, estos autores encontraban que la percepción de amenaza a los intereses colectivos de las personas sin discapacidad y la privación relativa fraternal intergrupala incrementaban las actitudes prejuiciosas hacia las personas con discapacidad.

Prejuicio aversivo (Gaertner y Dovidio, 1986)

Este tipo de prejuicio se caracteriza por acentuar la importancia de los aspectos situacionales. El prejuicio se manifiesta como una respuesta aversiva, como reacción a determinados contextos que producen ansiedad. Al racista aversivo le desagrada el contacto directo con los miembros de otros grupos minoritarios. Esta respuesta aparece especialmente en situaciones donde las normas son ambiguas o conflictivas. En caso de que existan normas antidiscriminatorias lo usual, es que se adhieran a ellas. De nuevo coexisten en las personas una actitud liberal de igualdad y tolerancia hacia otros grupos y una ansiedad residual o incomodidad en el trato con miembros de otros grupos debido a la imagen negativa que tenemos de ellos.

Ambivalencia actitudinal (Katz, 1981)

En 1981, Katz definió el término ambivalencia como una condición psicológica en la cual una persona tiene disposiciones tanto positivas (amistad, simpatía, aceptación) como negativas (hostilidad, denigración, rechazo) hacia un grupo. El problema es que este conflicto se traduce en conductas más extremas en función de la situación. Por ejemplo, si una persona con discapacidad se comporta de forma positiva, va a recibir evaluaciones mucho más positivas en comparación con la persona sin discapacidad. En caso de que la persona con discapacidad muestre un comportamiento negativo, se le va a valorar de forma más negativa que a la persona sin discapacidad.

Ansiedad social

Stephan y Stephan (1985) utilizaron el término ansiedad intergrupala para referirse a la ansiedad experimentada en el contacto con miembros de otro grupo, exogrupo, e incluso al anticipar un encuentro con ellos. La mayoría de las investigaciones muestran como personas que no se consideran prejuiciosas, muestran ansiedad e inseguridad en el momento de la interacción con personas estigmatizadas (cfr. Crocker, Major y Steele, 1998). La preocupación por mostrar un comportamiento en el que no se manifieste el prejuicio de forma evidente, supone una verdadera amenaza para el individuo sin estigma, porque teme ser acusado de prejuicioso, insensible u hostil. Hebl, Tickle y Heatherton (2000), calificaron de "momentos difíciles" a estos encuentros marcados por la ansiedad y la evitación y enumeran las posibles fuentes de ansiedad por parte de la persona sin estigma:

- Temor al daño, es decir al miedo que despiertan ciertos grupos en lo referente al contagio y a la amenaza que suponen para la salud. También el miedo puede provenir del temor a una agresión física y a la impredecibilidad del comportamiento de la persona que posee el estigma (Neuberg, Smith y Asher, 2000). En el caso de algunas enfermedades mentales, este aspecto es claro. Se teme además por el contagio social, porque se vincule a las personas sin estigma con las que sí lo poseen, es decir, por asociación con el estigmatizado (Goffman, 1963). Neuberg, Smith, Hoffman y Russell (1994) han encontrado evidencia del estigma por asociación utilizando como estímulo la homosexualidad. Los heterosexuales eran vistos más negativamente cuando se asociaban a un homosexual. Un estudio de Goldstein y Johnson (1997) mostraba que se evaluaba a las parejas de las personas con discapacidad, como menos inteligentes, sociables o atléticas, en comparación con las parejas de personas sin discapacidad.

- Infrecuencia, así como la falta de experiencia y conocimiento que favorecen la aparición de la ansiedad. La infrecuencia hace más saliente al estigma y propicia el evitar los contactos con estigmatizados. Aunque en España, el 8,5% de la población total muestra algún tipo de discapacidad (EDAD, 2008) y su integración va siendo cada vez mayor, posiblemente no se trate de un contacto tan frecuente si lo comparamos con otros grupos. De esta forma, no hay una experiencia que reduzca la incertidumbre y el saber cómo actuar en su presencia. Interrogantes como ¿le ofrezco mi ayuda?, o ¿pregunto qué le ocurrió?, generan una activación que se traduce en una mayor torpeza en las personas sin discapacidad. Cabría plantearse si contactos más duraderos en el tiempo, y un conocimiento más amplio de las necesidades y motivaciones del discapacitado reduciría esa activación puesto que se dispondría de una información más amplia sobre cómo actuar.
- Violación de las normas y expectativas que tenemos sobre nuestro comportamiento y el del otro en un encuentro con una persona con algún estigma. Tenemos esquemas sobre la forma en que debe desarrollarse un encuentro con una persona con discapacidad, pero puede suceder que esta persona se comporte de una forma no esperada e impredecible. Esto obliga a reestructurar las expectativas previas. Por ejemplo, si se espera que una persona con discapacidad pida ayuda, pero la rechaza cuando se le ofrece, va a ocasionar una ruptura de los esquemas previos generando incomodidad.
- Supresión del pensamiento, esto es, no hacer alusión al tópico del estigma y a todo lo referido a él, puesto que sólo puede ser introducido por el que lo posee. Sin embargo, hay evidencia de que se produce un efecto “rebote” de los pensamientos censurados que aparecen durante la interacción generando, por tanto, ansiedad (Hebl y cols., 2000).
- Interpretaciones erróneas del grupo estigmatizado que inducen a la incertidumbre y duda en la conducta de la persona sin estigma. Por ejemplo, si consideramos que las personas con discapacidad se ofenden rápidamente si se habla sobre el tema con ellos. Esas creencias provienen de imaginarnos lo que pensaríamos nosotros si estuviéramos en su posición y no de una información real.
- Sentimientos arraigados de hostilidad por el origen y mantenimiento de un tipo de estigma, y creencias de que el mundo es justo y de que cada una tiene lo que se merece y merece lo que tiene. Cuando se tienen estos sentimientos, resulta difícil que se contemple el hecho de que existen estigmas de nacimiento e irreversibles, y otros en los que el individuo no es responsable (en el caso de un accidente de tráfico causado por otro).

La perspectiva de la persona con discapacidad

Como señalábamos anteriormente, las personas estigmatizadas, no reaccionan pasivamente a las situaciones, sino que también están alerta ante la información que reciben. Es posible que interpreten de forma negativa la intención de ayudarles, bien porque crean que no es necesaria, o por las creencias que mantienen, por ejemplo, me ofrecen ayuda porque soy inferior. Hebl y cols. (2000) señalan que también pueden experimentar ansiedad, y recogen algunas de las posibles razones:

- Temor al rechazo. La persona con algún estigma alcanza el éxito en la interacción en la medida en que es aceptado por el otro y, por lo general, procura que se le vea de la manera más normal posible (Coffman, 1963). El problema añadido es la ansiedad sufrida ante el temor del rechazo hace que la persona con estigma, se comporte como se espera, reforzando así el estereotipo. Un ejemplo claro es el de los niños tartamudos, que ante este temor al rechazo se comporten de forma más estereotípica.
- Estar en el punto de mira, ser el centro de la interacción, de forma que el estigma se convierte en una clave para juzgar sus actos y se va a definir a la persona por su estigma, no por su personalidad o la situación. Otra consecuencia de estar en el punto de mira y prestar más atención al estigma que a la persona, es que se puede asumir que poseer un estigma lleva a otras características negativas añadidas. Por ejemplo cuando pensamos que un individuo en silla de ruedas tiene también limitaciones intelectuales.
- Tener una imagen negativa de sí mismos y de su estigma. Esto conlleva una peor autoestima, un estado de ánimo negativo, un incremento del aislamiento y una falta de interés por relacionarse con otras personas puesto que no tienen expectativas positivas sobre el éxito de la interacción social. Sin embargo, en el siguiente apartado veremos que esto no es siempre así, y que pertenecer a un grupo desfavorecido no siempre tiene efectos negativos en la autoestima.
- Sobreinterpretación de las acciones que realizan las personas sin estigma y que llevan a considerar actos no discriminatorios como discriminatorios. Por ejemplo, Kleck y Strenta (1980) encontraron que los individuos con falsas marcas faciales interpretaban signos no verbales neutros como de antipatía y rechazo, confirmando así las expectativas negativas que tienen sobre la interacción.

Todos los motivos mencionados como posibles fuentes de ansiedad en las personas con y sin estigma se resumen en el Cuadro 8.5.

Cuadro 8.5. Principales fuentes de ansiedad en las personas con y sin estigma

Persona sin estigma	Persona con estigma
<ul style="list-style-type: none"> • Temor al daño • Infrecuencia de algunos estigmas • Violación de normas y expectativas • Supresión del pensamiento • Interpretaciones erróneas • Sentimientos de hostilidad por el origen del estigma 	<ul style="list-style-type: none"> • Temor al rechazo • Estar en el punto de mira • Tener una imagen negativa de sí mismos y del estigma • Sobre-interpretación de las acciones

¿Cómo afrontar la situación de la discapacidad?

A lo largo del capítulo venimos hablando de las dificultades que tienen las personas con discapacidad para lograr su plena integración, laboral, educativa y social. Asimismo, se han contemplado algunos factores que pueden contribuir a que las relaciones entre las personas con y sin discapacidad no sean tan fluidas como deberían ser. Un aspecto final que vamos a tratar, y que puede resultar clave de cara a la intervención psicosocial con este colectivo, es conocer cómo viven las personas con discapacidad su experiencia, y de forma paralela, las diversas estrategias con las que afrontar las consecuencias negativas que puedan existir.

Desde el paradigma del estigma social, se asume que el proceso de estigmatización puede tener diversas consecuencias a nivel social, psicológico y de salud. A nivel social, la estigmatización puede afectar a las relaciones personales, en la medida en que empeoren las existentes y resulte difícil crear nuevas redes sociales. En este sentido, destacábamos al principio que la persona con discapacidad debe enfrentarse a barreras no sólo físicas sino también mentales, siendo estas últimas las más difíciles de eliminar. Dentro de las consecuencias psicológicas, el estigma puede llevar a implicaciones negativas como la depresión, la ansiedad y la hostilidad (Jones y cols., 1984). Sin embargo, hay datos que muestran que pertenecer a un grupo estigmatizado no siempre devalúa la autoestima de sus miembros (para una revisión Crocker y Quinn, 2001; Major y O'Brien, 2005). Asimismo, este efecto se puede generalizar a través de distintas condiciones de estigmatización, varias medidas de autoestima y una gran muestra de participantes, desde adolescentes a adultos (Crocker y Major, 1989). Finalmente, el estigma puede generar problemas en la salud. Por ejemplo, pensemos en las personas con discapacidad auditiva, que se niegan a utilizar audífonos por temor a ser estigmatizadas. Posiblemente, con el tiempo perderá mayor audición, y las consecuencias a la larga serán peores.

En definitiva, el estigma es una situación estresante para las personas que lo poseen, por lo que una cuestión que nos puede surgir es cómo afrontan y se adaptan

al estigma, en nuestro caso concreto, los discapacitados. Aunque, antes de continuar, es preciso señalar que las respuestas de afrontamiento no son uniformes sino que varían en función de la situación y los individuos. Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas o internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Se han propuesto varias estrategias, pero dentro de la literatura de estigma, la distinción que más frecuentemente se ha aceptado ha sido la de estrategias centradas en el problema y las centradas en la emoción (Miller y Major, 2000). A continuación, vamos a pasar a describirlas, tratando de centrarnos en las posibles formas de intervención que se pueden proporcionar desde la Psicología Comunitaria.

Estrategias basadas en el problema

Este tipo de estrategias están destinadas a reducir o eliminar el problema en sí mismo. Obviamente, eliminar el problema, es algo imposible de conseguir en la mayoría de estigmas, como la etnia, o en la discapacidad. Sin embargo, podemos referirnos a algunas alternativas que pueden ayudar a adaptarse mejor a la experiencia del estigma. Una forma de hacerlo es ocultando el estigma, por ejemplo, cuando una persona con alguna enfermedad mental no revela su discapacidad en una entrevista de trabajo. Esta estrategia es la que más debate ha originado, en la medida en que se plantea si es positivo dar a conocer el estigma o hacerlo visible, por las consecuencias que puede tener en los otros. En una investigación clásica, Hastorf, Wildfogel y Cassman (1979), mostraron a través de tres estudios la efectividad de la estrategia de dar a conocer el estigma. Estos autores encontraron como se elegía en mayor medida para trabajar en una sesión posterior a la persona con discapacidad que hablaba abiertamente sobre su discapacidad, en comparación con la otra persona con discapacidad que no revelaba ninguna información sobre su problema físico. Sin embargo, Belgrave y Mills (1981), señalan que la estrategia de dar a conocer el estigma en sí misma no incrementa el deseo por relacionarse con la persona con discapacidad, a no ser que se produzca en un contexto significativo. Por ejemplo, cuando un discapacitado pide ayuda y luego habla abiertamente sobre su problema.

Dentro de este grupo, otra posible estrategia, consiste en eliminar la condición estigmatizante, por ejemplo, someterse a cirugías que pueden eliminar defectos físicos siempre y cuando sea posible, o evitar situaciones que fomenten sentirse discriminado, como no ir a lugares con difícil accesibilidad.

Si bien estas estrategias se enfocan a un nivel más individual, también existen acciones colectivas que las personas con discapacidad pueden emprender para enfrentarse al problema como son el asociacionismo y la acción colectiva. A través

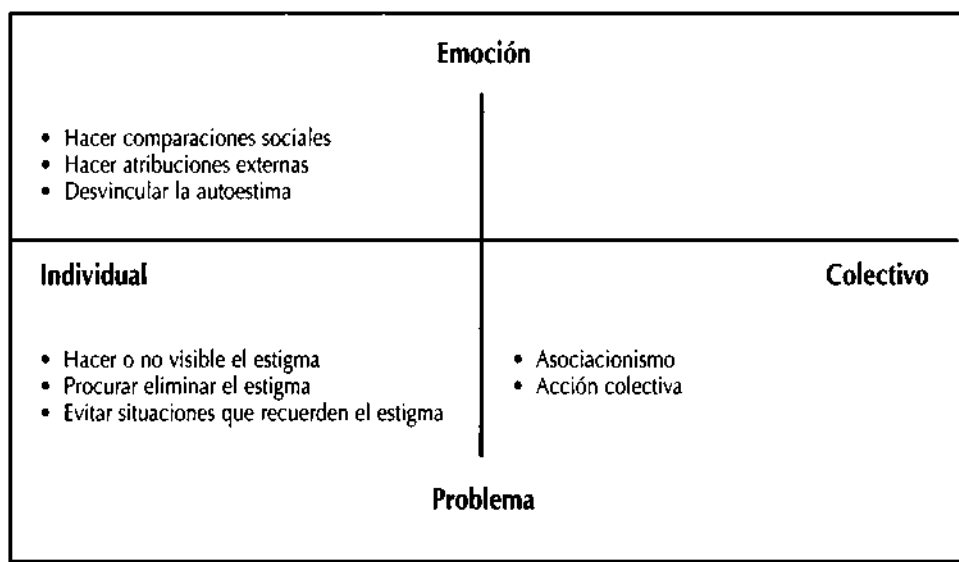
del **asociacionismo**, las personas con discapacidad se agrupan con el fin de afiliarse a otros semejantes con diversos fines: buscar grupos de apoyo y trabajar por objetivos comunes que mejoren su integración social. En España existen un gran número de asociaciones, que realizan una gran labor a diferentes niveles para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. De forma paralela, a través de la **acción colectiva**, se pretende reivindicar los derechos de estos colectivos y se pretende hacer patente su situación, de ahí la propuesta de días, como el 3 de diciembre, Día Internacional de las Personas con Discapacidad, que tienen como objeto sensibilizar a la opinión pública sobre las cuestiones relacionadas con la discapacidad y movilizar el apoyo a la dignidad, los derechos y el bienestar de estas personas. También se propone promover la toma de conciencia sobre los beneficios que se derivarían de la integración de las personas con discapacidad en todos los aspectos de la vida política, social, económica y cultural. Aunque la intervención psicológica a nivel individual, resulta necesaria en un principio, pensemos por ejemplo en la persona que acaba de quedarse en silla de ruedas. Si bien en un principio necesita un fuerte apoyo psicológico, más adelante se hace imprescindible una intervención a nivel psicosocial más colectiva, en la que se facilite a las personas con discapacidad medios y recursos para lograr su plena integración personal, social y laboral.

Estrategias basadas en la emoción

Cuando se utilizan estas formas de afrontamiento, se pretende minimizar las emociones negativas y proteger la autoestima de los factores estresantes relacionados con el estigma (Miller y Major, 2000). Una posible estrategia consiste en hacer comparaciones sociales con otros grupos más desfavorecidos que el propio grupo como forma de regular las emociones negativas. Una segunda forma de evitar las consecuencias negativas del estigma sobre la autoestima es atribuir conductas a causas externas como el prejuicio y la discriminación, por ejemplo, no obtener un empleo si se revela que se tiene una enfermedad mental. En este caso, se justifican acciones no por motivos internos, sino conductas discriminatorias. Finalmente, las personas con algún estigma, pueden optar porque desvincular su autoestima de determinadas situaciones en las que se acentúe su desventaja, pero reforzarla en otras en las que no se haga relevante esta situación de discriminación. Por ejemplo, una persona con algún tipo de discapacidad física que desempeñe su trabajo en igualdad de condiciones, pero como decíamos antes, prefiera evitar situaciones en las que sienta mayor discriminación.

En la siguiente figura (véase Figura 8.4) hemos tratado de resumir estas estrategias, estableciendo dos ejes: individual-colectivo y emoción-problema, de forma que se tenga una visión de conjunto de cuáles son las áreas posibles de intervención.

Figura 8.4. Resumen de las principales estrategias de afrontamiento



La cuestión que puede quedar por resolver es cuál puede ser la estrategia más efectiva, y que mejora las relaciones entre las personas con y sin discapacidad. En este ámbito, Belgrave (1984) examinó las posibles estrategias que las personas con discapacidad pueden llevar a cabo para mejorar su situación: mostrar interés por los otros, participar en la medida de lo posible en actividades típicas de no discapacitados y realizar actividades deportivas. Belgrave sugiere que esto es debido a que las personas sin discapacidad evitan relacionarse con personas con discapacidad, porque consideran que estos últimos están demasiado preocupados con su problema como para hacer que la interacción social con este grupo transcurra con normalidad. En este sentido, Bos y Dijker (2001) encontraron, estudiando el estigma del VIH, que las personas sin estigma preferían que las personas con VIH adoptaran un estilo de afrontamiento activo (hablar sobre su enfermedad, pensar en positivo, no preocuparse por las reacciones negativas de los otros) en comparación con el afrontamiento pasivo (aislamiento, agresividad, rumiaciones) como estrategia adoptada por los estigmatizados en su vida cotidiana. Como señalan Crocker y cols. (1998), tal vez las relaciones se suavizarían si cada uno conociera las metas y preocupaciones del otro, ya que tanto ambas perspectivas persiguen el mismo objetivo: "ser juzgado en base a sus características personales y no por sus identidades sociales" (Crocker y cols., 1998; p. 542), en especial añadiríamos, cuando esta es devaluada o negativa.

Resumen

Este capítulo se plantea con el objetivo de ofrecer una aproximación psicosocial al estudio de la discapacidad. Para ello, hemos comenzado proporcionando datos sobre la realidad que viven las personas con discapacidad en el ámbito educativo, laboral y social. A continuación, hemos desarrollado las diferentes clasificaciones propuestas de manera que se pueda diferenciar el término discapacidad de otros afines, así como entender el concepto desde la forma que promueve la CIF (2001). Esta última contempla la discapacidad desde la integración de un modelo en el que los factores tanto médicos como sociales adquieren relevancia. Una vez desarrollados estos aspectos, hemos profundizado en el proceso de estigmatización, puesto que la mayoría de las investigaciones en discapacidad se han realizado desde ese paradigma. Se han repasado el concepto de estigma y las dimensiones que comprenden para terminar desarrollando los factores que pueden afectar a la interacción entre personas con y sin discapacidad. Finalmente, y de cara a la intervención psicosocial en este ámbito, se han estudiado las formas de afrontamiento que pueden ser positivas para la mejor adaptación de las personas con discapacidad a su entorno. En definitiva, a lo largo de los diferentes apartados hemos procurado ir proporcionando claves sobre los factores que dificultan la plena integración, de forma que en un futuro se tenga una idea más clara de cuáles son los aspectos donde la intervención es más necesaria.

Lecturas recomendadas

Ruiz, J. y Moya, M. (2007). El estudio de la discapacidad física desde la Psicología Social. *Revista de Psicología Social*, 22(2), 177-198.

Desde una perspectiva psicosocial se realiza un recorrido sobre los factores determinantes de las actitudes hacia la discapacidad física, por lo que va a permitir al lector completar muchos de los temas tratados en el capítulo.

Silván-Ferrero, M. P. (2008). Reacciones afectivas ante el estigma de la discapacidad. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y Á. Gómez (Eds.), *Método, investigación y teoría en Psicología Social*. (pp. 401-415). Madrid: Prentice Hall.

Este capítulo, incluido en un libro de lecturas, muestra los datos obtenidos en un estudio en el que se exploraban las reacciones afectivas ante distintos tipos de discapacidad, partiendo del enfoque de las dimensiones contenidas en el estigma. Esta lectura servirá para tener una visión más amplia de cómo no se pueden tratar las diferentes discapacidades como similares en cuanto a los sentimientos que despiertan.

Del Campo, E., Saneiro, M. y Roca, J. (2002). *Metodología para aplicación de la CIF a una población específica*. Madrid: Sanz y Torres.

En este libro, el lector puede ver de una manera práctica la aplicación de la CIF a una población específica, como son los alumnos de la UNED con discapacidad.

Páginas Web de interés

<http://www.infodisclm.com/?gclid=CLqI-9KAg54CFVtm4wod-2iwqg>

En esta página de la Unidad Regional de Información sobre Discapacidad contiene información relativa a diversos aspectos como legislación, recursos, ayudas y prestaciones para personas con discapacidad.

<http://sid.usal.es/libros/discapacidad/21595/8-4-1/iii-plan-de-accion-para-las-personas-con-discapacidad-2009-2012.aspx>

En esta página, podrá acceder al III Plan de acción para las personas con discapacidad 2009-2012 de gran importancia para la integración social y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad.

<http://www.mepsyd.es/politica-social/discapacidad.html>

El Ministerio de Sanidad y Política Social muestra en esta página información sobre aspectos como prestaciones, subvenciones, servicios para personas con discapacidad, protección de derechos y documentación.

<http://www.who.int/icidadh/whodas/index.html>

Página de la Organización Mundial de la Salud, dentro del marco conjunto sobre evaluación y clasificación de discapacidades. Se puede acceder al WHODASII, un instrumento para evaluar el funcionamiento en diferentes dimensiones vitales. Este cuestionario proporciona un índice general de discapacidad.

Referencias bibliográficas

- Avramidis, E., y Norwich, B. (2000). Teachers' Attitudes toward Integration/Inclusion: A Review of the Literature. *European Journal of Special Needs Education*, 17 (2), 129-148.
- Belgrave, F.Z. (1984). The effectiveness of strategies for increasing social interaction with a physically disabled person. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 147-161.
- Belgrave, F. Z. y Mills, J. (1981). Effect upon desire for social interaction with a physically disabled person of mentioning the disability in different contexts. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 44-57.
- Booth, T., Ainscow, M., Black-Hawkins, K., Vaughan, M., Snow, I. (2000). *Index for inclusion: developing learning and participation in schools*. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education.
- Bos, A.E.R., Dijker, A.J. (2001). *HIV Stigma and social interaction: Examining strategies to influence perceivers' emotional and behavioural reactions in initial encounters*. Tesis doctoral no publicada.
- Braddock, D. y Parish, S. (2001). Disability history from antiquity to the Americans with Disabilities Act. En G.L. Albrecht, K.D. Seelman y M. Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies*, (pp. 11-68). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Castejón, L., Núñez Pérez, J.C. y González-Pienda, J.A. (2005). Contenido del estereotipo de los maestros sobre los alumnos tartamudos. *Psicothema*, 17, 496-501.
- CERMI (Comité Español de Representación de Personas con Discapacidad) (2010). *Los jóvenes con discapacidad en España: informe de situación 2010*. Madrid: Grupo Editorial Cinca, S. A.
- Crocker, J., y Quinn, D. M. (2001). Psychological consequences of devalued identity. En R. Brown y S. Gaertner (Eds.), *Intergroup Processes: Handbook of Social Psychology* (pp. 238-257). Oxford: Blackwell Publishing.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En D. Gilbert, S. T. Fiske y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4ª ed., Vol. 2, pp. 504-553). Boston: McGraw Hill.
- De Lorenzo, R. (2004). El futuro de las discapacidades en el mundo: El empleo como factor determinante para la inclusión. *Revista del Ministerio de Trabajo y de Asuntos Sociales*, 50, 73-90.
- Del Campo, E., Saneiro, M. y Roca, J. (2002). *Metodología para aplicación de la CIF a una población específica*. Madrid: Sanz y Torres.

- Dijker, A. y Koomen, W. (2007). *Stigmatization, Tolerance and Repair - An Integrative Psychological Analysis of Responses to Deviance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dijker, A.J., y Koomen, W. (2003). Extending Weiner's attribution-emotion model of stigmatization of ill persons. *Basic and Applied Social Psychology*, 25, 51-68.
- Donaldson, J. (1980). Changing attitudes toward handicapped persons: A review and analyses of research. *Exceptional children*, 46, 504-513.
- Dovidio, J. F., Major, B., y Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and overview. En T. F. Heatherton y R. E. Kleck y M. R. Hebl y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). Nueva York: The Guilford Press.
- Eurobarómetro Especial 263 "Discrimination in the European Union" (2007). http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_263_sum_en.pdf
- Fox, S.A. y Giles, H. (1996). Interability communication: Evaluating patronizing encounters. *Journal of Language and Social Psychology*, 15, 265-290.
- Gaertner, S. L., y Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism* (pp. 61-89). San Diego: Academic Press.
- Goldstein, S. B. y Johnson, V. A. (1997) Stigma by association: Perceptions of the dating partners of college students with physical disabilities. *Basic and Applied Social Psychology*, 19, 495-504.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Hastorf, A. H., Wildfogel, J. y Cassman, T. (1979). Acknowledgment of handicap as a tactic in a social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1790-1797.
- Hazer, J.T. y Bedell, K.W. (2000). Effects of seeking accommodation and disability on pre-employment evaluations. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1201-1223.
- Hebl, M. R., y Dovidio, J. F. (2005). Promoting the "Social" in the examination of stigma. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 156-182.
- Hebl, M. R., Tickle, J., y Heatherton, T. F. (2000). Awkward moments in interactions between nonstigmatized and stigmatized individuals. En T. Heatherton, R. Kleck, J. G. Hull y M. Hebl (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 272-306). Nueva York: The Guilford Press.
- Heinemann, W. (1990). Meeting the handicapped: A case of affective-cognitive inconsistency. En W. Stroebe y M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 323-338). Londres: John Wiley y Sons Ltd.

- Heinemann, W., Pellander, F., Vogelbusch, A., y Wojtek, B. (1981). Meeting a deviant person: Subjective norms and affective reactions. *European Journal of Social Psychology*, 11, 1-25.
- INE (2009). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (EDAD 2008). <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase>
- INE (2000). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999*. <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disctodo.pdf>
- Ingelhart, R., y Baker, W. E. (2000). Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review*, 65, 19-51.
- Jiménez, T., González, P. y Martín, J. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., y Scott, R. A. (1984). *Social Stigma*. San Francisco: Freeman.
- Katz, I. (1981). *Stigma: A social psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kinder, D. R., y Sears, D. O. (1981). Prejudice and politics: Symbolic racism versus racial threats to the good life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 414-481.
- Kleck, R. E., y Strenta, A. (1980). Perceptions of the impact of negatively valued physical characteristics on social interactions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 861-873.
- Kleck, R. E. (1969). Physical stigma and task oriented interactions. *Human Relations*, 22, 53-60.
- Kleck, R. E. (1968). Physical stigma and nonverbal cues emitted in face to face interaction. *Human Relations*, 21, 19-28.
- Kleck, R. E., Ono, H., y Hastorf, A. H. (1966). The effects of physical deviance upon face-to-face interaction. *Human Relations*, 19, 425-436.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing. Traducción española: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Primera Edición (1986).
- Major, B., y O'Brien, L. T. (2005). The social psychology of stigma. *Annual Reviews of Psychology*, 56, 393-421.
- Marichal, F., Quiles, M. N. y Capilla, M. (1997). Intergroup contact and its effect on the social image of the physically handicapped. *Psychology in Spain*, 1, 131-136.

- Marina, P., Campo-Mon M. A. y Álvarez-Martino, E. (2005). Actitudes de los maestros ante las necesidades educativas específicas. *Psicothema*, 17, 601-606.
- Maya, I., García, M. y Santolaya, F. (2007). Violencia y discapacidad. Un modelo de intervención basado en la investigación-acción participativa. En I. Maya, M. García y F. J. Santolaya (Eds.), *Estrategias de intervención psicosocial: casos prácticos* (pp. 151-162). Madrid: Pirámide.
- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence and the modern racism scale. En J. F. Dovidio y S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice and discrimination: Theory and research* (pp. 91-126). Orlando, FL: Academic press.
- Miller, C. T. y Major, B. (2000). Coping with stigma and prejudice. En T. F. Heatherton y R. E. Kleck y M. R. Hebl y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 243-272). Nueva York: The Guilford Press.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., Hoffman, J. C., y Russell, F. J. (1994). When we observe stigmatized and "normal" individual interacting: Stigma by association. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 196-209.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M., y Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. En T. F. Heatherton y R. E. Kleck y M. R. Hebl y J. G. Hull (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 31-61). Nueva York: The Guilford Press.
- Nowicki, E.A. (2006). A cross-sectional multivariate analysis of children's attitudes towards disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 335-348.
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud "CIF"*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Secretaria general de asuntos sociales. Instituto de migraciones y Asuntos Sociales.
- Perry, E. L., Hendricks, W., y Broadbent, E. (2000). An exploration of access and treatment discrimination and job satisfaction among college graduates with and without physical disabilities. *Human Relations*, 53, 923-955.
- Ravaud, J.F. Madiot, B. y Ville, I. (1992). Discrimination towards disabled people seeking employment. *Social Science & Medicine*, 35, 951-958.
- Room, R., Rehm, J., Trotter II, R. T., Paglia, A., y Üstün, T. B. (2001). Cross-cultural views on stigma, valuation, parity, and societal values towards disability. En T.B. Üstün, S. Chaterji, J.E. Bickenbach, R.T. Trotter II, R. Room, J. Rehm y S.Saxena (Eds.), *Disability and culture: Universalism and diversity* (pp. 247-292). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.

- Ruiz, J. y Moya, M. (2007). El estudio de la discapacidad física desde la Psicología Social. *Revista de Psicología Social*, 22, 177-198.
- Ruiz, J. y Moya, M. (2005). Antecedentes de la actitud hacia políticas de acción positiva a favor de las personas con discapacidad. *Revista de Psicología Social*, 20, 213-232.
- Sale, P. y Carey, D.M. (1995). The Sociometric Status of Students with Disabilities in a Full-Inclusion School. *Exceptional Children*, 62, 6-19.
- Schaller, M., Park, J. H., y Faulkner, J. (2003). Prehistoric dangers and contemporary prejudices. En W. Stroebe y Insko (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 14, pp. 107-137) Londres: John Wiley y Sons Ltd.
- Scruggs, T.E. y Mastropieri, M.A. (1996). Teacher Perceptions of Mainstreaming, 1958-1995: A Research Synthesis. *Exceptional Children*, 63, 59-74.
- Silván-Ferrero, M.P. y Bustillos, A. (2009). Justificación de la desigualdad y actitudes hacia la discapacidad ¿Oposición o dominancia? *Revista de Psicología Social*, 24, 41-51.
- Silván-Ferrero, M. P. (2008). Reacciones afectivas ante el estigma de la discapacidad. En J. F. Morales, C. Huici, E. Gaviria y Á. Gómez (Eds.), *Método, investigación y teoría en Psicología Social*. (pp. 401-415). Madrid: Prentice Hall.
- Silván-Ferrero, M. P., y Bustillos, A. (2006). La percepción del estigma. En A. Gómez, E. Gaviria e I. Fernández (Coords), *Psicología Social. (CD-ROM)*. Madrid: Sanz y Torres.
- Spirito, R. y Bellini, J. (2008). Invisible Disability Disclosure in an Employment Interview: Impact on Employers' Hiring Decisions and views of employability. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 52, 6-15.
- Stangor, C., y Crandall, C. S. (2000). Threat and the social construction of stigma. En T. F. Heatherton y R. E. Kleck y M. R. Hebl y J. G. Hill (Eds.), *The social psychology of stigma* (pp. 62-87). Nueva York: The Guilford Press.
- Stephan, W. G., y Stephan, C. W. (1985). Intergroup anxiety. *Journal of Social Issues*, 41, 157-175.
- Stone, D.L. y Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of Management Review* 21, 352-401.
- Tajfel, H. y Turner, J.C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En W. Austin y S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Towler, A.J. y Schneider, D. (2005) Distinctions Among Stigmatized Groups. *Journal of Applied Social Psychology*, 35,1-14.

- Van-Reusen, A.K., Shoho, A.R. y Barker, K.S. (2000). High School Teacher: Attitudes toward Inclusion. *High School Journal*, 84, 7-20.
- Verdugo, M. A. (1995). Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En M. A. Verdugo (Ed.), *Personas con discapacidad: Perspectivas psicológicas y rehabilitadoras* (pp. 1-31). Madrid: Siglo XXI.
- Warnock, M. (1981). *Meeting Special Educational Needs*. Londres: Her Britannic Majesty's Stationary Office.
- Weiner, B. (1995). *Judgments of responsibility: A foundation for a Theory of Social Conduct*. Nueva York: The Guilford Press.
- Weiner, B., Perry, R. P., y Magnusson, J. (1988). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.
- Westbrook, M. T., Legge, V., y Pennay, M. (1993). Attitudes towards disabilities in a multicultural society. *Social Science Medicine*, 36, 615-623.
- Yuker, H. E. (1988). The effect of contact on attitudes toward disabled persons: some empirical generalizations. En H. E. Yuker (Ed.), *Attitudes toward people with disabilities* (pp. 262-274). Nueva York: Springer.

Contribuciones de la Psicología al estudio de las catástrofes

Itziar Fernández Sedano

Introducción

Las catástrofes. Delimitación conceptual

Clasificación

Trayectoria. De la fase previa a la reconstrucción de la comunidad

Antes, la fase previa

Antes, la fase de alerta

Durante, las fases de shock y reacción

Después, fase de adaptación y reconstrucción

Las respuestas ante las catástrofes

Estrés

Resiliencia

Directrices para una adecuada intervención psicosocial en catástrofes

Anexo: Propuestas formuladas en materia de intervención psicosocial en catástrofes durante la presidencia española en la Unión Europea (Enero-Junio de 2010)

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- Altruismo
- Catástrofe
- Intervención psicosocial
- Pánico
- Resiliencia
- Rumores
- Salud mental y apoyo psicosocial

Objetivos

- **Contextualizar los términos que se emplean tras sucesos negativos extremos.**
- **Dar a conocer al lector las distintas fases de las catástrofes.**
- **Analizar los síntomas que se generan tras una catástrofe.**
- **Conocer la resiliencia como respuesta ante las catástrofes.**
- **Describir las directrices que deben guiar la intervención psicosocial en catástrofes según el Proyecto Esfera y la IASC (Inter-Agency Standing Committee, Comité Permanente entre Organismos).**
- **Conocer las propuestas en materia de intervención psicosocial en catástrofes formuladas durante la presidencia española en la Unión Europea (Enero-Junio 2010).**

Introducción

Las catástrofes son sucesos que conmueven en muchas ocasiones a toda la comunidad. Así cuando acontecen terremotos como el de enero de 2010 en Haití y el de Chile un mes después, vemos como toda la población se ve afectada por la magnitud de la devastación, por las pérdidas materiales y sobre todo por el número de afectados. Estas dos comunidades tardarán mucho tiempo en recuperarse. Ahora bien, aunque el terremoto en Haití, en comparación con el de Chile, tuvo un impacto menor en la escala Richter las consecuencias han sido más impactantes. Vale decir, la diferencia más importante entre ambos terremotos no ha sido la magnitud del seísmo, sino que Chile es un país preparado para afrontar este tipo de catástrofes, mientras que Haití es uno de los países más pobres del mundo.

En este capítulo, en primer lugar, trataremos de delimitar conceptualmente los términos que se emplean para denominar los sucesos negativos extremos. Posteriormente, abordaremos el antes, durante y después de la catástrofe. Además, trataremos de conocer las respuestas que se generan tras estos sucesos, así como las directrices que los equipos intervinientes deben desempeñar. Este aspecto lo analizaremos a través del Proyecto Esfera y la guía IASC (*Inter-Agency Standing Committee*), elaborada por el Comité Permanente entre Organismos con el propósito de facilitar a quienes participan en acciones de ayuda humanitaria de unos principios estructurales que posibiliten una adecuada intervención y mejoren el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan una situación de catástrofe. Por último, expondremos las propuestas que en materia de intervención psicosocial en catástrofes se han realizado durante la presidencia española en la Unión Europea.

Comenzaremos despejando algunos aspectos conceptuales, por ejemplo; ¿qué entendemos por catástrofe? y ¿las catástrofes naturales son tan naturales?

Las catástrofes. Delimitación conceptual

Cuando tratamos de poner nombre a las catástrofes no debemos confundirnos con términos como siniestro, crisis, accidente y emergencia social. Estos conceptos, que trataremos de definir en el Cuadro 9.1, se utilizan la mayoría de veces como sinónimos, ya que todos ellos son sucesos negativos que generan malestar.

Cuadro 9.1. Conceptos que definen sucesos negativos extremos

Siniestro → expresión perteneciente al campo legal que se define como avería grande, destrucción fortuita o pérdida importante que sufren las personas o las propiedades.

Crisis → es un estado temporal de trastorno y desorganización que se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para abordar situaciones particulares.

Accidente → suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario y que produce una lesión corporal.

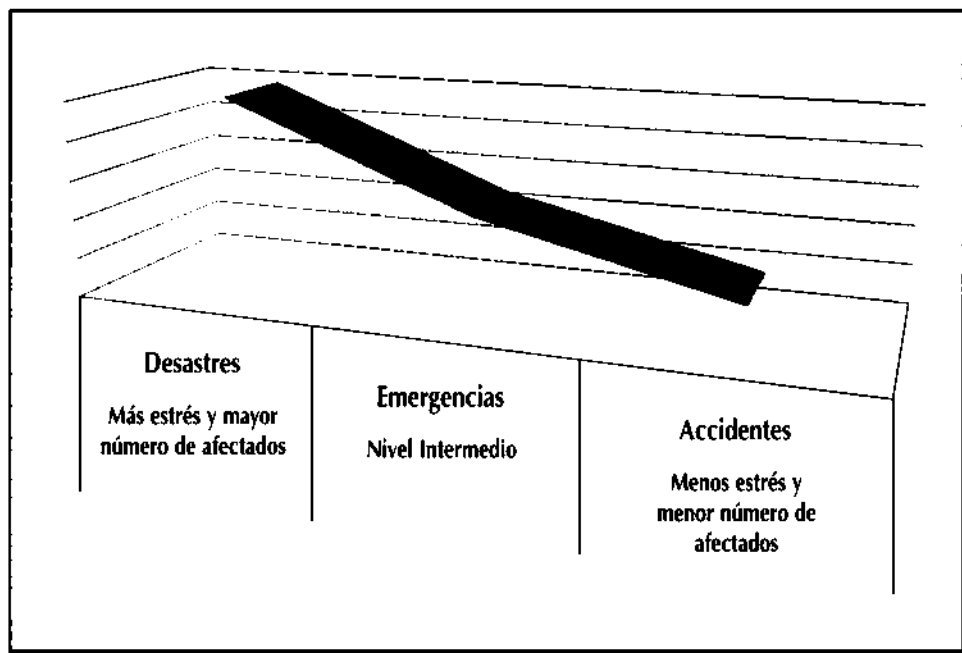
Emergencia social → aquella situación no prevista que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos, los medios de subsistencia y las relaciones sociales.

En el cuadro anterior hemos analizado algunos de los términos que tratan de reflejar un suceso trágico. Ahora bien, en esta lista no se incluye la palabra desastre, este concepto se emplea en la literatura científica normalmente para describir situaciones similares a una catástrofe. En este sentido, Britton (1986) lo sitúa en el polo o extremo de mayor estrés, donde existe un elevado número de afectados y donde las consecuencias materiales son graves. Para este autor, los desastres, emergencias y accidentes se pueden considerar globalmente como generadores de estrés, donde las diferencias quedarían establecidas en base a tres criterios, a saber: a) El número y tipo de personas afectadas; b) El grado de implicación de las personas dentro del sistema social y c) La cantidad de ruptura o destrucción causada en el sistema social por el agente inductor del estrés. En función de estos tres parámetros se puede concebir un continuo de mayor a menor estrés (véase Figura 9.1), donde el desastre sería el suceso que generaría más estrés, seguido de la emergencia y en último lugar se situaría el accidente, con un reducido número de afectados en comparación con el desastre y la emergencia.

En este capítulo nos referiremos a las catástrofes con el objeto de analizar aquellos acontecimientos trágicos (desgracias, pérdidas, infortunios), en cierto modo, imprevisibles (fortuitos, fatales), que se escapan al control de las personas (grupos o comunidades) y que producen graves consecuencias (un importante número de pérdidas humanas, destrucción de bienes materiales, desorganización social, elevados niveles de frustración y sentimientos de impotencia personal).

Así, una definición clásica, ampliamente aceptada y que se centra en los efectos sociales más que en las características ambientales de la catástrofe, es la propuesta por Fritz (1961), que la describe como: *“cualquier hecho agrupado en el tiempo y en el espacio, en el que una sociedad o una parte relativamente autosuficiente de la misma, vive un peligro severo, pérdidas humanas y materiales, y en el que la estructura social se rompe y la realidad de todas o algunas de las funciones esenciales de la comunidad se ve inhabilitada”*.

Figura 9.1. Clasificación de sucesos en función del gradiente de estrés que generan



Estos sucesos se suelen ordenar en función de diferentes criterios, a continuación mostraremos dos de las clasificaciones que se manejan en Ciencias Sociales. Es importante señalar que nos permiten organizar los diferentes tipos de catástrofes, pero que tenemos que ser flexibles respecto a etiquetas como “naturales”.

Clasificación

Se han propuesto diversas clasificaciones entorno a las catástrofes, la que presentamos en la Tabla 9.1. corresponde a Crocq, Doutheau y Sailhan (1987), estos autores combinan una serie de indicadores descriptivos, como son la extensión de la zona afectada, el grado de industrialización y urbanización del área implicada, el número de víctimas, los daños materiales y las formas de aparición de la catástrofe. Así, con estos parámetros estructuran las catástrofes en función de tres niveles de urgencia.

Tabla 9.1. Clasificación de catástrofes teniendo en cuenta el nivel de urgencia

Orden de urgencia	Extensión de la zona de impacto	Grado de industrialización y urbanización	Número de víctimas	Importancia de los daños	Formas de aparición de la catástrofe
1	Muchas comunidades	Urbanizada e industrializada	Más de 1000	Importantes	Imprevista y súbita
2	Una sola comunidad	Urbanizada o industrializada	De 100 a 1000	Moderados y dispersos	Prevista y súbita
3	Un barrio de una comunidad	Ni urbanizada ni industrializada	Menos de 100	Débiles	Prevista y progresiva

Nota: el valor 1 corresponde al nivel de urgencia mayor.

Fuente: en Fernández, Martín Beristain y Páez (1999, p. 283).

Otra taxonomía de catástrofes, que se muestra en la Tabla 9.2, sería la realizada por la Federación Internacional de Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC, 1993).

Tabla 9.2. Taxonomía de catástrofes naturales y producidas por el hombre

Catástrofes naturales de ocurrencia súbita e inesperada.	Avalanchas, terremotos, tsunamis, inundaciones, ciclones, tormentas, tornados, deslizamientos de tierra, olas gigantes y erupciones volcánicas.
Catástrofes naturales de larga duración.	Epidemias, desertificación y hambrunas.
Catástrofes producidas por el hombre de ocurrencia súbita e inesperada.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurales: el colapso en un edificio, en una mina. • Transporte: terrestre, aire y mar. • Tecnológicas industriales. • Explosiones químicas y nucleares. • Lluvia ácida, poluciones química y atmosférica. • Fuego. • Atentados terroristas.
Catástrofes producidas por el hombre de larga duración.	Disturbios civiles, guerras, conflictos internacionales y desplazamientos.

Fuente: elaboración propia a partir la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (IFRC, 1993).

En general, se habla de catástrofes naturales y producidas por el hombre. A pesar de que esta clasificación puede ser útil en algunos casos, en otros puede esconder la realidad. Por ejemplo, el hambre es consecuencia de las sequías, pero también de fallos en el control de la distribución o de la falta de políticas de prevención (Martín

Beristaín, Giorgia, Páez, Pérez y Fernández, 1999). Es decir, en muchas de las catástrofes naturales influyen de forma decisiva factores humanos y de toma de decisiones, además de la vulnerabilidad económica y política de la comunidad (Marskey, 1993).

Por consiguiente, es importante matizar que cuando se produce una catástrofe sus efectos se multiplican más allá de la magnitud del hecho. Es por ello que podemos aseverar que las catástrofes no son tan naturales, sino que responden a la manifestación de los actores y riesgos no manejados en los que confluyen amenazas y vulnerabilidades de distinta índole, cuyas consecuencias atraviesan todas las esferas de la vida social y personal de quienes la viven. Es decir, la probabilidad de sufrir una catástrofe depende no sólo de la magnitud de la amenaza, sino de la vulnerabilidad de la comunidad expuesta a la amenaza (Fernández, Páez y Martín Beristaín, 1999). Por ejemplo, cuando la escala Richter se dispara en Japón las consecuencias son muy diferentes a las que viven las comunidades de Pisco en Perú y más recientemente Puerto Príncipe en Haití.

Trayectoria. De la fase previa a la reconstrucción de la comunidad

Tras tratar de definir qué son las catástrofes seguidamente describiremos su dinámica, para ello nos basaremos en diferentes estudios de carácter descriptivo y longitudinal. Del conjunto de estas investigaciones podemos plantear las siguientes fases: previa, alerta, shock, reacción, adaptación y reconstrucción de la comunidad. Estos momentos estarían temporalizados en el antes, durante y después.

Antes, la fase previa

Las investigaciones descriptivas han postulado la existencia de una fase previa. Así, las consecuencias de las catástrofes no se pueden tomar como punto de partida, ya que normalmente existe una fase de estado previo que se caracteriza por el grado de preparación de las autoridades y de la comunidad para afrontar la catástrofe (Gleser y Green, 1981). Este momento tendría también un carácter educativo, donde se trataría de favorecer una cultura preventiva.

En la fase previa al impacto del hecho negativo, y en sus primeros momentos, es muy frecuente que las autoridades nieguen o minimicen la amenaza. Por ejemplo, cuando apareció la amenaza de la Peste en el Siglo XIV, los médicos y las autoridades buscaron tranquilizar a la población negando la posibilidad de que ocurriera o minimizando su alcance. Se decía que no era la peste, que eran otras enfermedades más benignas, se atribuían los aumentos de mortalidad a causas menos amenazantes (los problemas de alimentación, etc.).

En el caso del SIDA ocurrió algo similar. Así, en Francia se minimizó el riesgo de transmisión por transfusión, con un resultado fatal para muchos hemofílicos (Delumeau, 1993).

En otras catástrofes como en la inundación provocada por la rotura de una presa en Biescas, en Huesca, no se tuvieron en cuenta los informes previos que desaconsejaban la instalación de un camping en el cauce seco de un río. La catástrofe del *Prestige* (véase Cuadro 9.2) permite ilustrar este pensamiento caracterizado por la minimización de la amenaza por parte de las autoridades.

Cuadro 9.2. Cronograma del *Prestige*

El 13 de noviembre de 2002, el petrolero *Prestige* sufrió un accidente frente a Finisterre. Seis días después se hundió, partido en dos y con más de 60.000 toneladas de combustible en sus tanques. El temporal de Fisterra abrió un boquete mortal en el viejo casco del *Prestige*, un barco que no pasaba ninguna revisión desde 1999, pero fueron una serie de decisiones equivocadas las que lo mandaron al fondo de la plataforma gallega, según denunciaron ya entonces científicos, técnicos y la oposición política.

Centenares de voluntarios acudieron desde el resto de Galicia, de España y del extranjero hasta las playas gallegas para recoger el chapapote. Otra vez, los ciudadanos de a pie cogían la delantera a la Administración. Sólo después los Ministerios correspondientes distribuyeron los monos blancos, guantes y mascarillas que han hecho reconocibles a los voluntarios en todo el mundo. La falta de organización administrativa es un problema común ante este tipo de situaciones, debido a la existencia de una creencia firme en una supuesta capacidad de control.

Normalmente tiende a pensarse que las personas se exponen a circunstancias peligrosas por falta de conocimiento. Sin embargo, el discernimiento de lo peligroso de un lugar, o la exposición a posibles catástrofes, no es un factor suficiente para evitar que la gente se exponga. Generalmente, las personas viven en los lugares en los que pueden sobrevivir aunque sepan que son peligrosos, en particular si no tienen alternativas de cambio.

También es frecuente que las comunidades que tienen que convivir con situaciones amenazantes inhiban la comunicación sobre el peligro y/o lo minimicen. Por ejemplo, las personas que viven en áreas en que existen ciertas enfermedades endémicas transmisibles, o que viven cerca de centrales nucleares, evitan hablar del tema o evalúan que el problema no les amenaza particularmente a ellos. Las encuestas muestran que a mayor cercanía de una central nuclear más cree la gente que está segura y que no va a suceder una catástrofe (Martín Beristáin y cols., 1999).

Antes, la fase de alerta

La fase de alerta está delimitada entre el anuncio del peligro y la aparición de la catástrofe. Este periodo se caracteriza por señales de alerta que dan lugar a un estado de ansiedad útil, es un tiempo para tomar en consideración las medidas de protección. Sin embargo, si esta fase es gestionada sin instrucción e informaciones precisas, puede dar lugar a la propagación de rumores.

Por su parte, en las comunidades habituadas a la catástrofe, por ejemplo gente que vive cerca de ríos que se desbordan o que está acostumbrada a hacer frente a los tornados, esta fase puede dar lugar a un comportamiento de indiferencia aparente, que corresponde ya sea a la resignación o a la negación del peligro, centrándose, por tanto, en actividades cotidianas (Gleser y Green, 1981).

En el caso de las masacres de Ixcán en Guatemala en los años 80 (ODHAG, 1998), las formas de negación del peligro, por parte de la gente, como pensar por ejemplo que no podía pasarles nada, y la falta de mecanismos de comunicación y de alerta inmediata, hicieron que muchas personas permanecieran en sus comunidades a pesar de la inminencia del peligro y fueron posteriormente asesinadas.

Entre los factores que influyen en la falta de respuesta ante la inminencia del peligro están: (1) la dificultad de abandonar las pertenencias, tierra, etc.; (2) la dificultad de creer en lo que está sucediendo “eso no puede pasar aquí”; (3) la creencia de que la protección vendrá de un ente sobrenatural (Dios); (4) la falta de información clara y concreta; (5) el tiempo que pasa la población en alerta; (6) la experiencia previa que se tenga de situaciones similares; (7) la organización de la alerta inmediata; (8) la credibilidad de la fuente que transmite la información sobre la amenaza; y (9) la difusión de rumores contradictorios que restan fuerza a la indicación de huir o refugiarse (ODHAG, 1998).

Durante, las fases de shock y reacción

La fase de **shock**, breve y brutal, corresponde a una alteración afectiva, sensación de irrealidad, suspensión de las actividades cotidianas y desconcentración de la atención. Este periodo es muy breve y no sobrepasa, generalmente, unas horas (Gleser y Green, 1981).

Según las investigaciones longitudinales sobre las respuestas a catástrofes como la erupción de un volcán inmediatamente después del shock se produce una fase **reacción**, que dura normalmente entre 2 y 3 semanas tras del hecho. En ella se observa alta ansiedad, intenso contacto social y pensamientos repetitivos sobre lo ocurrido, así como la aparición de conductas adaptativas de ayuda y salvamento (Pennebaker y Harber, 1993).

En general, es frecuente que inmediatamente después del impacto, la gente se movilice, esta movilización del soporte social ha obtenido una importante variabilidad de acepciones. Entre otras, comunidades altruistas, democracia tras la catástrofe, fase de heroísmo y luna de miel y estrategia de euforia (véase Tabla 3). Fritz (1961) habla de esta movilización en términos de la cohesión de la comunidad y benevolencia.

Tabla 9.3. Términos empleados para denominar la ayuda tras la catástrofe

Etiquetas	Características más significativas
Comunidades altruistas	Energía para la acción
Democracia tras la catástrofe	Altos niveles de ayuda mutua y altruismo
Heroísmo y luna de miel	Solidaridad interna
Estrategia de euforia	Visión utópica de la realidad

Aunque en pocos instantes, especialmente en muchas regiones del mundo, hay instituciones que ofrecen ayuda a los gobiernos, los afectados suelen utilizar en principio sus redes de apoyo. El modelo de ayuda recibido está fundamentado en una pirámide, a saber: familia, seguido del soporte de sus amigos más próximos, vecinos, congregaciones religiosas y los servicios de las ONG (Organizaciones No Gubernamentales).

Estos servicios de las ONG deben apoyar iniciativas comunitarias ya existentes, para ello será básico que determinen qué estaba haciendo la comunidad afectada para ayudarse mutuamente y buscar maneras de reforzar esas acciones. Por ejemplo, si están organizando actividades educativas, pero necesitan recursos como papel y útiles de escritorio, cabe apoyar sus actividades aportando lo necesario, pero prestando especial atención en no crear dependencias (IASC, 2007).

Además, es importante considerar una de las normas gubernamentales más obvia y es que la ayuda se distribuya en función de las necesidades familiares, la prioridad es sobre las víctimas más necesitadas económicamente. Sin embargo factores como la raza o la etnia pueden determinar la distribución de estas ayudas (Kaniasty y Norris, 2004).

Por su parte, es en la fase de shock y durante las primeras reacciones cuando los medios de comunicación informan de la situación, esta información es muy importante ya que nos permite conocer el alcance de los daños ocasionados, pero también tiene efectos perniciosos (véase Cuadro 9.3).

Cuadro 9.3. El impacto de los medios de comunicación tras la catástrofe

Los medios de comunicación tienen un impacto ambivalente, ya que por una parte pueden dar a conocer lo que ocurre, ofrecer información sobre cómo enfrentar la catástrofe o dónde solicitar ayuda. Pero, por otro lado, pueden complicar la recuperación posterior, al generar informaciones contradictorias y a magnificar o ignorar determinados problemas. Así, en primer lugar, los *mass media* tienden a trivializar y simplificar complejos problemas emocionales (p.e. mostrando a personas muy fuera de control).

En segundo término, tratan a personalizar los problemas, creando por tanto problemas de confidencialidad sobre las personas implicadas. Además, actúan frecuentemente de forma invasiva y obstaculizando la actividad de los equipos de rescate o a los supervivientes que están ayudando. En muchas ocasiones los medios de comunicación tienden a crear mitos con respecto a las personas implicadas por ejemplo en un rescate, haciendo que la persona elegida sea una "estrella" y se destaque del resto de los afectados, generando envidias o críticas y, a menudo, además se le vea "congelada" en su imagen de héroe o afectado ejemplar.

Finalmente, los medios cambian rápidamente de interés abandonando a los afectados y a los equipos de trabajo, que después de haber permaneciendo unos minutos bajo los focos se van a sentir, nuevamente, aislados e ignorados.

Fuente: Hodgkinson y Stewart (1998, pp. 103-104).

Después. Fase de adaptación y reconstrucción

Alrededor de dos meses después de la catástrofe se da una fase de adaptación, que se caracteriza por actividades de organización social y reconstrucción de la vida cotidiana. En este periodo la gente tiene que aprender a vivir con una cierta normalidad y reconstruir sus proyectos vitales a pesar del impacto de la situación vivida.

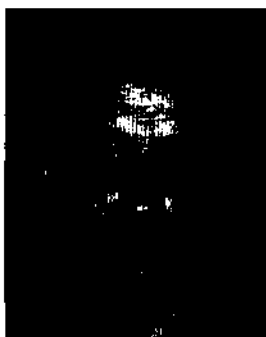
Hay cuatro aspectos clave desde el punto de vista de los afectados que deben tenerse en cuenta, a saber: el proceso de duelo, el miedo frente a la incertidumbre del futuro, la sobrecarga por los trabajos de reconstrucción, y la superación de la "condición" de víctimas. En este sentido, un líder de la comunidad de Xamán, en Guatemala, describía esta etapa varios meses después de la masacre, cuando se llevaron a cabo numerosos proyectos de cooperación al desarrollo junto el seguimiento del proceso judicial y la reconstrucción de su proyecto cooperativo de producción, en los siguientes términos: *más hambre, más sueño, más trabajo, más cansancio, más quejas y demandas, preocupación por el futuro y que las metas y logros del trabajo se retrasan* (ODHAC, 1998).

El efecto a largo plazo se puede manifestar bajo la forma de sobrecarga de trabajos y de miedos frente al futuro (miedos de epidemias, problemas con los recursos, los créditos o la justicia) o secundarios al impacto de los hechos, como secuelas psicósomáticas, síntomas traumáticos, etc. Estas secuelas disminuyen sustancialmente pero pueden afectar a algunos grupos o personas de manera más específica (por ej. personas sin apoyo familiar, ancianos, niños).

En esta fase también se producen esfuerzos por el retorno a la autonomía y a la actividad social. A más largo plazo, se instala frecuentemente una mentalidad de post-catástrofe, con resignación, aceptación de lo sucedido, del “destino”, culpabilidad y actitud de dependencia en relación con los poderes públicos. Ahora bien, también es importante señalar que el vivir una catástrofe tiene efectos positivos (véase más adelante la resiliencia).

Hay que indicar que en las catástrofes humanitarias, la convergencia hacia el lugar de diferentes equipos de ayuda o presencia de instituciones nacionales o internacionales puede producir otros efectos, tanto económicos, al encarecer la vida (por ejemplo se ha señalado que en el caso de las ayudas humanitarias en África, la llegada de occidentales con dólares aumenta el coste de los alimentos), como poner a la comunidad en una situación de dependencia clientelística.

Por tanto, hay que tomar en cuenta no sólo los efectos positivos sino también los efectos perversos de la ayuda humanitaria. Por ejemplo, en el caso de Xamán, la llegada de muchas ofertas de proyectos económicos y ONG, a la vez que suponía un apoyo, generó en la comunidad una dinámica de respuestas rápidas y una actitud de acaparar recursos. Esa dinámica activó las expectativas y demandas de una población que ya había vivido en el refugio mexicano conviviendo con las ONG y dependiendo del apoyo de la ayuda (Martín Beristaín y cols., 1999).



Carlos Martín Beristaín, Médico y doctor en Psicología Social por la Universidad del País Vasco. Trabaja sobre factores psicosociales, violencia colectiva, intervención comunitaria y defensa de los derechos humanos. Ha colaborado con diferentes ONG's en temas de derechos humanos e intervención psicosocial, coordinando el informe Recuperación de la Memoria Histórica del Arzobispado de Guatemala Rehmi “Nunca Más” sobre el impacto de la violencia en ese país. Es autor de “Reconstruir el Tejido Social: un enfoque crítico de la ayuda Humanitaria” (1999), Icaria, y “Humanitarian Aid Work”, (2006), University of Pennsylvania Press.

Las respuestas ante las catástrofes. Estrés y resiliencia

Si bien las catástrofes naturales pueden producir estrés, una visión negativa de sí mismo y del mundo, también pueden conllevar: a) un crecimiento personal, aprender sobre las capacidades, habilidades y resistencia personal; b) aumentar la sabiduría y el conocimiento; c) mejor el conocimiento sobre sí mismo y los otros; d) apreciar lo que se tiene y aprender las prioridades importantes en la vida, y e) crecimiento y desarrollo espiritual. En el mismo sentido, si una catástrofe provocada directamente por el hombre puede empeorar la visión del mundo y de los otros, así como generar estrés, también puede tener efectos positivos: a) reunir y acercar a la familia, b) unir a la comunidad, haciéndolos sentirse más cerca; c) provocar una orientación más prosocial: ser más tolerante y compasivo con los otros, así como valorar el apoyo que estos ofrecen; y d) pensar que los otros pueden beneficiarse de tu experiencia (McFarland y Alvaro, 2000).

Estrés

Las catástrofes provocan ansiedad y depresión, además de un conjunto de síntomas específicos que se han unificado en el denominado síndrome de estrés posttraumático (PTSD). Además, son características las emociones de miedo, tristeza, enfado o agresividad. Ahora bien, muchas de las reacciones y efectos que presentan las comunidades afectadas, y que a menudo se describen en términos de síntomas o problemas psicológicos, pueden ser reacciones frecuentes frente a situaciones anormales (Perren-Klinger, 1996).

Tras sufrir terremotos, huracanes o inundaciones se constató que la presencia del conjunto de síntomas del estrés posttraumático (PTSD) tiene una incidencia entre el 1% y el 14% sobre la población afectada. En una muestra aleatoria de 1.007 participantes, del 39% de las personas que habían sufrido alguna catástrofe, sólo el 11% de ellos desarrolló el PTSD (Bravo, Rubio, Canino, Woodbury y Rivera, 1990; Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Rubonis y Bickman, 1991). Por lo que se puede considerar que el trastorno de PTSD tras una catástrofe es más bien la excepción que la regla. Además, esta sintomatología estresante se suele manifestar de manera significativa en aquellas personas que poseen antecedentes mentales. Esto no significa negar los problemas, sino que muestra que no se puede reducir la experiencia de las personas a un conjunto de síntomas.

Resiliencia

Evaluaciones positivas de una pérdida (por ej. que la experiencia provocó un crecimiento personal) eran más comunes que las negativas en el caso de familiares

de víctimas del SIDA y estas evaluaciones predecían un mejor estado de ánimo y menor depresión doce meses después –controlando los niveles iniciales de depresión y baja moral–. Un total de 5 estudios han encontrado que percibir un beneficio de una catástrofe se asocia a menor alteración afectiva. Ahora bien, la experiencia de aspectos positivos como el crecimiento personal coexiste con el dolor de la pérdida y no la anula (Calhoun y Tedeschi, 1998; Davis, Nolen-Hoeksema y Larson, 1998).

De los trabajos de Wortman y Silver (2001) se deduce que la mayoría de la gente que sufre una pérdida irreparable no se deprime, que las reacciones intensas de duelo y sufrimiento no son inevitables, y que su ausencia no significa necesariamente que exista o vaya a existir un trastorno posterior (por ej. duelo postergado). En un estudio efectuado con los supervivientes del terremoto de El Salvador, en 2001, se constató que la mayoría de los supervivientes que vivían en albergues ($n=115$) todavía experimentaban emociones positivas significativas (por ej., disfrutar con momentos lúdicos) y eran capaces de otorgar significado a lo sucedido y percibirse a sí mismos como mejor preparados para sucesos negativos futuros (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales, Vidales y Gaborit, 2005).

Sobre este tema, cabe resaltar las investigaciones durante la última década de Bonanno y su equipo respecto a los diferentes tipos de respuestas posibles frente a una situación traumática. En estos estudios se encuentran resultados consistentes respecto a la prevalencia de cada una de las respuestas (trastorno crónico, demorado, recuperación y resiliencia) teniendo en cuenta el nivel de interferencia que tiene el suceso en el funcionamiento cotidiano de la persona durante los dos años siguientes a la pérdida o evento negativo (Bonanno, 2004). Veamos que significa cada una de estas respuestas:

Trastorno crónico → es el sufrimiento prolongado y la incapacidad para funcionar, generalmente dura varios años y su frecuencia de respuesta oscila entre 10 y el 30%.

Demorado → es cuando el ajuste tras el suceso parece normal, pero los síntomas aparecen posteriormente. Su frecuencia es la más baja de todas las respuestas, entre el 5% y 10%.

Recuperación → tras sentir durante varios meses síntomas de estrés y depresión se retorna gradualmente a los niveles pre-evento. Su respuesta está comprendida entre el 15% y el 35%.

Resiliencia → es un proceso dinámico que tiene por resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad. Su frecuencia de respuesta es la más elevada de todas, entre el 35% y 55%.

Por tanto, aunque durante mucho tiempo las reacciones positivas ante catástrofes han sido consideradas como inusuales, actualmente se ha demostrado que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable ante la adversidad.

Finalmente, comentar que durante la presidencia española de la Unión Europea, la Dirección General de Protección Civil y Emergencias realizó un seminario de intervención psicosocial en emergencias y catástrofes cuyo título fue "Desarrollo de la Resiliencia". A lo largo de los dos días que duró el evento se debatió sobre este concepto concluyéndose entre otras cuestiones que "se debe fomentar el desarrollo de individuos y comunidades resilientes potenciando programas sociales preventivos que refuercen la capacidad de afrontamiento de los distintos afectados por catástrofes", Además, "la intervención psicosocial con los individuos y con las comunidades afectadas debe regularse a través de procedimientos operativos probados y fundamentados en el uso de buenas prácticas profesionales, que aseguren resultados orientados a la resiliencia, a potenciar capacidades individuales y sociales y al crecimiento y fortaleza psicosocial". Nos detendremos a continuación en estas buenas prácticas profesionales.



Pau Pérez-Sales, Psiquiatra. Es fundador y coordinador, desde 1997, del Grupo de Acción Comunitaria, Centro de Recursos en Salud Mental y Derechos Humanos. Consultor de la Organización Mundial de la Salud para temas de violencia y catástrofes. Miembro de la *Task Force del Inter Agency Standing Comitee (IASC)* de Naciones Unidas sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Catástrofes y Emergencias.

Directrices para una adecuada intervención psicosocial en catástrofes

El Comité Permanente entre Organismos (IASC) ha recopilado unas directrices sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de catástrofe. Estas han sido elaboradas por profesionales de salud mental y están avaladas por Naciones Unidas, así como por unas 300 Organizaciones Humanitarias No Gubernamentales que participan en ayuda humanitaria. Cualquier psicólogo, trabajador social u otro profesional socio-sanitario que desee responder a situaciones de catástrofe tiene que estar familiarizado con estas directrices.

La lista de acciones que vamos a exponer en el Cuadro 4, teniendo en cuenta la guía IASC (2007), es compatible con las normas del Proyecto Esfera (2004). En términos generales, este proyecto se basa en dos convicciones: primera, que se deben tomar en cuenta todas las medidas posibles para aliviar el sufrimiento humano producido por las catástrofes; y segunda, que los afectados tienen derecho a vivir con dignidad y por lo tanto tienen derecho a recibir asistencia humanitaria.

Cuadro 9.4. Lista de acciones que constituyen una respuesta mínima ante catástrofes

Función o esfera	Lista de acciones
Funciones comunes a todas las esferas	
1. Coordinación	1.1 Establecer mecanismos de coordinación de los servicios de salud mental y apoyo psicosocial
2. Diagnóstico de la situación, seguimiento y evaluación	2.1 Realizar diagnósticos de la situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial 2.2 Iniciar sistemas y procesos participativos de seguimiento y evaluación
3. Protección y normas de derechos humanos	3.1 Aplicación de un marco de derechos humanos mediante servicios de salud mental y apoyo psicosocial 3.2 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y las deficiencias en los sistemas de rescate, y responder a dichas amenazas, mediante medidas de protección social 3.3 Detectar, vigilar, prevenir y responder a las amenazas a la protección y los abusos mediante medidas de protección jurídica
4. Recursos humanos	4.1 Identificar y movilizar a voluntarios y personal contratado que se adapten a la cultura local 4.2 Velar por el cumplimiento de los códigos de conducta y de las guías de ética para personal interviniente 4.3 Proporcionar formación y capacitación en salud mental y apoyo psicosocial a los trabajadores de ayuda humanitaria 4.4 Prevenir y atender los problemas de salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios
B. Esferas básicas de salud mental y apoyo psicosocial	
5. Organización comunitaria y apoyo a la comunidad	5.1 Facilitar las condiciones para que la comunidad se movilice, haga suya y tenga un control sobre la respuesta en todos los sectores 5.2 Facilitar el apoyo social y los recursos propios de las comunidades 5.3 Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas cultural y religiosamente apropiadas 5.4 Facilitar el apoyo a los niños de corta edad (0 a 8 años) y a quienes los cuidan

Fuente: IASC (2007, pp. 35-36).

Cuadro 9.4. Lista de acciones que constituyen una respuesta mínima ante catástrofes (continuación)

Función o esfera	Lista de acciones
6. Servicios de salud	6.1 Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud 6.2 Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental 6.3 Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones 6.4 Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración 6.5 Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias
7. Educación	7.1 Mejorar el acceso a una educación segura y que ésta sea fuente de apoyo
8. Difusión de información	8.1 Proporcionar a las poblaciones afectadas información sobre la catástrofe, el contexto y las actividades de ayuda, así como sobre sus derechos legales 8.2 Proporcionar acceso a información sobre recursos y estrategias para hacer frente a la situación
C. Consideraciones sociales para las esferas sectoriales	
9. Seguridad alimentaria y nutrición	9.1. Incluir consideraciones concretas de índole social y psicológico en la provisión de alimentos y apoyo nutricional (seguridad, dignidad con respeto a las prácticas culturales y a las funciones de los miembros de la familia)
10. Provisión de albergues y planificación de emplazamientos	10.1. Incluir consideraciones concretas en la planificación de emplazamientos y la provisión de albergues (seguridad, dignidad, asistencia cultural y socialmente apropiada)
11. Abastecimiento de agua y saneamiento	11.1. Incluir consideraciones sociales concretas (acceso digno, culturalmente apropiado y seguro para todos) en el abastecimiento de agua y saneamiento

Fuente: IASC (2007, pp. 35-36).

La lista de acciones, que terminamos de exponer, no está destinada únicamente al personal que trabaja en salud mental y apoyo psicosocial. En este sentido, existen acciones psicosociales que corresponden a las esferas básicas del trabajo humanitario, como son la protección, salud en general, educación, abastecimiento de agua y saneamiento, seguridad alimentaria y nutrición, albergue y la administración de campamentos. Los profesionales de salud mental raramente trabajan en esas esferas, pero se les alienta a utilizar dichas directrices como vía para promoverlas entre las comunidades y los profesionales de otras disciplinas, con el propósito de que se adopten medidas apropiadas desde cada una de estas esferas básicas de trabajo (IASC, 2007).

Así, las directrices sobre las que la Psicología Comunitaria debe hacer hincapié guardarían relación con:

- a) La información sobre la realidad de la catástrofe y sobre los esfuerzos para restablecer la seguridad. Esta información debe ser comprensible para personas de 12 o más años. Esta directriz se asocia a volver a establecer la creencia en un mundo benevolente y a satisfacer valores de seguridad. Se reconstruye la noción de que existen lugares seguros y se hace hincapié en los esfuerzos que se hacen para crearlos. De esta manera, a través de esta medida se evita la transmisión de rumores (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).
- b) Re-establecer y facilitar las actividades culturales y religiosas, en particular los ritos funerarios y actos religiosos. En general, estos actos ayudan a atribuirle un significado y sentido a lo ocurrido. Esta directriz se asocia a las creencias de significado y sentido del mundo. Estas actividades mantienen la continuidad con la tradición cultural y religiosa, ayudando a enmarcar lo ocurrido en las explicaciones y categorías relevantes. Estas ceremonias deben hacerse en condiciones favorables (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).
- c) Re-establecer y mantener tan pronto lo permitan la situación y los recursos las actividades educativas y recreativas, formales e informales, de niños y adolescentes. Esta directriz se asocia a re-establecer la creencia en un mundo benevolente y a satisfacer valores de seguridad. Recuperar la rutina escolar ayuda a dar continuidad y sentido a lo ocurrido, mientras que las actividades de distracción y gratificación generan afectividad positiva tras la catástrofe (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).
- d) Facilitar que los adolescentes y adultos participen en actividades concretas, con un interés común, como puede ser la colaboración en las tareas de rescate. La pérdida del rol productivo, de las responsabilidades, conduce a la pérdida del sentido de pertenencia y de la dignidad. Esta directriz tiene que ver con las creencias en un yo digno y eficaz, así como con los valores de logro y poder. El hecho de participar en actividades, en particular económicas, para recuperarse de las catástrofes ha sido corroborado por la mayoría de los estudios (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).
- e) Posibilitar que las personas aisladas, viudos, niños separados de sus padres y huérfanos, ancianos o que se han quedado sin familia, tengan acceso a actividades que les permitan insertarse en redes sociales. En este sentido, varios estudios han constatado los efectos negativos del aislamiento social y los beneficios de la inclusión social (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).

- f) Agilizar, cuando sea posible, la reunificación de las familias y comunidades. Es decir, cuando las personas se encuentran desplazadas deben organizarse con el fin de mantener a las familias unidas y favorecer la reunificación de la comunidad. Esta directriz se refiere a actividades vinculadas a las creencias en el carácter positivo del mundo social, así como con las necesidades de afiliación e intimidad. Los estudios sugieren que la separación de la familia y de la comunidad es más negativa que la exposición a la catástrofe (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006). Así, en una investigación con refugiados de una catástrofe en América Central se confirmó que las personas que vivían en un refugio que había sido creado para mantener unidas a las familias y a la comunidad de origen, en comparación con un refugio que mezclaba comunidades diferentes, mostraban mayor participación en las actividades, tenían menor malestar afectivo, menores sentimientos de humillación y recordaban más hechos emocionales positivos (Pérez-Sales, Cervellón, Vázquez, Vidals y Gaborit, 2005).
- g) Por último, la comunidad debe ser consultada con respecto a las decisiones sobre donde ubicar los locales religiosos, las escuelas, los centros de salud y los puntos de abastecimiento. Además, el diseño para los refugios debe incluir actividades recreativas y culturales. Esta directriz se refiere a la creencia del yo eficaz, así como a las necesidades y valores de auto-dirección (para una análisis de los valores humanos puede consultarse la teoría de Schwartz en Fernández, 2007). Los estudios muestran que el establecimiento de campamentos muchas veces altera las costumbres culturales y no toma en cuenta ni las opiniones ni tradiciones de los refugiados, reforzando el malestar tras las catástrofes (Batniji, Van Ommeren y Saraceno, 2006).

Anexo: Propuestas formuladas en materia de intervención psicosocial en catástrofes durante la presidencia española en la Unión Europea (Enero-Junio de 2010)

Nuestro contexto cultural no se caracteriza por un elevado número de catástrofes, ahora bien acontecimientos como las inundaciones de Biescas y Melilla, los atentados del 11-M y el accidente aéreo de agosto de 2008 en Barajas nos dan muestra de las diferentes intervenciones psicosociales que se han desarrollado en España (véase en el Capítulo 10 de este manual el caso del 11-M).

Por su parte, los ciudadanos de la Unión Europea pueden verse afectados por catástrofes fuera de su país de residencia (por ejemplo, el Tsunami en el Sudeste Asiático en la navidades de 2004). Es por ello que en Europa se viene gestando en

los últimos años una red de cooperación internacional que potencie la solidaridad entre Estados Miembros de la Unión Europea y otros países próximos. El objetivo es que los afectados por una catástrofe, familiares de fallecidos e intervinientes tengan acceso adecuado a los servicios psicosociales. Prestándoles apoyo en situaciones que se caracterizan por:

- Periodos de incertidumbre y espera sin información concreta sobre lo ocurrido.
- Preocupación por el pronóstico de salud en caso de haber resultado gravemente herido.
- Requerimiento judicial para la obtención de datos ante mortem e identificación visual de cadáveres.
- Realización de trámites legales y funerarios.

Estas situaciones generan una intervención psicosocial que se concreta en:

- Apoyo psicológico inmediatamente después de la catástrofe a los afectados y familiares de los fallecidos.
- Identificar los factores de riesgo psicológico que pueden derivar en una mayor incidencia de disfunciones psicológicas posteriores.
- Identificar y potenciar los factores de protección y recursos de apoyo social que pueden contribuir a una mejor recuperación.
- Hacer un seguimiento en los meses posteriores para comprobar y garantizar que esas personas reciben atención correctamente.

Se fomentará y dinamizará la incorporación de la asistencia psicosocial a la normativa vigente en cada Estado Miembro, para lo que será preciso:

- Una formación especializada de profesionales con el fin de lograr unos niveles adecuados en la atención a los afectados de catástrofes, en particular a los niños y otros grupos vulnerables.
- Promover la formación de los voluntarios que trabajan con afectados de catástrofes y colaboran en este campo con organizaciones europeas.
- Designación de los organismos responsables de llevar a cabo la atención psicosocial.
- Revisar la experiencia adquirida en esta materia y compartir experiencias y mejores prácticas en el ámbito del apoyo psicosocial con el fin de proporcionarse ayuda mutua transfronteriza en caso de catástrofes.

El propósito de esta intervención psicosocial es ofrecer una atención específica a los afectados y a sus familiares, en el lugar del siniestro así como atención informativa en el país de origen contribuyendo de esta manera en la reducción de secuelas psicosociales tras un suceso catastrófico (DGPCE, 2010).

En este punto es importante matizar que las intervenciones entre países miembros y en otros contextos culturales deben tratar de proporcionar, tal y como venimos indicando a lo largo del capítulo, apoyo y conocimiento al personal local. Además, es fundamental reconocer las diferencias culturales, siendo muy prudentes en la formulación de recomendaciones que no estén basadas en una perspectiva transcultural.

En definitiva, una intervención externa (internacional) que trate de dar respuesta a la recuperación tras una catástrofe requiere de la comprensión y la consulta con el personal local y con la propia población afectada. La intervención psicosocial debe basarse en la consulta con las comunidades y en un modelo de interacción sostenible.

Resumen

A lo largo del capítulo hemos ido analizando los diferentes términos que se utilizan para nombrar sucesos negativos extremos. Nos hemos centrado en las catástrofes y en dos de las taxonomías que se emplean en Ciencias Sociales. Posteriormente, hemos presentado la trayectoria que dibujan las catástrofes, prestando especial atención a la fase previa, ya que es fundamental para mitigar los efectos de la situación. Además, hemos tratado de exponer una visión positiva, por un lado, a través de la reconstrucción de la comunidad, y por otro, a través de la respuesta de resiliencia tras la catástrofe. La recuperación positiva dependerá en gran medida de la intervención psicosocial que se lleve a cabo, es por ello que se han ido citando las diferentes directrices que el Comité Permanente entre Organismos ha enumerado en la guía IASC. Esta lista de acciones se va organizando en esferas, siendo la esfera de salud mental y apoyo psicosocial la que cobra más relevancia para la Psicología. Por último, hemos recogido las propuestas formuladas en materia de intervención psicosocial en catástrofes durante la presidencia española.

Lecturas recomendadas:

Fernández, I., Páez, D., y Pennebaker, J. W. (2009). Comparison of expressive writing after the terrorist attacks of 9/11 and M11. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 89-103.

En este artículo se comparan los atentados terroristas del 11-S en Nueva York y 11-M en Madrid a través de la escritura expresiva.

Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1991). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London: Routledge. Segunda edición (1998).

Los autores ofrecen una base sólida sobre la intervención en catástrofes haciendo especial hincapié en las estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Martín Beristaín, C., Páez, D., y Fernández, I. (2009). *Las palabras de la selva. Estudio psicosocial del impacto de las explotaciones petroleras de Texaco en las comunidades amazónicas de Ecuador*. Bilbao: Hegoa/EHU.

Este trabajo tiene como objeto documentar el impacto de las explotaciones petroleras de la Texaco en sus diferentes dimensiones (medioambiental, psicosocial y cultural) en Ecuador.

Páez, D., Arroyo, E. y Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre Seguridad*, 57, 43-45.

En este artículo se sintetiza la investigación realizada sobre las conductas colectivas que manifestaban las personas afectadas por una catástrofe, así como los factores psicosociales que se desencadenan tras estas situaciones.

Páez, D., Fernández, I., y Martín Beristaín, C. (2001). Apoyo psicosocial en las catástrofes. Implicaciones prácticas. En C. SanJuan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 177-198). Barcelona: Icaria.

En esta publicación se exponen los elementos para la intervención en catástrofes, indicándose además las implicaciones prácticas a tener en cuenta.

Páez, D., Fernández, I., y Martín Beristaín, C. (2001). Catástrofes, traumas y conductas colectivas: procesos y efectos culturales. En C. SanJuan (Ed.), *Catástrofes y ayuda en emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento* (pp. 85-148). Barcelona: Icaria.

En este capítulo se presentan las diferencias culturales que muestran las personas que han sufrido una catástrofe, analizándose además los procesos psicológicos y sociocognitivos.

Páginas Web de interés

<http://www.proteccioncivil.org>

Esta es la página oficial de Protección Civil donde se incluyen links de interés. Así, se muestran los textos de las conferencias ofrecidas en los seminarios internacionales sobre catástrofes. Además en esta web se presentan los estudios que el grupo de trabajo de psicólogos de diversas instituciones competentes en materia de emergencias y catástrofes viene realizando desde 1997, destacándose el *Manual de Formación de Formadores en Intervención Psicológica en Catástrofes* editado en el 2000.

<http://www.icrc.org/spa>

Web del Comité internacional de Cruz Roja. Se publica una versión electrónica de la revista internacional de la Cruz Roja.

<http://www.psicosocial.net>

Esta web, que se gestiona a través del Grupo de Acción Comunitaria (GAC), es de suma utilidad para las personas interesadas en Psicología Comunitaria. El lector podrá acceder a publicaciones nacionales e internacionales sobre diferentes tópicos que constituyen la asignatura, así como a otros recursos (por ej. páginas web sobre la disciplina) que se ofrecen de una manera muy bien estructurada. Merece especial atención el Centro de Documentación donde pueden consultarse diferentes publicaciones sobre catástrofes.

Referencias bibliográficas

- Batniji, R., van Ommeren, M. y Saraceno, B. (2006). Mental and social aspects of health in disasters: relating qualitative social science research and the sphere standard. *Social Science and Medicine*, 62, 1853–1864
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59, 20-28.
- Bravo, M., Rubio, S.M., Canino, G., Woodbury, M. y Rivera, J.C. (1990). The psychological sequel of disaster stress prospectively and retrospectively evaluated. *American Journal of Community Psychology*, 18, 661–680.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in a urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48(2), 16-222.
- Britton, N. R. (1986). Developing an understanding of disaster. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 22, 254-271.
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R. G. (1998), Posttraumatic growth: future directions. En R. G. Tedeschi, C.L. Park y L.G. Calhoun (Eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis* (pp. 215-238). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Crocq, L., Doutheau, C. y Sailhan, M. (1987). Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. *Encyclopédie Médico Chirurgicale–Psychiatrie*, 37113 D, 2–8.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., y Larson, J. (1998). Making sense of loss and growing from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Delumeau, J. (1993). *La peur en Occident*. Paris: Fayard.
- Fernández, I. (2007). El estudio de la cultura en Psicología Social. En I. Cuadrado e I. Fernández (Coords.), *Psicología Social*. (pp. 31-62) Madrid: Sanz y Torres.
- Fernández, I., Martín Beristaín, C. y Páez, D. (1999). Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor, miedo y conductas de pánico. En J. Apatategi (Ed.). *La anticipación de la sociedad, Psicología Social de los movimientos sociales*. (pp. 281-342). Valencia: Promolibro.
- Fritz, C.E. (1961). Disaster. En R.K. Merton y R.A. Nisbett (Comps.). *Contemporary Social Problems. An introduction to the sociology of deviant behavior and social disorganization*. (pp. 651-694) Nueva York: Brace & World.

- Gleser, G. y Green, B. (1981). *Prolonged psychosocial effect of disaster*. Nueva York: Academic Press.
- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1998). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. (Segunda Edición). Londres: Routledge.
- IASC (2007). *Guía del Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: IASC.
- IFRC, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (1993). *World disasters report 1993*. Dordrecht: Martinus Nijhoff.
- Kaniasty, K. y Norris, F.H. (2004). Social support in the aftermath of disasters, catastrophes, and acts of terrorism: Altruistic, overwhelmed, uncertain, antagonistic, and patriotic communities. En R. Ursano, A. Norwood y C. Fullerton (Eds.), *Bioterrorism: Psychological and public health interventions* (pp. 200-229). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marskey, X. (1993). *Los desastres no son naturales*. Colombia: T. Mundo.
- Martín Beristaín, C., Giorgia, D., Páez, D., Pérez, P. y Fernández, I. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- McFarland, C., y Alvaro, C. (2000). The impact of motivation on temporal comparison: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 327-343.
- ODHAG, Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala: Informe Proyecto Inter Diocesano de Recuperación de la Memoria Histórica (1998). *Guatemala: Nunca Más. Impactos de la Violencia*. Tibás, Costa Rica: LIL/Arzobispado de Guatemala.
- Pennebaker, J.W. y Harber, K.D.(1993). A social stage model of collective coping: The Persian Gulf War and other natural disasters. *Journal of Social Issues*, 49, 125-145.
- Pérez Sales, P., Cervellón, P., Vázquez, C., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Post-traumatic factors and resilience: the role of shelter management and survivors' attitudes after the earthquakes in El Salvador (2001). *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15, 368-382
- Perren-Klinger, G. (1996). Human reactions to traumatic experience: from pathogenic to salutogenic thinking. En G. Perren-Klinger (Ed.) *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. (pp. 7-28). Vienna: Paul Haupt Publishers Berne.
- DGPCE (2010). *Programa de la Presidencia Española del Consejo de la Unión Europea en el ámbito de la Protección Civil*. Madrid: Dirección General de Protección Civil y Emergencias.

Proyecto Esfera (2004). *Carta Humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. Ginebra: Proyecto Esfera.

Rubonis, A.V. y Bickman, L. (1991). Psychological impairment in the wake of disaster: the disaster-psychopathology relationship. *Psychological Bulletin*, 109, 384-399.

Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez Sales, P., Vidales, D. y Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador 2001. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 313-328.

Wortman, C. B., y Silver, R. C. (2001). *The myths of coping with loss revisited*. Washington DC, US: American Psychological Association.

El voluntariado y el 11-M como ejemplo de intervención

Fernando Chacón Fuertes y
María Luisa Vecina Jiménez

Introducción. Marco legislativo y administrativo del voluntariado en España

El voluntariado como conducta de ayuda

¿Por qué algunas personas deciden hacerse voluntarias y otras nunca se lo plantean?

¿Por qué algunos voluntarios permanecen durante largos periodos de tiempo y otros abandonan?

Modelos explicativos de la permanencia del voluntariado
Beneficios del voluntariado

Gestión del voluntariado en las organizaciones: enfoque centrado en la satisfacción y en la permanencia del voluntariado

Condiciones previas a la incorporación
Captación
Selección
Formación
Supervisión y refuerzo

ANEXO: Organización de la intervención psicológica tras los atentados terroristas del 11 de marzo en Madrid: un ejemplo de intervención voluntaria en situaciones de emergencia

Condiciones organizativas previas a la intervención psicológica
Organización del dispositivo de asistencia psicológica
Intervención psicológica en los principales escenarios

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- **Compromiso organizacional**
- **Identidad de rol como voluntario**
- **Gestión del voluntariado**
- **Motivaciones del voluntariado**
- **Voluntariado**

Objetivos

- **Conocer el marco normativo que regula el voluntariado en España, así como los puntos más controvertidos que tal regulación suscita.**
- **Identificar las características esenciales que definen el voluntariado desde la perspectiva de la Psicología Social.**
- **Diferenciar entre los distintos enfoques teóricos que tratan de explicar la permanencia del voluntariado y definir con claridad las variables implicadas y sus mecanismos de acción.**
- **Identificar los principales beneficios que pueden derivarse del voluntariado.**
- **Determinar las condiciones mínimas que deben reunir las organizaciones antes de iniciar programas de intervención que requieran de la participación del voluntariado.**
- **Conocer los objetivos de cada una de las fases de gestión de un programa de voluntariado: captación, selección, formación, supervisión y refuerzo, así como posibles estrategias para alcanzarlos asegurando la satisfacción del voluntariado.**
- **Mostrar al lector un ejemplo de intervención voluntaria a través de los atentados terroristas del 11-M de 2004 en Madrid.**

Introducción. Marco legislativo y administrativo del voluntariado en España

El rápido desarrollo del voluntariado en España, especialmente en la década de los 80 y 90 del pasado siglo, y su cada vez mayor relevancia social ha llevado a las distintas Administraciones Españolas a regular este ámbito. Cualquier profesional que tenga que intervenir con voluntarios debe conocer el complejo entramado de normas internacionales, estatales, autonómicas, e incluso locales, que regulan este campo, bien porque se refieran directamente a él o bien porque se relacionen con ámbitos próximos, como el asociacionismo, las fundaciones o la cooperación al desarrollo. Obviamente, revisar exhaustivamente todas ellas excede con mucho las pretensiones de este capítulo, por lo que a continuación se resumirá muy sucintamente la normativa que afecta al voluntariado en España.

Desde principios de los años 80 fueron surgiendo diversas normas de rango local y autonómico que desembocaron en la Ley Reguladora del Voluntariado Social (Ley 6/1996). A los efectos de esta ley, el voluntariado se define como *“el conjunto de actividades de interés general, desarrolladas por personas físicas sin que exista una relación laboral, funcionarial, mercantil o cualquier otra retribuida”*. Además, la ley exige que las actividades de voluntariado cumplan los siguientes requisitos:

- Que tengan carácter altruista y solidario.
- Que su realización sea libre, sin que tenga su causa en una obligación personal o deber jurídico.
- Que se lleven a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio de la compensación que pueda recibir el voluntario por los gastos ocasionados al desempeñar la actividad voluntaria.
- Que se desarrollen a través de organizaciones privadas o públicas con arreglo a programas o proyectos concretos.

Quedan explícitamente excluidas del ámbito de aplicación de esta ley *“las actuaciones voluntarias aisladas, esporádicas o prestadas al margen de organizaciones públicas o privadas sin ánimo de lucro, ejecutadas por razones familiares, de amistad o buena vecindad”*.

El conocimiento de la Ley 6/96 es esencial para la gestión de programas de voluntariado ya que establece los derechos y los deberes de los voluntarios, las condiciones que deben cumplir las organizaciones para contar con la presencia de voluntarios y las obligaciones que éstas tienen respecto a sus voluntarios. Todas estas prescripciones legales son de obligado cumplimiento por lo que constituyen el mínimo común denominador de la gestión de programas de voluntariado. El Cuadro 10.1. resume contenidos fundamentales de esta ley.

Cuadro 10.1. Resumen de contenidos de la Ley 6/96 Reguladora del Voluntariado Social

DERECHOS DE LOS VOLUNTARIOS

- Recibir orientación, apoyo y, en su caso, medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que les asignen.
- Ser tratados sin discriminación, respetando su libertad, dignidad, intimidad y creencias.
- Participar activamente en la organización, colaborando en la elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas, de acuerdo con sus estatutos o normas.
- Ser asegurados contra los riesgos de accidente y enfermedad derivados directamente del ejercicio de la actividad voluntaria.
- Ser reembolsados por los gastos realizados en el desempeño de sus actividades.
- Disponer de acreditación identificativa de su condición de voluntarios.
- Realizar su actividad en las debidas condiciones de seguridad e higiene.
- Obtener respeto y reconocimiento por el valor social de su contribución.

DEBERES DE LOS VOLUNTARIOS

- Cumplir los compromisos adquiridos con las organizaciones, respetando los fines y la normativa de las mismas.
- Guardar confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad voluntaria.
- Rechazar cualquier contraprestación material que pudieran recibir, bien del beneficiario o de otras personas relacionadas.
- Respetar los derechos de los beneficiarios de su actividad voluntaria.
- Actuar de forma diligente y solidaria.
- Participar en las tareas formativas previstas por la organización.
- Seguir las instrucciones adecuadas a los fines que se impartan en el desarrollo de las actividades encomendadas.
- Utilizar debidamente la acreditación y dispositivos de la organización.
- Respetar y cuidar los recursos materiales que pongan a su disposición las organizaciones.

CONDICIONES PARA LA INCORPORACIÓN DE VOLUNTARIOS

- Las organizaciones deberán estar legalmente constituidas y dotadas de personalidad jurídica propia.
- Carecerán de ánimo de lucro.
- Desarrollarán programas en el marco de las actividades de interés general: asistenciales, de servicios sociales, cívicos, educativos, culturales, científicos, deportivos, sanitarios, de cooperación al desarrollo, de defensa del medio ambiente, de defensa de la economía o de la investigación, de desarrollo de la vida asociativa, de promoción del voluntariado, o de cualesquiera otras de naturaleza análoga.

OBLIGACIONES DE LAS ORGANIZACIONES

- Cumplir los compromisos adquiridos con los voluntarios en el acuerdo de incorporación a la organización.
- Acreditar la suscripción de una póliza de seguro adecuada a las características y circunstancias de la actividad desarrollada por los voluntarios.
- Cubrir los gastos derivados de la prestación de servicio y dotar a los voluntarios de los medios adecuados para el cumplimiento de sus cometidos.
- Establecer los sistemas internos de información y orientación adecuados para la realización de las tareas que les sean encomendadas.
- Proporcionar a los voluntarios la formación necesaria para el correcto desarrollo de sus actividades.
- Garantizar a los voluntarios la realización de sus actividades en las debidas condiciones de seguridad e higiene.
- Facilitar a los voluntarios una acreditación que le habilite e identifique para el desarrollo de su actividad.
- Expedir a los voluntarios un certificado que acredite los servicios prestados.
- Llevar un registro de altas y bajas del personal voluntario.

Todas las Comunidades Autónomas han promulgado sus propias leyes sobre la materia, excepto Cantabria, que cuenta con un decreto de voluntariado. Seis de ellas tienen, además, Planes Estratégicos de Voluntariado en vigor, cuya finalidad es promover el voluntariado, impulsar las asociaciones de voluntariado y facilitar la coordinación entre ellas y con la Administración. Estos planes autonómicos son: II Plan Andaluz de Voluntariado (2006-2009); Plan de Voluntariado de Castilla-La Mancha (2005-2009); Plan Nacional de Asociacionismo y Voluntariado de Cataluña (2008-2012); II Plan Gallego de Voluntariado (2006-2010); Plan Regional de Voluntariado de la Comunidad de Madrid (2006-2010) y II Plan Vasco de Voluntariado (2008-2010).

Por último, son muchos los ayuntamientos que han establecido ordenanzas y reglamentos reguladores. Es evidente que los profesionales de la intervención social que gestionan programas de voluntariado deben conocer en profundidad la normativa aplicable en su ámbito territorial concreto.

Todo este proceso regulador no ha estado exento de críticas. En primer lugar, algunos expertos en intervención social criticaron en su momento la necesidad de legislar sobre un proceso de apoyo social natural. Mientras que para algunos es evidente que las leyes aportan garantías jurídicas y administrativas, al reconocer los derechos de los voluntarios y los deberes de las organizaciones, para otros legislar sobre un proceso que se produce de forma espontánea puede tener un efecto desincentivador de la iniciativa social, burocratizador de una ayuda que se produce naturalmente y domesticador de los movimientos sociales, que quedarían reducidos a una solidaridad indolora (Lipovetsky, 2000), exenta del componente crítico consustancial a los movimientos sociales.

Un segundo problema que surgió al redactar las leyes se refería a la ubicación administrativa del voluntariado. Si bien es cierto que gran parte del voluntariado se enmarca en lo que llamamos servicios sociales, motivo por lo que algunas leyes incluso se denominan "*de voluntariado social*", también es cierto que otras muchas actividades de voluntariado se realizan en ámbitos tan diversos como la protección civil, el medio ambiente, la cultura o el deporte. Para dar cabida a toda esta variedad de actividades sería aconsejable que el voluntariado dependiera de estructuras administrativas más transversales como las Consejerías de Presidencia y no específicas como las de Servicios Sociales.

Un tercer aspecto controvertido se refiere al carácter formalmente organizado que, según la ley, toda acción voluntaria debe tener. Esta condición, si bien puede tacharse como un intento de burocratizar el proceso que además resta flexibilidad a las actuaciones, es necesaria para garantizar un mínimo de calidad y eficacia en la acción de cara a terceros. En todo caso, esto no implica que no pueda haber voluntariado fuera de las organizaciones sin ánimo de lucro, sino que tales actividades quedarían fuera del ámbito de aplicación de la ley.

El elemento más controvertido es finalmente el carácter altruista que impone la ley como inexcusable para considerar una actividad como voluntaria. La cuestión hace referencia a la misma esencia del concepto de voluntariado y apela a algo no observable directamente como son las motivaciones del voluntariado. A la pregunta ¿es posible que alguien lleve a cabo una actividad voluntaria por motivos egoístas? la ley respondería que no y, como veremos en el siguiente apartado, las investigaciones psicosociales sobre el voluntariado sugieren que sí es posible.

El voluntariado como conducta de ayuda

El voluntariado ha sido estudiado tradicionalmente por la Psicología Social como una conducta de ayuda (Clary y Snyder, 1991) que puede estar inducida por motivos altruistas y egoístas. Un estudiante que colabora en una ONG dentro de un programa de reinserción de drogodependientes por interés humanitario decimos que realiza un voluntariado, pero si hace lo mismo para mejorar sus habilidades profesionales o mejorar sus expectativas de encontrar trabajo también realiza un voluntariado. Para maximizar el consenso en la definición de voluntariado debe diferenciarse entre motivaciones y comportamientos y basar las definiciones de los conceptos en las conductas observables y no en las motivaciones inobservables.

Pero decir que el voluntariado es una conducta de ayuda motivada por razones altruistas y/o egoístas no es mucho. Las conductas de ayuda comenzaron a ser estudiadas por la Psicología Social a mediados de los años 60 del pasado siglo. En un primer momento, las investigaciones solo se centraron en las conductas de ayuda en situaciones de emergencia, más concretamente, en porqué no se ayudaba en situaciones de emergencia (Latané y Darley, 1970). Con posterioridad, en la década de los 70 y 80, se comenzaron a estudiar otras conductas de ayuda, tan diversas como dar limosna, acompañar a adolescentes conflictivos a visitas al zoo, leer a personas con discapacidad, donar médula ósea o donar sangre. Estos estudios intentaban dilucidar qué factores, personales y/o situacionales, determinaban que alguien ayudase o no. Los resultados fueron desalentadores. No se encontró un patrón común y en algunas ocasiones los resultados fueron incluso contradictorios.

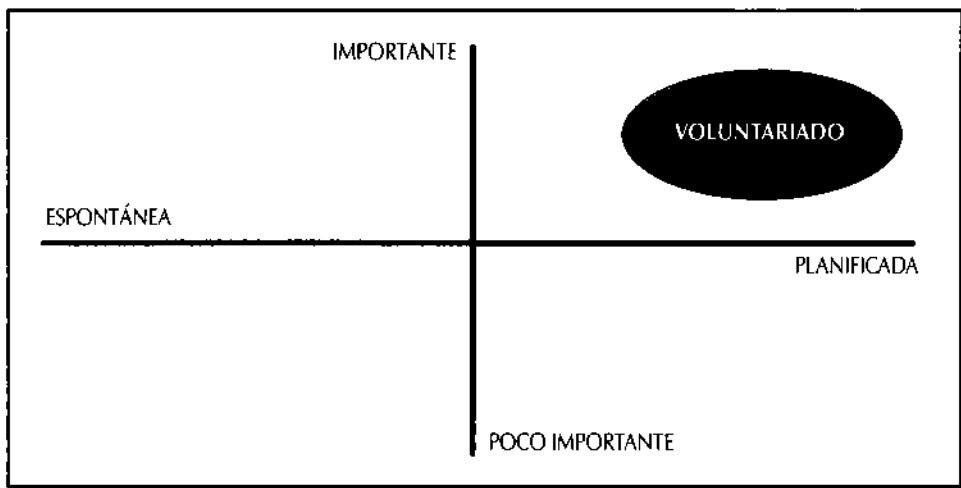
Si se piensa detenidamente, este hecho no tiene nada de extraño. En realidad además de ser conductas de ayuda ¿qué más tiene en común ayudar a un desconocido al que se le han caído unos papeles e irse un año de cooperante a la India? Siguiendo esta idea, en la década de los 80, Pearce y Amato desarrollaron una clasificación empíricamente validada de las conductas de ayuda (Pearce y Amato, 1980; Smithson, Pearce, y Amato, 1983). Querían conocer cuáles eran los criterios que empleaban las personas para diferenciar entre distintas situaciones de ayuda y poder llegar así a una clasifica-

ción cognitivo-dimensional de los episodios sociales de ayuda. En distintas investigaciones, realizadas con muestras diferentes de diferentes países, entre ellos España (Chacón, 1985), aparecieron consistentemente dos dimensiones independientes:

1. Ayuda Planificada- Ayuda Espontánea.
2. Ayuda Importante- Ayuda poco Importante.

Combinando estas dos dimensiones se obtiene un espacio bidimensional, que permite clasificar todas las situaciones de ayuda, lo cual resulta muy útil cuando se quiere estudiar la influencia de otras variables, bien sean situacionales o disposicionales (véase Figura 10.1). Serían ejemplos de conductas de ayuda espontáneas y poco importantes todo el conjunto formado por los pequeños favores (dar cambio, ayudar a recoger objetos caídos, ceder el asiento etc.). Entre las conductas de ayuda espontáneas e importantes se podrían incluir todas las conductas relacionadas con las intervenciones en emergencias (rescatar a alguien que se está ahogando, reanimar a un accidentado, etc.). El voluntariado, junto con la donación de sangre y de órganos, serían ejemplos de conductas de ayuda planificadas e importantes (los niveles de importancia dentro de los grupos lógicamente pueden variar). El voluntariado sería por tanto una conducta de ayuda con un nivel al menos medio de planificación e importancia. Las conductas de ayuda planificadas suponen un mayor coste de tiempo, implican interacciones repetidas con personas y requieren que el benefactor busque ayudar, más que ser expuesto accidentalmente al hecho de ayudar, por lo que es lógico suponer que sus determinantes deben ser distintos (Benson y cols., 1980).

Figura 10.1. Representación gráfica de las dimensiones de clasificación de las situaciones de ayuda



Cnaan, Handy y Wadsworth (1996) en una revisión exhaustiva de la literatura centrada en la definición del voluntariado observaron que el término se utilizaba con mucha frecuencia para referirse a servicios no asalariados en una gran variedad de situaciones, lo que dificultaba el establecimiento de límites claros y coherentes que permitieran saber qué actividades y en qué circunstancias unas eran consideradas de voluntariado y otras no. Estos autores identificaron cuatro dimensiones compartidas por todas las definiciones de voluntariado revisadas y propusieron entender cada dimensión como un continuo a lo largo del que se podían establecer diferentes categorías. La Figura 10.2 contiene gráficamente las cuatro dimensiones y sus correspondientes categorías.

Figura 10.2. Dimensiones y categorías utilizadas para definir el voluntariado



La 1ª dimensión hace referencia a la naturaleza de la acción voluntaria e incluye tres categorías: elección voluntaria, elección no forzada y obligación. Aunque alguien puede realizar una acción que beneficie a la sociedad, lo que determina si es considerado como voluntario o no, varía. Por ejemplo, es más probable que sea considerado como voluntario alguien que coloca libros en una biblioteca sin obligación alguna, que alguien que realiza la misma actividad por orden judicial y cumple con ello una sentencia.

La 2ª dimensión hace referencia a la naturaleza del refuerzo e incluye cuatro categorías: ninguna recompensa, ninguna recompensa esperada, compensación de gastos y bajo salario. Esta última categoría recoge definiciones que sostienen que las gratificaciones pueden ser aceptables siempre que sean menores que el valor del servicio prestado.

La 3ª dimensión se refiere al contexto bajo el que la actividad voluntaria se realiza. Se incluyen dos categorías: contexto formal y contexto informal. Según algunas definiciones sólo el trabajo llevado a cabo en una organización formalmente constituida sin ánimo de lucro, pública o privada, es aceptable como definitorio del voluntariado. En otras definiciones se admite también la ayuda informal a vecinos o amigos.

La 4ª dimensión se refiere a los beneficiarios de la ayuda e incluye tres categorías: no conocidos, conocidos y uno mismo. Las definiciones más puristas requieren que los beneficiarios sean extraños, es decir, personas no conocidas y con las que no se tiene nada en común, mientras que otras también incluyen a personas próximas (amigos, personas de la misma raza, etnia, religión, género o grupo residencial). Las definiciones más laxas incluyen también como posibles beneficiarios a los propios sujetos, por lo que la pertenencia a grupos de ayuda mutua también podría ser definida como actividad de voluntariado desde esta última perspectiva.

Cnaan, Handy y Wadsworth (1996) propusieron el criterio de coste neto (costes menos beneficios) como elemento empírico para entender cómo las personas elaboran un constructo social que les permite diferenciar entre quién realiza una actividad voluntaria y quién no, de manera que a mayor coste neto tanto más probable es que alguien sea considerado como voluntario. Los costes para el voluntariado incluyen: tiempo dedicado, esfuerzo realizado, otros refuerzos a los que renuncia, etc. Los beneficios incluyen: estatus, oportunidades de promoción, experiencia para el trabajo, aprendizaje de habilidades, etc. Desde esta perspectiva, el prototipo de persona voluntaria sería aquella que decide voluntariamente ayudar a otras personas, inicialmente desconocidas, en el contexto de organizaciones formalmente constituidas y sin recibir recompensa económica alguna por ello. Además, será más probable que alguien que cumple estos requisitos sea percibido como voluntario si los costes que supone su actuación son mayores que los beneficios en el nivel de análisis conductual (observable).

Otros enfoques más reciente definen el voluntariado como una forma de acción social (Omoto, 2005) y de participación social (Montero, 2004), donde las personas se implican activamente en acciones que sirven al interés común. En cualquier caso, parece que el mínimo común denominador incluye cuatro características esenciales que llevan a definir el voluntariado como conducta de ayuda (1) no obligada, (2) planificada, (3) que se prolonga en el tiempo y (4) que tiene lugar en contextos organizacionales (Penner, 2002).

¿Por qué algunas personas deciden hacerse voluntarias y otras nunca se lo plantean?

Las investigaciones que abordan esta pregunta son de carácter sociológico y aportan perfiles sociodemográficos característicos de las personas que participan voluntariamente en organizaciones sociales, lo cual no siempre corresponde exactamente con los criterios utilizados para definir el voluntariado¹ (Wilson, 2000). Algunos resultados sugieren que es más probable que participen las personas con elevados ingresos económicos, alto nivel educativo, empleos estables y responsabilidades familiares, y más los hombres que las mujeres. Sin embargo, estos datos, a excepción de los relativos al nivel educativo elevado, no parecen ser lo suficientemente consistentes. En el caso del sexo, por ejemplo, numerosos estudios estadounidense, australianos y europeos (Plagnol y Huppert, 2009; Smith, 1983; Wilson, 2000) que trabajan con definiciones amplias de voluntariado, sugieren que es más probable que participen los hombres que las mujeres. En España, por el contrario, los datos señalan que hay más mujeres que hombres en el voluntariado (Cortes, Hernán, y López, 1998), al menos en el inicio del proceso porque, según otros estudios, cuando hablamos de voluntariado sostenido o permanente parece que hombres y mujeres participan en la misma proporción (Vecina, Chacón, y Sueiro, 2010). En cualquier caso, ninguna de estas características explicaría porqué se toma la decisión de ser voluntario, mas bien y en conjunto constituyen descripciones del grupo de personas que han tomado tal decisión.

Si realmente queremos responder a la pregunta inicial deberíamos diferenciar entre las condiciones de vida que hacen más o menos probable que las personas se planteen la decisión de ser voluntarias, las expectativas positivas y negativas que se generan mientras se plantean tal posibilidad y las motivaciones que les llevan a dar el paso.

Habitualmente estos tres aspectos se confunden y es posible oír que tal o cual persona se hizo voluntaria porque tenía tiempo libre o porque esperaba divertirse, hacer amigos y ayudar a los demás. Así pues, es conveniente diferenciar estos aspectos, que podemos definir como sigue:

- **Condiciones de vida:** se refiere a circunstancias o estados que facilitan o dificultan la decisión de hacerse voluntario como, por ejemplo, percibir tiempo libre disponible o tener condiciones de vida estables en términos económicos y de salud. El tiempo libre, que es habitualmente aducido como la principal razón para hacerse o no hacerse voluntario, no es razón, sino condición, ya que muchas personas tienen una cantidad similar de tiempo libre al día y deciden hacer cosas muy diferentes en él. La pregunta a contestar sería ¿por

1 Volunteering en inglés hace referencia a participación en asociaciones y no sólo al voluntariado propiamente dicho.

qué algunas personas deciden hacer voluntariado en su tiempo libre y no un sin fin de cosas alternativas?

- **Expectativas:** se refieren al conjunto de anticipaciones sobre lo que ocurrirá en el futuro hechas por las personas que se están planteando iniciar cualquier tipo de actividad. Pueden ser muchas y muy variadas, más o menos realistas, positivas y negativas, pero las expectativas no son las que impulsan la decisión de hacerse voluntario. Así, una persona puede esperar divertirse, aprender, conocer a gente diferente, e incluso anticipar algunos problemas de sobreimplicación, cansancio emocional, desavenencias con personas de la organización, etc., pero ello no quiere decir que estas anticipaciones sean las razones realmente responsables de su decisión final.
- **Motivaciones del voluntariado:** se definen como fuerzas psicológicas internas que llevan a implicarse en acciones de voluntariado, superando incluso obstáculos que dificultarían tal implicación (Clary, Snyder, y Stukas, 1996). Son las verdaderas razones por las que se toma la decisión de hacerse voluntario y también la de mantenerse como tal. Ello hace de las motivaciones del voluntariado el aspecto más estudiado (Haski-Leventhal, 2009).

Clary, Snyder y colaboradores (Clary y Snyder, 1991; Clary, Snyder, Ridge, Cope-land, Stukas, Haugen y cois., 1998; Clary y Snyder, 1999) aplicaron al estudio de las motivaciones del voluntariado el enfoque funcional (Katz, 1960), que sostiene que los motivos que explican una misma conducta pueden ser varios y diferentes, y que la misma conducta puede estar cumpliendo o satisfaciendo diferentes funciones en distintas personas. Los autores identificaron seis motivaciones diferentes, medibles a través del Inventario de Funciones del Voluntariado (VFI). En el Cuadro 10.2 se puede observar el cuestionario adaptado a muestra española de voluntarios. Este instrumento contiene 30 ítems en total (escala de 7 puntos), divididos en seis subescalas correspondientes a cada una de las posibles seis funciones del voluntariado, a saber:

1. Valores. Se refiere al interés humanitario por ayudar a otras personas. Tiene un claro carácter heterocentrado y es la motivación identificada más frecuentemente en muestras de voluntarios y la considerada más importante por ellos mismos.
2. Conocimiento. Interés por aprender, conocer y desarrollar habilidades.
3. Relaciones sociales. Interés por conocer a otras personas y establecer relaciones de amistad.
4. Mejora del currículum. Interés por obtener beneficios relacionados con la carrera profesional, como habilidades especiales, contactos, etc.
5. Incremento de la estima. Se refiere a la necesidad de sentirse bien con uno mismo y de desarrollarse en el plano personal.

6. **Defensa del yo.** Se refiere a la necesidad de protegerse frente a estados negativos o amenazas al yo. Las personas que manifiestan tener esta motivación buscarían, por ejemplo, evitar sentirse culpables, o manejar sus propios problemas. Al igual que las anteriores tiene carácter autocentrado.

Cuadro 10.2. Inventario de Funciones del Voluntariado adaptado a muestra española de voluntarios

INVENTARIO DE FUNCIONES DEL VOLUNTARIADO
<p>VALORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estoy interesado por aquellas personas menos afortunadas que yo. • Estoy interesado por el grupo particular al que estoy ayudando. • Siento compasión por la gente necesitada. • Siento que es importante ayudar a otras personas. • Quiero hacer algo por una causa que es importante para mí.
<p>CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • El voluntariado me permite aprender más sobre aquello en lo que estoy trabajando. • El voluntariado me permite obtener una nueva perspectiva de las cosas. • El voluntariado me permite aprender cosas a través de la experiencia directa. • Puedo aprender cómo tratar con una gran variedad de personas. • Puedo explorar y aprender sobre mis propias fuerzas.
<p>RELACIONES SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tengo amigos que son voluntarios. • La gente cercana a mí quiere que sea voluntaria. • La gente que conozco comparte un interés por el servicio comunitario. • Personas cercanas a mí valoran mucho el servicio comunitario. • El voluntariado es importante para mis mejores amigos.
<p>MEJORA DEL CURRÍCULUM</p> <ul style="list-style-type: none"> • El voluntariado puede abrirme puertas al trabajo que quiero. • Puedo hacer nuevos contactos que podrían ayudar a mis negocios o a mi carrera profesional. • El voluntariado me permite explorar diferentes opciones profesionales. • El voluntariado me ayudará a tener éxito en mi elección profesional. • La experiencia voluntaria es una experiencia más en mi currículum
<p>INCREMENTO DE LA ESTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • El voluntariado hace que me sienta importante. • El voluntariado incrementa mi autoestima. • El voluntariado hace que me sienta necesario. • El voluntariado hace que me sienta mejor conmigo mismo. • El voluntariado es una forma de hacer nuevas amistades.
<p>DEFENSA DEL YO</p> <ul style="list-style-type: none"> • El voluntariado me ayuda a olvidar lo mal que lo paso. • El voluntariado me ayuda a sentirme menos solo. • El voluntariado alivia mi sentimiento de culpa por ser más afortunado que otras personas. • El voluntariado me ayuda a trabajar sobre mis propios problemas personales. • El voluntariado es una buena forma de escapar de mis desgracias.

Un problema que surge cuando se trata de medir las motivaciones de los voluntarios a través de cuestionarios como el descrito es que se miden no sólo las principales razones para hacerse voluntario, sino probablemente también las diversas expectativas existentes. Es muy probable que las personas que contestan a los cuestionarios no tengan clara la distinción teórica entre condiciones de vida, expectativas y motivaciones y que por tanto no puedan reflejar tal diferenciación en sus respuestas. Una técnica de evaluación complementaria para identificar las motivaciones de los voluntarios es la entrevista, que permite indagar más cualitativamente sobre todos estos aspectos.

¿Por qué algunos voluntarios permanecen durante largos periodos de tiempo y otros abandonan?

La permanencia del voluntariado es un aspecto clave a gestionar por las organizaciones ya que uno de sus principales problemas suele ser el escaso tiempo de permanencia de una parte importante de sus voluntarios. Algunos estudios arrojan tasas de abandono durante el primer año cercanas al 40% (Lammers, 1991; Stevens, 1991). En España, concretamente, se estima que sólo el 36% de las organizaciones mantiene de forma estable su plantilla de voluntarios (Cortes y cols., 1998).

Si bien es cierto que en muchas ocasiones el abandono de los voluntarios se debe a circunstancias vitales o a problemas personales totalmente comprensibles, como cambios de residencia, problemas de salud, horarios laborales, nuevas responsabilidades familiares, etc., también es verdad que en otros muchos casos el abandono es el resultado de una inadecuada gestión por parte de la organización, que produce dosis innecesarias de insatisfacción y frustración. La permanencia del voluntariado es, además, un indicador de aspectos deseables, tanto para las organizaciones como para los mismos voluntarios y los beneficiarios, sean éstos personas, espacios o la sociedad en general. La permanencia es positiva para las organizaciones porque permite dar continuidad a los programas y ahorrar recursos económicos y humanos en captación, formación, coordinación, etc. Para los beneficiarios la permanencia tiene igualmente efectos positivos porque permite disponer de programas estables, desarrollados por voluntarios con experiencia y en entornos articulados socialmente. Finalmente, para los mismos voluntarios la permanencia es positiva porque indica que sus expectativas positivas, y especialmente sus motivaciones, encuentran satisfacción a través del voluntariado y porque en definitiva pueden extraer los beneficios que se derivan de esta forma de participación social en términos, por ejemplo, de identidad social, sensación de pertenencia, de autoeficacia, *empowerment*, sentido vital, etc. (véase en el Capítulo 3 la sensación de pertenencia y el *empowerment* en el Capítulo 2 de este manual).

Modelos explicativos de la permanencia del voluntariado

La respuesta a la pregunta inicial vendría de dos líneas de investigación diferentes, una centrada en explicar las causas de la permanencia o del abandono de los voluntarios, que ha dado lugar a diversos modelos o enfoques explicativos, y otra centrada en las consecuencias beneficiosas que se derivan del voluntariado para los propios voluntarios.

Modelo de la identidad de rol de voluntario

El modelo de la identidad de rol de voluntario, propuesto inicialmente por Callero, Howard y Piliavin (1987) ha recibido un importante apoyo empírico (Davila, Chacón, y Vecina, 2005; Grube y Piliavin, 2000; Lee, Piliavin, y Call, 1999; Penner y Finkelstein, 1998; Piliavin y Callero, 1991; Piliavin, Grube, y Callero, 2002). En él se compara el impacto que sobre la permanencia del voluntariado tienen diversas variables como son las normas personales (lo que una persona cree que debe hacer), las normas sociales (lo que los demás creen que esa persona debe hacer), el compromiso con la organización y la identidad de rol de voluntario. Se parte del supuesto de que el voluntariado es un tipo de conducta de ayuda y que las conductas de ayuda son conductas de rol que se desarrollan tras estar cierto tiempo desempeñando tareas y acciones, en este caso de voluntariado, para una misma organización. Más concretamente, el modelo propone que el hecho de ser voluntario durante un periodo prolongado de tiempo aumenta el compromiso hacia la organización. El compromiso, a su vez, se traduce en un incremento de las acciones en favor de la organización y, todo ello, introduce cambios en el autoconcepto de los voluntarios, cambios que conllevan la incorporación de esta nueva característica definitoria del yo (identidad de rol de voluntario) y que directamente explicarían la continuidad de las acciones voluntarias. Cuando el rol de voluntario llega a formar parte del autoconcepto de una persona, las conductas de voluntariado se mantendrían a lo largo del tiempo con independencia de las normas personales y de las normas sociales, ya que las personas ante todo se esfuerzan por realizar conductas coherentes con lo que son o creen ser, esto es, con su identidad. El modelo sugiere, por tanto, que uno de los mejores predictores de la futura actividad de voluntariado debería ser el nivel pasado de actividad voluntaria.

Modelo funcional de las motivaciones

El enfoque funcional de las motivaciones del voluntariado, propuesto por Clary, Snyder y colaboradores, se centra en las diferentes motivaciones individuales existentes para ayudar y sostiene que ser voluntario permite a las personas satisfacer

diferentes motivaciones en diferentes momentos temporales, por ejemplo, aprender, expresar valores, relacionarse con otras personas, mejorar la estima, las habilidades profesionales o defender el yo frente a amenazas (véase Cuadro 2). Serían por tanto las motivaciones, y más concretamente la satisfacción de las mismas a través de las acciones o tareas desarrolladas, el principal factor que explicaría la permanencia de los voluntarios (Clary y Snyder, 1991; Clary y cols., 1998; Clary y Snyder, 1999; Chapman y Morley, 1999; Houle, Sagarin, y Kaplan, 2005; Omoto y Snyder, 1995). Estos planteamientos llevan a asumir que las personas pueden iniciar su voluntariado por unas razones y continuar por otras y que diferentes personas pueden estar haciendo la misma tarea por razones totalmente diferentes. En definitiva, si se persigue asegurar la permanencia del voluntariado habría que tratar, según este enfoque, de ajustar al máximo las motivaciones de cada persona con las características de la tarea o actividad realizada, de manera que quienes buscan, por ejemplo, aprender deberían realizar tareas que efectivamente les faciliten oportunidades de aprendizaje; quienes buscan expresar sus valores humanitarios deberían llevar a cabo tareas de las cuales se infiera fácilmente que están contribuyendo a mejorar situaciones; quienes buscan mejorar su red social deberían realizar tareas que impliquen trabajo en equipo, coordinación con otros grupos, etc.

Teniendo en cuenta que los dos enfoques explicados no son teóricamente excluyentes y que de hecho existe abundante apoyo empírico a favor de ambos (Finkelstein, Penner, y Brannick, 2005; Penner y Finkelstein, 1998), el siguiente modelo, desarrollado con muestra de voluntarios en activo de diferentes organizaciones españolas, propone su integración en un marco común de interpretación, en el que además se incluye la dimensión temporal.

Modelo de las Tres Etapas de la Permanencia del Voluntariado

Este modelo (Chacón, Vecina y Dávila, 2007) parte del supuesto de que la variable que mejor explica el tiempo real de permanencia de los voluntarios es la intención conductual que ellos mismos tienen de permanecer (Ajzen, 1985). Se supone que los voluntarios conocen mejor que nadie las circunstancias de su vida y que son ellos los que mejor pueden estimar el tiempo que van a permanecer, por lo que preguntarles directamente sería la forma más fiable de calcular con precisión el tiempo de permanencia.

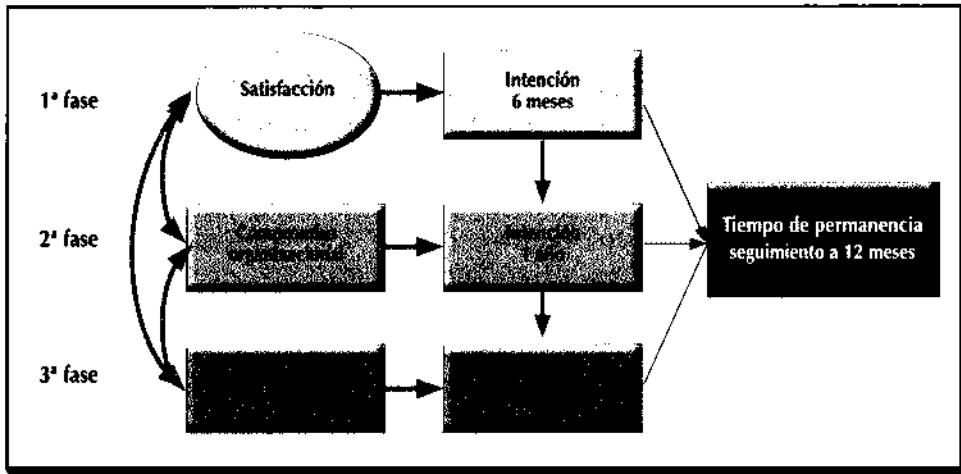
En segundo lugar, el modelo distingue tres etapas que transcurren a lo largo del tiempo. En la primera se propone que la satisfacción es la variable más relacionada con la intención de permanencia de los voluntarios a corto plazo, ya que durante los primeros meses es cuando los voluntarios contrastan sus motivaciones y expec-

tativas con la realidad organizacional. El modelo supone que el resultado de ese contraste debe ser continuamente positivo hasta que se desarrollen otras variables de tipo más disposicional (internas a la persona), como son el compromiso organizacional (que se desarrollaría en la segunda etapa) y la identidad de rol como voluntario (que se desarrollaría en la tercera etapa), o de lo contrario los voluntarios abandonarían en esta primera fase. La satisfacción se conceptualiza como un constructo multidimensional que incluye varios aspectos: satisfacción de las motivaciones, satisfacción con las tareas y satisfacción con la gestión de la organización. Recientes estudios muestran que efectivamente estas tres dimensiones de la satisfacción diferencian entre quienes continúan en la organización y quienes abandonan tras 12 meses de seguimiento del tiempo de permanencia, de manera que quienes sienten más satisfechas sus motivaciones y están más satisfechos con las tareas que realizan y con la gestión realizada por la organización continúan y quienes lo están menos abandonan (Vecina, Chacón, y Sueiro, 2009).

Para pasar a la segunda etapa es esencial que se genere compromiso organizacional. Según Brickman (1987), compromiso es lo que hace que una persona continúe desarrollando una acción cuando las dificultades o las alternativas positivas le llevarían a abandonarla. Siguiendo un enfoque afectivo y emocional (Meyer y Allen, 1997; Mowday, Porter, y Steers, 1982; Mowday, 1998), el compromiso supone una fuerte identificación con una organización concreta, manifestada en la creencia y aceptación de sus metas y valores, en la voluntad para realizar esfuerzos por ella y en el deseo de permanecer como miembro. Esta variable disposicional, que requiere tiempo para desarrollarse, se relacionaría con la intención de permanencia a más largo plazo porque permitiría compensar, al menos temporalmente, descensos moderados de la satisfacción. Apoyan esta idea recientes trabajos que muestran que es el compromiso, y no la satisfacción, la variable que parece diferenciar claramente entre dos grupos extremos de voluntarios, los que abandonan durante el primer año y los que permanecen después de siete, siendo estos últimos los que más compromiso experimentan (Vecina, Chacón, y Sueiro, 2010). En la tercera etapa, y como consecuencia de la práctica continuada de acciones voluntarias en favor de la organización, se acabaría incorporando en el autoconcepto una nueva característica, esto es, el rol de voluntario, por lo que sería la identidad de rol de voluntario lo que mejor explicaría la intención de permanencia a largo plazo. En la Figura 10.2 puede verse una representación gráfica del modelo de las tres etapas.

Todas estas líneas de investigación han sido fructíferas y han permitido acercarse a la comprensión teórica de un proceso complejo, multideterminado y dinámico y también han permitido derivar estrategias útiles para gestionarlo en la práctica.

Figura 10.2. Modelo de las tres fases de la permanencia del voluntariado



Sin embargo, muchos de estos trabajos tienen limitaciones metodológicas importantes. En la inmensa mayoría de los casos no se emplea una metodología longitudinal que permita conocer cuál es la relación real de interdependencia que se establece entre las variables a lo largo del tiempo, sólo excepcionalmente se han realizado seguimientos longitudinales de la variable tiempo de permanencia (Chacón y cols., 2007; Davis, Hall, y Meyer, 2003). Además, los porcentajes de varianza explicada suelen ser muy bajos en prácticamente todos los estudios, lo que puede estar indicando que aún no se han incluido aspectos explicativos clave.

Beneficios del voluntariado

Paralelamente a las líneas de investigación ya explicadas, se han realizado trabajos de investigación centrados en otra importante cuestión: los efectos psicosociales beneficiosos del voluntariado (Dolan, Peasgood, y White, 2008; Piliavin y Siegl, 2007; Stephen, 2005). A simple vista puede parecer que este creciente interés por constatar las consecuencias positivas derivadas del voluntariado constituye un nuevo intento de promoción del voluntariado en un momento en el que la Psicología se interesa por los aspectos positivos del ser humano. Sin embargo, y aunque este es un factor que puede contribuir, el interés surgió inicialmente en un intento por constatar los efectos beneficiosos del voluntariado en personas con vulnerabilidad, fundamentalmente jóvenes y mayores.

En este sentido, se ha constatado que el voluntariado, al ser una forma activa de participación social, aporta importantes beneficios físicos y psicológicos. El simple hecho de hacer cosas, de ser la causa de algo y de ejercer control, parece proteger en

general a las personas de la mortalidad por patologías diversas (Langer y Rodin, 1976). Además, desempeñar roles sociales aporta estatus, privilegios, satisfacción personal e identidad social, especialmente cuando los roles son asumidos de forma voluntaria, como es el caso en el voluntariado (Levasseur, Desrosiers, y Noreau, 2004).

Más concretamente, el hecho de ayudar a otras personas se relaciona con cuantiosos beneficios para quien ayuda (Piliavin, 2002), como diversas emociones positivas (Vecina y Chacón, 2005), satisfacción con la vida y bienestar subjetivo (Kiviniemi, Snyder, y Omoto, 2002). Además, amortigua el impacto del estrés (Reitschlin, 1998), previene conductas delictivas en jóvenes e incrementa su responsabilidad social y sus habilidades sociales y de liderazgo (Moore y Allen, 1996). También en jóvenes se ha puesto de manifiesto que aquellos que realizan algún tipo de actividad voluntaria tienen horizontes educativos más elevados, mejores calificaciones y autoestima académica, así como mayor motivación intrínseca hacia el trabajo por la comunidad (Johnson, Beebe, Mortimer, y Snyder, 1998).

Los efectos positivos del voluntariado en personas mayores también vienen siendo constatados desde hace años y prácticamente como una línea de investigación independiente dentro de la gerontología (Bond, 1982; Warburton, Terry, Rosenman, y Shapiro, 2001; Wheeler, Gorey, y Greenblatt, 1998). Ayudar se asocia a beneficios en términos de bienestar y de satisfacción con la vida, incluso cuando se controlan variables como la salud y el estatus socioeconómico (Morrow-Howell, Hinterlong, Rozario, y Tang, 2003). Además, desempeñar roles sociales aporta identidad social y da sentido a la vida (Greenfield y Marks, 2004). Estos resultados son bastante lógicos si, como algunos autores indican, las personas son socializadas para obtener satisfacción ayudando a otras (Cialdini, Kenrick, y Baumann, 1982). Pero resulta algo más sorprendente que también exista una relación entre participación social y nivel de salud percibida (Young y Glasgow, 1998) y reducción de la mortalidad (Musick, Herzog, y House, 1999; Shmotkin, Blumstein, y Modan, 2003). En este sentido, parece que el impacto positivo del voluntariado sobre la mortalidad aumenta con la edad, es decir, que los que tienen más riesgo de morir se benefician más (Oman, Thoresen, y McMahon, 1999). La conclusión que se puede extraer de estos trabajos es que el voluntariado en personas mayores es altamente beneficioso física y psicológicamente y su efecto sobre la salud y la satisfacción con la vida parece ser fuerte y consistente.

Desde una perspectiva más amplia se puede entender que este interés por identificar efectos positivos del voluntariado tiene una utilidad teórica y empírica más importante, compatible con las anteriores líneas de investigación, ya que siendo el voluntariado un proceso dinámico, en el que las variables se comportan de forma diferente a lo largo del tiempo, lo que en principio son efectos positivos de la participación (satisfacción de las motivaciones, sentimientos de pertenencia, percepción

de autoeficacia, identidad social, bienestar psicológico, salud percibida, etc.) pueden transformarse en causas para potenciar y reforzar el mantenimiento de la participación (espirales positivas de mantenimiento).

Esta incipiente línea de investigación trataría de profundizar en los efectos beneficiosos que obtienen los voluntarios como consecuencia de la práctica continuada de su actividad y los analizaría, no como simples consecuencias, sino como efectos que acaban convirtiéndose en causas de la permanencia. En este sentido uno de los trabajos más importantes que relaciona voluntariado y bienestar subjetivo (Thoits y Hewitt, 2001) muestra que la relación que los une es recíproca: ser voluntario tiene un impacto significativo en las seis medidas de bienestar psicológico analizadas (felicidad, satisfacción con la vida, autoestima, percepción de dominio, ausencia de depresión y salud física) y todas estas medidas, y en especial la satisfacción con la vida y la percepción de dominio, influyen en el número de actividades voluntarias realizadas y en el tiempo dedicado a ellas. En la misma línea Meier y Stutzer (2008) observaron que efectivamente era más probable que las personas felices decidieran ser voluntarias y a la vez que las que lo eran incrementaran sus niveles de bienestar haciendo voluntariado. Piliavin y Siegl (2007) aportan evidencia a favor de la existencia de una relación causal entre voluntariado sostenido y bienestar psicológico tanto de forma directa como indirecta. En este último caso, la relación estaba mediada por el concepto de *mattering*, definido como la percepción de que se es de alguna manera parte significativa del mundo circundante, que la gente sabe de nuestra existencia, nos valora y se preocupa por nosotros (Rosenberg y McCullough, 1981). Sus datos mostraron, además, que los beneficios psicológicos eran mayores si los voluntarios pertenecían a tres o más organizaciones que si pertenecían a dos o menos y que se beneficiaban más los que tenían peor nivel de integración social. Así pues, si el voluntariado parece ir transformando a las personas, es lógico suponer que las razones por las que se mantienen en cada momento pueden ir igualmente cambiando, y ello aunque no siempre sea accesible a la consciencia de los protagonistas.

Finalmente, habría que tener en cuenta que, además de beneficios, el voluntariado también conlleva costes, que hasta cierto punto están asociados al desempeño de roles concretos en organizaciones concretas, y que si bien los beneficios en el ámbito del voluntariado son eminentemente psicológicos, los costes pueden ser tanto psicológicos (frustración, desavenencias con otras personas, sobreimplicación emocional, *burnout*, etc.) como materiales (tiempo, dinero, esfuerzo físico). En estas circunstancias serían los beneficios intangibles psicológicos los que permitirían compensar los costes físicos tangibles y dar cuenta de la permanencia del voluntariado. El voluntariado supondría, por tanto, una actividad de intercambio en la que los voluntarios dan tiempo, esfuerzo y distintas habilidades valoradas en el mercado

a cambio de beneficios de distinta índole, como valoración y aprobación social, satisfacción por el cumplimiento de un deber, reducción del propio malestar, mejora de su estado afectivo, etc. (Haski-Leventhal, 2009).

Gestión del voluntariado en las organizaciones: enfoque centrado en la satisfacción y en la permanencia del voluntariado

El voluntariado se enmarca en organizaciones formalmente constituidas sin ánimo de lucro, tanto por criterios de eficiencia, como por posicionamiento ético ante los problemas sociales. Este posicionamiento hace imprescindible la profesionalización de sus sistemas de gestión.

La gestión profesionalizada de programas de voluntariado requiere del cumplimiento de criterios de calidad exigentes, ya que las intervenciones de los voluntarios repercuten sobre personas y situaciones problemáticas, que requieren intervenciones eficaces y útiles. Sin embargo, la exigencia de estos criterios de calidad debe acompañarse necesariamente de actuaciones tendentes a mantener e incrementar, si es posible, la satisfacción de los voluntarios. Aumentar la permanencia de los voluntarios, incidiendo en su satisfacción, es una fórmula legítima, que respeta las múltiples diferencias existentes entre los profesionales, que tienen un compromiso instrumental y cuya permanencia se garantiza por medio del contrato laboral, y los voluntarios, cuyo compromiso se relaciona con aspectos éticos y emocionales.

Los procesos de gestión implicados para hacer efectivo estos requerimientos son dos, uno longitudinal, que contempla fases temporales sucesivas de gestión del voluntariado: captación, selección, formación, supervisión y refuerzo, y otro transversal a todas ellas, y que busca en cada momento garantizar la permanencia del voluntariado incidiendo en su satisfacción. El proceso longitudinal tendría como objetivo final garantizar la eficacia de las intervenciones de los voluntarios de cara a terceros y el proceso transversal tendría como objetivo procurar la satisfacción del recurso humano esencial para ello, el voluntariado (Chacón y Vecina, 2002).

Condiciones previas a la incorporación de voluntarios

Cuando a un profesional se le encarga gestionar un programa de voluntariado, su primer impulso puede ser comenzar inmediatamente a captar voluntarios. Hacerlo así, si no se sabe entre otras cosas qué es lo que van a hacer, como serán aceptados por la organización, o qué procedimientos se emplearán en la selección, supervisión, etc., no es buena idea. Antes de plantearse el inicio de un proceso de captación hay que resolver algunas cuestiones relacionadas con:

1. Elementos organizacionales que garanticen la aceptación del voluntariado por parte de la organización.
2. Definición de los puestos de voluntariado o especificación de las tareas y roles que van a desempeñar.
3. Elaboración de las normas o códigos sobre el voluntariado de la organización.

Elementos organizacionales

Es necesario en un primer momento analizar cuidadosamente las características de la organización y cuestionarse directamente la necesidad del voluntariado. Si de tal análisis se concluyera que efectivamente merece la pena la incorporación del voluntariado, habría que anticipar y eliminar posibles barreras organizacionales.

- *Conocer la organización*

Gran parte de la gestión del voluntariado tiene que ver con los valores y los fines de la organización. Más concretamente, tiene que ver con la forma de convencer a personas desconocidas para que dediquen su tiempo y esfuerzo a conseguir objetivos comunes y siguiendo las directrices marcadas por una organización. Es imposible conseguir esto sin un conocimiento profundo de la entidad: su historia, su estructura, su cultura, sus fines, los valores que la inspiran, sus fuentes de financiación, normas, estatutos, etc.

Este conocimiento es importante porque además influye de manera decisiva en el tipo de voluntarios a incorporar y en el tipo de tareas que se les pretende encomendar. Por ejemplo, organizaciones muy estructuradas y jerarquizadas suelen buscar preferentemente a voluntarios que se sientan cómodos siguiendo procedimientos y protocolos claramente definidos y en general les asignan tareas muy concretas y definidas. Organizaciones con estructuras más horizontales, por el contrario, buscan voluntarios más emprendedores y con iniciativa propia, que toleren la incertidumbre, la falta de supervisión y el trabajo autónomo.

- *Cuestionar la necesidad del voluntariado*

El gestor de programas de voluntariado no debe caer en el “*buenismo*” y suponer a priori que el voluntariado es algo deseable para cualquier organización, sino que debe plantearse abierta y objetivamente sus pros y sus contras. Esta postura inicial evita visiones ingenuas del voluntariado, que sólo aprecian aspectos positivos en él y que pasan por alto los frecuentes problemas que puede conllevar. Problemas, por ejemplo, entre los profesionales, que con criterios técnicos deciden cómo hacer las cosas, y los voluntarios, que con frecuencia mantienen otra perspectiva de los problemas y a los que generalmente se les asignan funciones de apoyo.

En definitiva, se trata de analizar si la incorporación de voluntarios acarreará más beneficios que inconvenientes, o será al revés. Ellis (2002, 2003) propone que los profesionales de la organización y sus directivos debatan las razones por las cuáles los voluntarios son importantes para cumplir los fines de la entidad.

- *Eliminar barreras organizacionales*

Para garantizar el éxito de la incorporación de voluntarios hay que asegurar, antes de iniciar la captación, el apoyo y la aceptación por parte de los profesionales y de los responsables de la organización. Hay que conseguir un verdadero compromiso de todas las partes implicadas sobre la necesidad de voluntarios.

Una de las dificultades más frecuentes se refiere a la percepción que tienen muchos profesionales de los voluntarios como una carga de trabajo adicional. No están dispuestos ni preparados en muchos casos para trabajar con voluntarios, por lo que es necesario formarlos también a ellos y dejar espacios para que puedan expresar sus sentimientos negativos hacia el voluntariado, resolver dudas e implicarles en la definición de las tareas a realizar por el voluntariado, las normas y procedimientos de trabajo, las condiciones del acuerdo, etc.

Otra dificultad frecuente para alcanzar la plena aceptación del voluntariado por parte de los profesionales es la controvertida relación entre empleo y voluntariado. Con demasiada frecuencia el voluntariado es visto por amplios sectores de la sociedad, y especialmente por los sindicatos, como una forma de reducir puestos de trabajo retribuidos. Esta sensación debe ser neutralizada dejando explícitamente claro que las actividades voluntarias son el complemento ideal del trabajo de los profesionales pagados, nunca un sustituto.

Descripción de los puestos de voluntariado

La definición clara de las tareas a realizar por los voluntarios es absolutamente esencial para determinar el perfil del voluntariado. Debe incluir las habilidades y capacidades necesarias para llevarlas a cabo, los objetivos y fines últimos que persiguen, así como la delimitación de las responsabilidades de profesionales y voluntarios. Esto constituye la esencia de la definición del puesto y determinará el tipo o tipos de voluntariado que se demandará en el futuro.

Existe una gran diversidad de tareas susceptibles de ser realizadas, pero lo importante no es qué tareas se realizan sino como están definidas y qué características tienen. En este sentido, recientes estudios han confirmado que características como por ejemplo, la utilidad que tienen para otras personas, el grado de feedback que aportan sobre la ejecución, la claridad en la definición de sus objetivos y la percep-

ción de autoeficacia que aportan se relacionan con la mayor o menor satisfacción experimentada por los voluntarios (Vecina y cols., 2009).

Por todo ello se puede decir que en general, las tareas asignadas a los voluntarios deben ser significativas, tanto para la organización como para los voluntarios y los beneficiarios, si los hubiera, deben ser necesarias, útiles, tener un fin y un propósito que inspire lo mejor de las personas, y cuya consecución aporte satisfacción. Más operativamente, deben estar muy claramente definidas, poder ser realizadas a tiempo parcial, en equipo, si es posible, en un horario flexible y, en cualquier caso, en un horario adaptado y aceptado por cada voluntario.

Por el contrario, nunca deben ser entendidas como una mera forma de entretener al voluntario, ni como una actividad rutinaria sin propósito alguno que alguien tiene que hacer, o peor aún, que cualquiera podría hacer.

Una vez definidas las características generales de las tareas, es necesario realizar una descripción detallada de cada uno de los puestos y plasmarla en un documento que debe incluir como mínimo información sobre los siguientes aspectos:

- Nombre de la tarea y programa del que depende.
- Coordinador responsable del programa.
- Especificación de las acciones concretas implicadas en la realización de las tareas, del nivel de responsabilidad que conllevan y de los objetivos específicos y fines últimos que persiguen.
- Cualificación necesaria (edad, experiencia, habilidades, conocimientos...).
- Otros requisitos de la actividad (tiempo, lugar de desplazamiento...).
- Sistema de apoyo previsto ante dudas, dificultades, etc. en la realización.

Este documento se empleará en las restantes fases del proceso de gestión. Se utilizará en la captación porque ayudará a definir el perfil del voluntariado que se busca, en la selección para dar a conocer al voluntario sus funciones, en la fase de formación para definir los conocimientos y habilidades que requerirán entrenamiento y, finalmente, en la fase de supervisión y refuerzo porque incluye los criterios con los que comparar la ejecución real de cada voluntario.

Redacción de unas normas sobre el voluntariado de la organización

La organización debe redactar, aprobar y hacer público un documento que plasme su política sobre el voluntariado: principios en los que se basa y normas aplicables a la actividad voluntaria. Esta política consensuada debe prever su propio sistema de revisión y dar respuesta al menos a las siguientes preguntas:

- ¿Qué pretende conseguir la organización al implicar a voluntarios en sus proyectos?
- ¿Qué tareas se considera que deben realizar los voluntarios y qué tareas no sería conveniente que realizaran?
- ¿Qué objetivos se espera que consigan las acciones del voluntariado?
- ¿Qué recursos se van a destinar al programa de voluntariado?
- ¿Qué canales de comunicación se establecerán para recoger las opiniones de los voluntarios?

Captación

Los principales objetivos de la captación son dos, por un lado, incorporar un número suficiente de voluntarios a los programas de la organización y, por otro, incorporar el tipo de voluntariado que mejor satisfaga las necesidades existentes. Tan problemático sería tener más voluntarios de los necesarios como menos y peor sería, si cabe, tener que rechazar a personas dispuestas a dar su tiempo y esfuerzo porque no reúnen requisitos mínimos necesarios. Cuando hablamos de requisitos necesarios no nos referimos a carreras universitarias, másters académicos, idiomas, etc., como si de puestos de trabajo se tratara, nos referimos a características necesarias para el cumplimiento de los fines del programa que se desarrolla. Por ejemplo, si se buscan voluntarios para apoyar emocionalmente ante enfermedades graves, se necesitarán personas estables emocionalmente; si se necesitan voluntarios para repoblar un monte, se requerirá de unas condiciones físicas mínimas para cavar, trasladar pesos, etc. El no informar en las campañas de captación de las condiciones mínimas requeridas para poder desempeñar con éxito las tareas (perfil del voluntariado) puede producir dos efectos negativos: la disminución de la calidad de las intervenciones y la insatisfacción y frustración de los voluntarios, que quieren ayudar pero no pueden hacerlo efectivamente.

Las campañas de captación, además de pretender atraer a nuevos voluntarios y de los perfiles adecuados, también transmiten la imagen de la organización solicitante, por lo que de una manera u otra siempre habría que explicar, a través del mensaje, porqué se necesitan nuevos voluntarios y para qué. Ello aporta información relevante de la organización y contribuye a que los receptores se hagan una imagen de la misma.

Resumimos a continuación resultados de investigaciones aplicables a los procedimientos y mensajes de captación:

- La forma más frecuente de atraer nuevos voluntarios a las organizaciones es a través de las redes sociales, es decir, lo suelen pedir amigos, familiares y compañeros que ya son voluntarios (Pearce, 1993).
- Las personas a las que se les solicita explícitamente que sean voluntarias tienen cuatro veces más probabilidad de serlo que otras a las que no se les solicita (Penner, 2004).
- Son eficaces los mensajes de captación que sugieren que la organización se esfuerza por cuidar a sus voluntarios, que se preocupa por promover relaciones interpersonales con otros voluntarios y con el personal de la organización y que se asegura de que reciben apoyo para realizar las tareas que tienen encomendadas. Sin embargo, los mensajes que informan del éxito de la organización en el cumplimiento de sus fines y objetivos no resultan ser tan eficaces para atraer nuevos voluntarios, ya que sugieren que no es necesaria la ayuda de nuevas personas (Boezeman y Ellemers, 2008).
- La eficacia de los mensajes de captación depende de la conexión con las motivaciones específicas importantes para los receptores, de manera que mensajes que apelan a motivaciones heterocentradas del tipo *"el voluntariado sirve para mejorar la vida de personas que sufren la injusticia social"* son más eficaces para personas con motivaciones heterocentradas (valores, interés por la comunidad), mientras que los mensajes que apelan a motivaciones autocentradas del tipo *"los voluntarios reciben tanto como dan"* son más eficaces para personas con motivaciones autocentradas (conocimiento, mejora del CV, etc.) (Clary y cols., 1998).

Figura 10.3. Ejemplo de mensaje de captación destinado a personas con motivaciones autocentradas



Selección

El término selección no refleja adecuadamente lo que debe hacerse en esta fase de la gestión del voluntariado, ya que de entrada no se busca a la mejor persona para el puesto, como ocurre en el ámbito laboral, sino el mejor puesto para cada persona. Más concretamente, se persigue el ajuste entre las motivaciones específicas importantes de cada persona y las características de las tareas o acciones concretas a realizar, ya que ello hace que los voluntarios valoren su experiencia voluntaria como más satisfactoria y enriquecedora (Millette y Gagné, 2008), lo cual a su vez se relaciona con su intención futura de continuar en la organización, tanto a corto como a largo plazo (Clary, Snyder, Ridge y cols., 1998; Vecina y cols., 2009). La estrategia general que se deriva de este planteamiento pasa por:

1. Identificar las motivaciones importantes de las personas que desean ser voluntarias (valores, conocimiento, relaciones sociales, etc.).
2. Identificar las características de las actividades a realizar, por ejemplo, la variedad de habilidades que requieren, la definición más o menos clara que puede hacerse de sus objetivos, el feedback que aportan sobre la ejecución, el sentido transcendental que persiguen, la utilidad para otras personas, la colaboración de otras personas que conllevan, etc..
3. Asignar a cada voluntario la actividad que elija y que mejor satisfaga su o sus motivaciones principales.

Antes de entrar en este proceso, que podemos denominar de ajuste entre motivaciones y tareas, sería necesario realizar una evaluación inicial con el objetivo básico de descartar a quienes claramente no pueden desarrollar labores de voluntariado concretas, bien porque causarían daños a terceros, o bien porque se los causarían a sí mismos. Esto es algo necesario si se defiende la profesionalización de los sistemas de gestión del voluntariado porque la buena voluntad no garantiza automáticamente buenos resultados. Evidentemente los criterios de selección deberán ser más rigurosos cuanto más delicada y compleja sea la labor a desarrollar.

Formación

El objetivo de la formación es dotar a los voluntarios de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo una acción eficaz.

Se suele distinguir entre formación teórica y formación práctica. El primer tipo hace referencia a una formación global o general que aporta información legal y administrativa, información sobre la entidad (historia, fines, normas, cultura, valores, organigrama, etc.), información sobre los modelos de intervención, las herramientas, los criterios y los enfoques para analizar y entender la realidad objeto de interven-

ción, así como sobre los procedimientos de gestión del voluntariado. Este tipo de formación puede impartirse de forma presencial o también puede leerse en documentos elaborados por la propia organización.

El segundo tipo de formación es más específica para el ámbito de intervención donde vaya a desarrollarse el trabajo voluntario. Como es obvio no se requieren las mismas habilidades y conocimientos para colaborar en un programa de actividades de ocio con enfermos mentales que para hacerlo en un programa de reforestación de flora autóctona. Suele impartirse de forma presencial, bien en sesiones grupales, o de forma individual, donde alguien con experiencia sirve de modelo.

Aunque los procedimientos de formación del voluntariado son diversos y no se diferencian mucho de los programas de formación de profesionales, existe un consenso muy amplio en que la formación del voluntariado debe ser entendida como un proceso continuo en el que se minimice la formación abstracta y teórica y se maximice el entrenamiento en la tarea. Los programas de entrenamiento en la tarea más difundidos se basan en el aprendizaje social y el counselling y, aunque sirven para desarrollar habilidades muy diferentes, coinciden en algunos componentes fundamentales como son: descomposición de la habilidad a aprender en componentes operativos, utilización de un enfoque paso a paso para la enseñanza de las habilidades prácticas, ejemplificación con modelos competentes y práctica supervisada con feedback de ejecución (Chacón y Vecina, 2002; López-Cabanas y Chacón, 1997).

Ya que la mayoría de las actividades de voluntariado se realizan en equipo, siempre es recomendable sesiones grupales de discusión donde puedan valorarse y entrenarse pautas de relación, habilidades de liderazgo, de comunicación, de coordinación, etc. y donde detectar actitudes y procesos que puedan interferir en la correcta ejecución de la tarea.

Algunas entidades invierten gran cantidad de recursos humanos y materiales en formar a sus voluntarios durante amplios periodos de tiempo. Esta formación no sólo capacita a la persona para llevar a cabo su actividad voluntaria sino también para su vida personal y laboral. Para rentabilizar la inversión y prevenir el abandono inmediatamente después de recibir la formación es aconsejable en esos casos suscribir un acuerdo específico de formación.

Al finalizar el periodo de entrenamiento los voluntarios deben saber:

- Cómo llevar a cabo los distintos aspectos de la tarea que mejor se ajusta a sus motivaciones y que han elegido.
- Qué cosas no deben hacer nunca.
- Qué deben hacer si surgen emergencias o situaciones imprevistas.
- Cuál es el fin último de su tarea y su sentido transcendental.

Supervisión y refuerzo

Cuando los voluntarios están adecuadamente seleccionados y formados, la supervisión se convierte en el procedimiento clave para incrementar su permanencia. Los objetivos de este proceso son tres:

1. Facilitar y estimular el rendimiento eficaz de los voluntarios, consolidando las habilidades previamente adquiridas durante la formación.
2. Proporcionar apoyo social emocional, informacional e instrumental ante situaciones problemáticas, previniendo de esta manera la aparición del llamado *burnout*, o síndrome del quemado (para un análisis detallado del apoyo social véase el Capítulo 4).
3. Valorar y reforzar la actuación de los voluntarios.

Aunque pudiera parecer que la supervisión, por el componente evaluativo que conlleva, implica control y suscita ansiedad de rendimiento en los voluntarios, los resultados de la investigación revelan que, muy al contrario, es percibida como algo positivo, de manera que cuando los voluntarios se sienten bien supervisados disminuye su deseo de abandonar la organización (Galindo-Kuhn y Guzley, 2001; Hunot y Rosenbach, 1998; Maslanka, 1996). El hecho de que alguien de la organización, ya sea personal contratado o un voluntario con más experiencia, se interese por el voluntariado, le aporte feedback sobre su ejecución, le apoye ante dificultades concretas, le recuerde la importancia de su labor, etc., tiene varios efectos positivos. Por una parte, incrementa la percepción de eficacia de los voluntarios, lo cual es percibido como algo muy reforzante porque realmente desean ser útiles, y aporta numerosas oportunidades para reconocer y valorar de forma sincera las contribuciones individuales y colectivas de los voluntarios, lo cual es necesario para crear un clima positivo en la organización y hacer que se sientan parte del equipo y responsables de los éxitos alcanzados. Por otra parte, la supervisión mejora el rendimiento, permite detectar dificultades rápidamente y actuar en consecuencia. Una buena supervisión es por tanto aquella que garantiza que se hace bien lo que se tiene que hacer (objetivo 1), que apoya ante las dificultades (objetivo 2) y que valora y refuerza adecuadamente (objetivo 3).

Respecto al refuerzo hay que recordar que no hay mejor refuerzo que el que se deriva de hacer algo por el mero placer de hacerlo, lo cual implica entender el potencial de la motivación intrínseca. Este concepto hace referencia a la necesidad de competencia y autodeterminación de las personas. Según Deci (1975), cuando alguien está motivado intrínsecamente se implica en un proceso cíclico de búsqueda de situaciones con un grado óptimo de desafío e intenta superar dicho desafío.

Operativamente se consideran como intrínsecamente motivadas aquellas conductas que aparentemente se realizan en ausencia de cualquier contingencia reforzante externa. Hacer algo porque es intrínsecamente divertido e interesante es máximamente reforzante y en estos casos aplicar refuerzos externos es incluso contraproducente. En este sentido, el efecto socavador de la motivación intrínseca pone de manifiesto que cuando se suministran reforzadores extrínsecos a conductas motivadas intrínsecamente se reduce la probabilidad futura de emisión del comportamiento por debajo de los niveles anteriores al refuerzo (De Charms y Muir, 1978). Aplicado al ámbito del voluntariado podríamos decir que suministrar incentivos externos tras la prestación de ayuda disminuye la auto-percepción como persona altruista y puede disminuir, en consecuencia, el comportamiento prosocial futuro (Kunda y Schwartz, 1983). Por el contrario, aplicar recompensas que dan a entender a los voluntarios que son competentes y que son ellos quienes determinan su propia conducta aumenta la motivación intrínseca.

En cuanto a los procedimientos de supervisión y de apoyo, las organizaciones deben ser sumamente cuidadosas, ya que cuanto más se insiste en su importancia, más fácilmente pueden convertirse en una sobrecarga asociada a la actividad. Algunas sugerencias que pueden hacer de la supervisión una poderosa herramienta de gestión son:

- Buscar formas flexibles y variadas de supervisar y apoyar: contactos multimedia, actividades lúdicas, espacios abiertos de interacción, grupos de apoyo mutuo, etc.
- Potenciar los aspectos positivos de la supervisión en términos de apoyo emocional, instrumental e informacional, de pertenencia al grupo, de incremento de la autoeficacia percibida, de coherencia con los propios valores, etc.

Anexo: Organización de la intervención psicológica tras los atentados terroristas del 11 de marzo en Madrid: un ejemplo de intervención voluntaria en situaciones de emergencia

El 11 de marzo de 2004 en plena hora punta y en apenas 3 minutos

10 mochilas bomba explotaron en cuatro trenes de cercanías de Madrid.

Murieron 192 personas y hubo aproximadamente 1.500 heridos.

La demanda de asistencia psicológica fue creciendo exponencialmente desde primera hora de la mañana y a medida que los servicios psicológicos de la red públi-

ca se desbordaban. Un total de 948 psicólogos y psicólogas, coordinados por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, intervinieron de forma voluntaria durante 15 días consecutivos, realizando más de 5.000 atenciones directas, 183 visitas domiciliarias y atendiendo más de 13.500 consultas telefónicas.

Esta intervención, cuya organización y ejecución pasaremos a describir a continuación, fue complementaria a la realizada en primera instancia por los psicólogos del Ayuntamiento de Madrid, de la Comunidad de Madrid, del Ministerio del Interior y de Cruz Roja. Constituye el mayor dispositivo de atención psicológica conocido en Europa, y muy probablemente uno de los más importantes que ha tenido lugar en cualquier lugar del mundo, y aunque se llevó a cabo sin una experiencia previa comparable, en un breve espacio de tiempo y con la colaboración voluntaria de muchas personas, no por ello se hizo sin una cuidadosa planificación técnica y contando con recursos necesarios previamente existentes que cristalizaron en aquel momento (Chacón y Vecina, 2007).

Condiciones organizativas previas a la intervención psicológica

Para poder organizar una intervención psicológica que movilice ante una catástrofe a casi un millar de psicólogos en menos de 12 horas es necesario que, al menos, se den cuatro condiciones, que afortunadamente en marzo de 2004 se dieron:

1. Existencia de un grupo de profesionales expertos en intervención en emergencias y catástrofes para coordinar las actuaciones.- El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid constituyó un grupo de expertos en intervención psicológica en emergencias y catástrofes en el año 1999, dos años después de que unas lluvias torrenciales arrasaran el camping de Bisecas (Huesca) y donde murieron 87 personas y 480 resultaron damnificadas. Esta tragedia supuso un antes y un después en la intervención psicológica en desastres en España. Fue la primera vez que se organizó una intervención psicológica en una situación de catástrofe y en su mayor parte la llevaron a cabo psicólogos voluntarios que se desplazaron al lugar de la tragedia desde distintos puntos de España (Aranda, 1997; Duch, Fortuño y Lacambra, 1997). La creciente demanda de estos servicios psicológicos, su impacto social y su presencia en los medios de comunicación provocó que muchas instituciones se plantearan por primera vez la necesidad de crear grupos estables de intervención psicológica en desastres. El Colegio de Psicólogos, además de crear su propio grupo de expertos, comenzó a organizar formación especializada en el área para los profesionales psicólogos.

2. Existencia de un grupo amplio de profesionales formados específicamente en intervención en emergencias.- Más de doscientos psicólogos habían podido formarse en esta materia al realizar alguna de las 10 ediciones que en 2004 ya se habían llevado a cabo tanto del “Curso de Postgrado de Psicología de Urgencias y Emergencias” como del Curso de Especialista de Urgencias, Emergencias y Catástrofes”.
3. Existencia de un procedimiento de coordinación con los servicios públicos de intervención en emergencias.- Los cursos formativos descritos contaban con un módulo de prácticas que se llevaba a cabo en los distintos dispositivos de intervención en emergencias de la Comunidad de Madrid, fundamentalmente en el Centro de Emergencias Madrid 112 y en el Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA). La puesta en marcha de estas prácticas y su desarrollo anual permitió que hubiera un conocimiento personal y profesional entre los responsables de la intervención en emergencias de la Comunidad de Madrid y los responsables del Grupo de Intervención en Emergencias y Urgencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. El 11 de marzo no existía ningún protocolo formal de coordinación entre los servicios de emergencias de Madrid y el Colegio de Psicólogos de Madrid, pero la red de relaciones informales, que se había establecido a lo largo de los años anteriores, constituyó un elemento esencial para la buena coordinación de las intervenciones psicológicas.
4. Existencia de una estructura organizativa con personal y medios para realizar labores de organización y coordinación. La Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ofreció todos sus recursos institucionales, humanos y técnico-materiales, al servicio de las autoridades públicas. Esta estructura pudo recibir el ofrecimiento de ayuda voluntaria por parte de los psicólogos colegiados, recoger la demanda de asistencia psicológica de los diferentes lugares donde era necesaria, realizar un proceso de selección de los profesionales según competencias y disponibilidad horaria, informar a los psicólogos, cuyo perfil se ajustase a la demanda, del lugar y de las características de la intervención requerida y finalmente permitió también coordinar la intervención de los psicólogos “in situ” en los diferentes escenarios y contextos de la intervención. El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid tenía en marzo de 2004 algo más de 9.000 colegiados y colegiadas, de los cuales aproximadamente 1.400 se ofrecieron al Colegio para colaborar en la atención psicológica a los afectados por los atentados. Sin este ofrecimiento voluntario de los profesionales de la Psicología en ejercicio hubiera sido imposible dar la respuesta que se dio, pero además, el Colegio de Madrid contaba en aquellos momentos con más de 20 empleados, que trabajaron

casi ininterrumpidamente durante los días siguientes al 11 de marzo, incluyendo los días del fin de semana, para coordinar el ofrecimiento de los psicólogos y las demandas de atención psicológica que iban surgiendo. Gracias a ellos, el Colegio pudo permanecer abierto desde las 8:00 horas de la mañana hasta al menos las 12:00 de la noche, durante todos aquellos días.

Organización del dispositivo de asistencia psicológica

Para entender cómo fue posible prestar atención psicológica en las condiciones ya descritas, se explicará en este apartado cómo fueron configurándose los necesarios centros de coordinación, cuáles fueron los contextos en los que se intervino y sobre qué colectivos y problemáticas.

Centros de coordinación

Los medios de comunicación comenzaron a transmitir información pocos minutos después de los atentados. En un primer momento, las cifras de fallecidos que se difundían eran bajas, debido a las dificultades para acceder al interior de los trenes, aunque las previsiones eran alarmantes. Una hora después de los atentados, las noticias avanzaban ya una cifra de más de 50 fallecidos. Se estimó que con tal cantidad de fallecidos los dispositivos de salud mental de la Comunidad de Madrid y del Ayuntamiento de Madrid, serían desbordados por la demanda, por lo que desde la directiva del Colegio de Madrid se consideró que podría ser necesaria la ayuda de más psicólogos. Aproximadamente a las 8:45 horas, los responsables del Colegio indicaron al Coordinador del Grupo de Trabajo de Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes que se pusiera en contacto con los responsables de Protección Civil de la Comunidad para ofrecer los servicios de los psicólogos del grupo de expertos del Colegio, ya que éstos disponían de formación y experiencia específica en este campo. Este ofrecimiento fue aceptado por el centro de emergencias MADRID 112 y por el SUMMA.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid instaló sendos gabinetes de coordinación, uno en la propia sede del Colegio y otro en la sede del SUMMA. El gabinete de coordinación con sede en el Colegio contó con 4 coordinadores, 2 jefes de equipo y 10 profesionales. El gabinete de coordinación establecido en el SUMMA contaba con 2 coordinadores en cada uno de los tres turnos que se establecieron y un número variable de profesionales según la demanda.

A lo largo de la mañana del día 11 se fue constatando que este grupo de expertos iba a ser insuficiente para atender las crecientes necesidades. Paralelamente, en la sede del Colegio se empezaron a recibir llamadas telefónicas de psicólogos colegiados, tanto de Madrid, como de otros Colegios autonómicos, que se ofrecían volunta-

riamente para prestar sus servicios a los afectados. Se diseñó, en ese momento, una pequeña base de datos en la que se registraban los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del psicólogo que llamaba.
- Número de colegiado.
- Teléfonos fijo y móvil.
- Nivel de formación y experiencia en Psicología de Emergencias.
- Nivel de formación y experiencia en Psicología Clínica.
- Disponibilidad horaria para intervenir.

Para atender estas llamadas se contó con 8 líneas telefónicas y un equipo formado por veinte personas que se turnaban para contestarlas. Los criterios con los que se fue seleccionando a los psicólogos, que previamente se habían ofrecido como voluntarios, fueron los siguientes:

1. Psicólogos colegiados con formación específica y experiencia en intervención psicológica en emergencias y catástrofes.
2. Psicólogos colegiados con experiencia en este tipo de situaciones aunque no tuvieran formación específica. Aproximadamente, 200 profesionales cumplían uno u otro criterio y casi la totalidad de ellos fueron activados y estaban interviniendo antes de las 14:00 horas del mismo día 11, por lo que fue necesario ampliar los criterios de selección e incluir un tercero.
3. Psicólogos colegiados con formación y experiencia en Psicología Clínica.

Asimismo, para evitar el bloqueo de las líneas telefónicas, además de los teléfonos móviles de los responsables del Colegio y del grupo de expertos en emergencias, se reservó una línea telefónica únicamente para recibir las llamadas de los diferentes dispositivos de intervención en emergencias y del centro de coordinación establecido en el SUMMA.

Una vez recibida la demanda (por ejemplo, se necesitaban seis psicólogos para atención telefónica en la sede del 112 para la comunicación de malas noticias en turno de tarde), el Colegio se ponía en contacto con los psicólogos que previamente se habían ofrecido voluntariamente y que cumplían los requisitos establecidos a priori. Tras comprobar que no habían intervenido inmediatamente antes y su disponibilidad, se les convocaba en el lugar demandando y se remitía la lista de psicólogos seleccionados al lugar del que procedía la demanda. Este procedimiento se mostró muy eficiente, ya que los dispositivos de urgencia sólo tenían que comu-

nicar el número de psicólogos que necesitaban y los horarios y el Colegio se encargaba de contactar con ellos, de seleccionarlos y de enviarles al lugar de la demanda. El Colegio no terminaba su actividad diaria hasta que el turno de noche de todos los lugares en los que intervenían psicólogos estaba organizado, lo que en los primeros días supuso un intenso ritmo de trabajo hasta más allá de las 12:00 horas p.m.

Contextos de intervención

Los 948 psicólogos coordinados por el Colegio intervinieron en los siguientes escenarios:

1. IFEMA. En este lugar se prestaba apoyo psicológico a las familias de las víctimas durante el proceso de identificación de cadáveres. Uno de los problemas que se plantea en toda catástrofe con numerosas víctimas es dónde ubicar los cadáveres para proceder a su identificación. Usualmente se suelen emplear pistas de hielo porque son espacios amplios y fríos. Sin embargo, en Madrid no existe ninguna pista de hielo con capacidad para albergar a los 192 cadáveres, a sus familiares y a los profesionales que intervinieron en todo el proceso. Por ello, los responsables de protección civil decidieron que la identificación se realizase en los amplios pabellones del Instituto Ferial de Madrid (IFEMA), donde habitualmente se realizan exposiciones y ferias. A IFEMA se trasladaron los cadáveres de las víctimas, que fueron alojados en la planta baja del Pabellón 6, donde estaban los forenses y la policía científica, mientras que los familiares que esperaban la identificación y los profesionales que les atendían se ubicaron en las primeras plantas de los Pabellones 7, 8, 9 y 10. Se calcula que en algunos momentos de la tarde del día 11 llegó a haber más de 3.000 personas en IFEMA. Este recinto estuvo abierto hasta las 2:00 de la madrugada del día 13 de marzo. En ese momento los cadáveres que aún quedaban sin identificar se trasladaron al cementerio de la Almudena para realizar las pruebas de ADN y sus familiares fueron alojadas en hoteles.
2. IFEMA. También en este lugar se prestó apoyo psicológico a las víctimas en el proceso de reconocimiento de objetos. A partir del sábado 13, una vez identificados y realizado el sepelio de la mayoría de los cadáveres, las familias volvieron a las dependencias de IFEMA, en esta ocasión para identificar y recoger los objetos personales que se habían encontrado en los lugares de los atentados. Equipos formados por dos coordinadores y, en algunos momentos puntuales, por más de 30 psicólogos se encargaron de recibir a las familias y

de acompañar a los familiares más allegados en el proceso de identificación de objetos. Este dispositivo estuvo funcionando hasta el día 17 de marzo.

3. Centro de Emergencias Madrid 112. Desde la intervención psicológica se centró en la comunicación telefónica de malas noticias. En la sede del 112 se comunicaba a las personas que llamaban si la persona por la que preguntaban estaba en la lista de heridos o fallecidos. Un operador recibía la llamada y si estaba relacionada con los atentados la derivaba a un psicólogo para que éste comunicase la noticia. De esta forma, se liberaba al operador para atender otra llamada y la relación con el interlocutor podía ser más extensa y centrada en sus necesidades psicológicas. Esta labor fue llevada a cabo en cada turno por un coordinador y seis psicólogos hasta el día 15 de marzo.
4. SUMMA (Servicio de Urgencias Médicas). El SUMMA atiende telefónicamente, y si es preciso en visitas domiciliarias, las urgencias médicas de la Comunidad de Madrid. Este dispositivo no cuenta con atención especializada en salud mental, y por tanto no tiene psicólogos entre su personal. Como es lógico, tras los atentados del 11 de marzo hubo un incremento de las llamadas que requerían atención psicológica ante cuadros de ansiedad procedentes de familiares de las víctimas, observadores de la tragedia, intervinientes, personas con trastornos mentales previos, etc. Para cubrir esta demanda, se desplazó a la sede del SUMMA un equipo formado por un coordinador y 10 psicólogos. Aunque con el paso de los días la demanda disminuyó y el número de psicólogos se redujo, este dispositivo se mantuvo operativo hasta el lunes 22 de marzo. La atención fue básicamente telefónica, aunque hay que destacar que en 183 ocasiones los psicólogos voluntarios se desplazaron en los vehículos del SUMMA para realizar intervenciones domiciliarias.
5. Hospitales. Aunque la atención psicológica a los heridos y sus familias fue cubierta fundamentalmente por los psicólogos de los propios hospitales, en algunos se precisó de un refuerzo durante el primer día. Un total de 20 psicólogos voluntarios fueron asignados por el Colegio a esta labor.
6. Tanatorios. A partir del viernes 12 de marzo se prestó asistencia psicológica en los principales tanatorios de Madrid. Los psicólogos desplazados a los tanatorios se ponían en contacto con las familias de las víctimas, les daban a conocer su presencia e intervenían en caso de ser demandados. También se desplazaron psicólogos a los cementerios durante los momentos de la inhumación y/o incineración.

Colectivos atendidos

En los diferentes contextos descritos anteriormente se prestó asistencia psicológica a diferentes grupos de personas:

- Familiares de fallecidos.
- Heridos.
- Familiares de heridos.
- Otros afectados: vecinos de los lugares de los atentados, conocidos de las víctimas, personas que ayudaron en el lugar de los atentados.
- Intervenientes o profesionales que habían actuado durante la catástrofe: policías, bomberos, médicos, psicólogos, personal de enfermería, etc. Un equipo de psicólogos, perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y coordinado por el Colegio, realizó labores de defusing (Alexander, 1998) con todos los profesionales que al final de su turno de intervención debían retirarse a descansar.
- Población general. Desde el mismo día 11 de marzo algunos profesores del Departamento de Psicología de la Personalidad, Tratamiento y Evaluación de la Facultad de Psicología de la UCM comenzaron a elaborar guías de autoayuda que estuvieron disponibles a primera hora del día 12 de marzo en la página Web del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (<http://www.cop-madrid.org>) para orientar a profesionales y a la población en general. Entre los días 11 y 24 de marzo de 2004 la página Web del Colegio recibió más de 107.000 visitas.

Intervención psicológica en los principales escenarios

Durante reconocimiento de cadáveres

Los cadáveres de las víctimas del atentado se fueron trasladando a IFEMA a lo largo de todo el día 11 de marzo. A dicho lugar también fueron llegando numerosos grupos de personas que, tras haber estado buscado sin éxito a su familiar desaparecido por todos los hospitales de Madrid, iban siendo enviadas allí. Estas personas se encontraban sumidas en una dolorosa incertidumbre y muy desorientadas.

Las salas que se prepararon para acoger a los familiares eran grandes, diáfanas, con sillones y sillas alrededor y con una gran mesa al fondo. Cada espacio estaba ocupado por 5 ó 6 grupos familiares que miraban expectantes, como buscando algo o a alguien que les pudiera dar alguna información sobre su familiar desaparecido. Las salas se clasificaron alfabéticamente según el primer apellido de las posibles

víctimas. Esta organización facilitaba la búsqueda de los familiares en las salas para la trasmisión de información. En poco tiempo comenzaron a llegar provisiones de todo tipo: comida, bebida, pañuelos de papel, mantas y, en general, todo lo que pudiera cubrir las necesidades básicas de cualquier persona que se encontrase allí. A los psicólogos se les proporcionó una sala pequeña cercana a las salas en las que se encontraban los familiares de las víctimas.

Una de las primeras tareas organizativas que se puso en marcha fue la de registrar e identificar a los psicólogos que habían acudido al lugar para prestar su ayuda. Uno de los coordinadores del Colegio se encargó de habilitar una sala específica, que se denominó de "Recogida de Datos", dotada con un ordenador, y en la que los psicólogos, además de registrarse, aportaban la información que iban recopilando sobre las características de las personas desaparecidas. Datos como la edad, el sexo, el color de pelo, la ropa que llevaba en el momento en el que salió de casa, dónde había cogido el tren, a qué hora aproximadamente, marcas de nacimiento, o que pudieran distinguir la persona de cualquier otra (tatuajes, lunares, piercing, cicatrices...) eran fundamentales para la identificación. Esta información era utilizada por la policía científica para elaborar los cuestionarios antemortem, en los que se recogía toda la información que familiares y amigos aportaban sobre las posibles víctimas y que posteriormente se ponía en relación con los cuestionarios postmortem que se llevaban a acabo en la mesa de autopsias.

El número de personas, entre familiares, profesionales de todo tipo, voluntarios, etc. fue aumentando a gran velocidad durante el primer día y entre ellos empezaron a detectarse curiosos y algunos periodistas que querían entrar en contacto directo con las familias. Fue entonces necesario controlar el acceso al recinto para proteger la intimidad de las familias y realizar lo más organizadamente posible el trabajo. La policía municipal y el personal de IFEMA se encargaron de esta tarea.

Conforme se iban identificando los cadáveres y se recibían las actas de defunción firmadas por el juez, se iba informando de ello a los psicólogos que atendían a las familias y éstos se encargaban de comunicar la noticia del fallecimiento y de informar sobre el procedimiento del reconocimiento del cadáver a los familiares. Los psicólogos se encargaban también de acompañarles a reconocer el cadáver en la planta de abajo y en el momento de la contratación de los servicios funerarios.

Los psicólogos iniciaban el proceso de acercamiento presentándose y explicando de forma breve y concisa el motivo de su presencia, que siempre era ayudar en lo que fuese necesario y transmitir a la familia la información que fuese habiendo (Lillo, Muñoz, Parada, Ramos y cols., 2004). En los primeros momentos, la observación, el silencio, la comunicación no verbal y la escucha fueron fundamentales para recoger información relevante sobre la familia (a quién buscaban, qué miem-

bros de la familia estaban presentes, qué tipo de relación había entre ellos, qué nivel de apoyo se preveía necesario, quiénes iban a necesitar más apoyo psicológico, etc.). Tras el establecimiento del rapport, una de las primeras tareas de los profesionales encargados de la asistencia psicológica a los familiares fue recabar información acerca de la persona desaparecida, que facilitara el trabajo de los forenses de identificación de cadáveres.

Durante el acompañamiento a las familias, los psicólogos iban transmitiendo la información nueva disponible sobre la labor de la policía científica, las listas de heridos, los procedimientos a seguir, etc. Siempre se insistía en el gran esfuerzo que se estaba haciendo para saber qué había pasado con el familiar desaparecido y en que el tiempo que se estaba tardando era necesario para que la policía, los forenses y los jueces hiciesen de forma eficaz su trabajo. La labor de contención fue muy difícil, pues el proceso de identificación fue largo y la tensión acumulada, el cansancio y la desesperanza se iban adueñando de los familiares más allegados. Más específicamente, se animaba la expresión de las vivencias y emociones y el relato de los hechos. También se intentaba disminuir el estrés causado por distorsiones cognitivas de todo tipo, preguntando, nunca juzgando, y se intentaba activar recursos internos y externos para el afrontamiento. En todo momento se pretendía normalizar los síntomas que presentaban las personas más afectadas y darles legitimidad.

Cuando la temible noticia se hacía realidad y llegaba el acta de defunción firmada por el juez, el psicólogo debía comunicar la noticia del fallecimiento a los familiares. Utilizando todas sus habilidades de empatía y autocontrol, buscaba el lugar adecuado para comunicar la noticia, lo más tranquilo posible, sin ruidos, donde las personas se pudieran sentar, sin intromisiones y con garantías de intimidad. Se comunicaba el nombre completo de la persona y se describía lo ocurrido de forma breve, sencilla y concisa. Si no se disponía de esa información, se les comunicaba que el forense se la daría posteriormente. Se facilitaba también cualquier otra información que demandasen los familiares, en muchas ocasiones se tenían que volver a repetir las circunstancias de la muerte y garantizarles que recibió toda la ayuda médica posible. Inmediatamente se les comenzaba a preparar para el reconocimiento del cadáver.

Muchas familias deseaban poder ver a su familiar, poder despedirse, comprobar que efectivamente era él o ella y empezar a elaborar el proceso del duelo. Con infinita tristeza y dolor, los familiares más directos (normalmente 2 personas) se dirigían acompañados en todo momento por el psicólogo al pabellón 6. El resto de la familia se quedaba en la sala de espera o acompañaban a sus familiares hasta la entrada del pabellón.

Existía un control policial a unos 10 metros de la entrada al pabellón. Los familiares enseñaban el acta de defunción. Una vez en la entrada, se entregaba ese mismo papel y al cabo de poco tiempo, pasaban a la sala de reconocimiento del cadáver. Les recibía el forense, que tras verificar el nombre de los familiares, les explicaba de forma breve y concisa lo que iban a ver y las circunstancias de la muerte. Acompañaba a los familiares hasta el ataúd correspondiente, donde se encontraba el personal sanitario y una persona lo abría. Las reacciones fueron variadas, pero la mayoría dedicaba tiempo a verificar que era la persona que buscaban, a identificar los rasgos de la cara, el color de pelo, etc., preguntaban cómo había fallecido, si había sufrido, si murió en el momento, si le faltaban partes del cuerpo, repetían el nombre, se preguntaban porqué, relataban lo que había hecho antes de salir de casa. Entre llantos besaban la cara de su familiar, querían buscar las manos (lo normal era que solo se viera la cara de la persona fallecida, el resto del cuerpo estaba cubierto por un sudario). Tras un tiempo, unos 5 minutos aproximadamente, se les iba sugiriendo que se despidieran para pasar a la sala de los servicios funerarios y decidir donde iban a velar y a enterrar a su ser querido. Una vez reconocido el cadáver, los familiares podían pasar a contratar los servicios funerarios y se hacían cargo del cuerpo a partir de ese momento.

Durante el reconocimiento de objetos

Desde el sábado 13 de marzo hasta el día 17, la policía científica puso en marcha un dispositivo de reconocimiento de objetos para que los afectados directos, familiares de heridos, familiares de desaparecidos y familiares de fallecidos pudieran recoger las pertenencias que perdieron el día de los atentados. La policía científica demandó la presencia de psicólogos para poder atender y acompañar a los afectados durante el proceso de reconocimiento de objetos.

El dispositivo estaba situado en el pabellón 6 de IFEMA, en una gran sala para exposiciones con una superficie de 10.800 m² y una altura de 9,9 metros. La sala de reconocimiento de objetos fue la misma que se utilizó los días anteriores para el trabajo de los forenses y el reconocimiento de cadáveres, por tanto fue esencial su acondicionamiento para el cumplimiento de esta nueva función. Con un responsable del IFEMA se decidió cómo organizar el espacio para dar cabida a una sala de espera para familiares, una sala de atención sanitaria y una sala para profesionales con líneas telefónicas y ordenador. El personal del IFEMA, en un breve periodo de tiempo, acondicionó de forma acogedora y operativa estos espacios, utilizando paneles separadores, sillas, mesas, alfombras, etc.

La exposición de los objetos estaba separada de la parte de recepción del público por unos paneles de aproximadamente 3 metros de altura, con un espacio abier-

to a modo de puerta con una cortina, de forma que no era posible la visión del espacio en el que estaban colocados los efectos personales de los afectados. Éstos se sucedían en espacios de aproximadamente un metro cuadrado, delimitado por cinta aislante, en cuatro hileras de unos 40 metros de largo sobre el suelo, ordenados según el tren en el que fueron encontrados. Cada uno de los espacios, que contenía pequeños grupos de objetos personales, tenía un folio en el que estaba numerado dicho grupo y el nombre y apellidos del propietario de los objetos, en el supuesto de que entre éstos se hubiese encontrado alguna agenda o carnet que hubiese posibilitado la identificación. Había un número aproximado de 400 grupos y un total, también aproximado, de 4.000 objetos. Los objetos eran muy diversos: bolsos, mochilas, carteras, llaveros, teléfonos móviles, libros, apuntes, gafas, estuches, tarjetas, cazadoras, joyas, pañuelos, fotos, relojes, agendas, bolígrafos...

Se acordó que no pasaran más de 10 familias a la vez y evitar así un posible contagio emocional. Se avisaba a la familia, según el orden de llegada, para que, acompañados del psicólogo, se fueran dirigiendo al punto de entrada. Pasada la cortina, un policía se presentaba y solicitaba el nombre completo de la persona de la que buscaban los objetos. Cotejaba su nombre en los listados y se iniciaba el reconocimiento. Un policía, el psicólogo acompañante y las personas que acudían a reconocer los objetos, recorrían el circuito observando los objetos y si identificaban alguno se lo indicaban al policía. En caso de ser identificados como objetos de la persona afectada, se recogían y, tras finalizar el recorrido, se dirigían a una mesa en las que se redactaba y firmaba un acta judicial de reconocimiento y entrega. Durante los días 12 y 13, un total de 672 personas acudieron a este dispositivo buscando objetos de 226 personas.

Antes de que los psicólogos asignados a esta función empezaran a intervenir, los coordinadores de cada institución interviniente mantenían una reunión conjunta con todo el equipo. En ella se informaba de las tareas que tenían que realizar y se daban pautas generales de actuación. También se realizaba una visita al dispositivo para conocer cómo estaba organizado y poder informar mejor a las familias, anticipándoles lo que iban a ver. Además, esta visita previa servía de preparación psicológica para el propio psicólogo y le ayudaba a afrontar mejor la intervención.

Las personas que acudían al reconocimiento de objetos eran recibidas en la entrada del pabellón 6 por una persona del IFEMA, que les ponía en contacto con un psicólogo, generalmente con el coordinador del equipo, que les facilitaba información general sobre el procedimiento a seguir, los tiempos de espera, etc., y les ponía en contacto con una pareja de psicólogos para que más específicamente atendieran sus necesidades. Éstos les acompañaban en todo el proceso. Al finalizar cada uno de los dos turnos organizados, se llevaban a cabo sesiones de defusing con los psicólogos que habían intervenido.

Los psicólogos atendían a cada grupo familiar por parejas en las que al menos uno debía tener conocimientos y experiencia en el manejo de situaciones críticas. El estado psicológico de las personas que acudían al reconocimiento era muy diverso. Algunas personas presentaban signos de estrés agudo, otras estaban iniciando el proceso del duelo y otras presentaban entereza y buena capacidad de afrontamiento ante la situación. Esta última posibilidad suele infraestimarse y, en situaciones donde la demanda es tan elevada y los recursos asistenciales insuficientes, hay que tener presente que las personas poseen cuantiosos recursos naturales para afrontar tales situaciones críticas, e incluso para crecer a partir de ellas (Vera, Carbelo y Vecina, 2006), lo cual además permite la necesaria priorización de la intervención.

En la sala de espera los profesionales encargados de la intervención recogían los datos y explicaban a la familia cómo estaba organizado el dispositivo de reconocimiento de objetos. Ayudar a los familiares a anticipar lo que iban a ver era esencial para reducir el impacto de la experiencia negativa. En algunas ocasiones los psicólogos ayudaron a los familiares a eliminar expectativas negativas: por ejemplo, informándole de que los objetos no presentaban manchas de sangre, ni restos humanos. Los psicólogos debieron adaptar sus intervenciones de acuerdo con el resultado de la búsqueda del familiar: si continuaba desaparecido, si estaba fallecido, si estaba herido, etc.

Se intentó que no hubiera tiempos de espera demasiado largos, aunque éstos estaban determinados por la afluencia de familias y el número de policías disponible para la identificación. El 14 de marzo, día de las Elecciones Generales en España, se prolongó notablemente el tiempo de espera, debido a que numerosos policías se encontraban destinados en los colegios electorales. Hubo que establecer en esos momentos criterios de prioridad alternativos al orden de llegada, pues había familias desbordadas física y psicológicamente, familias con vuelos fijados para repatriar los cadáveres, etc., de lo cual se informaba a todas las familias para que pudieran decidir si esperaban o volvían más tarde.

Iniciar la rueda de reconocimiento suponía para las familias que habían perdido a un familiar y para las que aún no lo había identificado reactivar oleadas de dolor y sufrimiento. En algunos momentos se hacía necesario detener el reconocimiento y reiniciarlo cuando la persona se encontraba con fuerzas. El encontrar algún objeto suponía para los familiares confirmar de nuevo el fallecimiento, un nuevo dato incompatible con la negación, un paso más en la elaboración de su duelo. Frecuentemente, entre llantos miraban el objeto, repasaban la documentación, decidían qué guardar como recuerdo de su ser querido, hacían preguntas a la policía si había muerto en el acto o no, el lugar del fallecimiento, si ya había habido detenciones o realizaban verbalizaciones expresando emociones o intentando racionalizar (maldecían a los culpables, se preguntaban porqué, comentaban sus planes de futuro, su

vida en el presente). Tras firmar el acta se les acompañaba a la sala de familiares, donde podían compartir la experiencia con el resto de amigos y parientes y enseñar los objetos.

Las principales funciones realizadas por los psicólogos durante el reconocimiento de objetos fueron las siguientes:

- Evaluación y análisis de las necesidades psicológicas y sociales del grupo familiar para una eventual derivación al recurso adecuado: centros de atención psicológica, centros de atención a inmigrantes, centros sociales, centros de salud mental, etc.
- Atención psicológica a afectados y familiares de víctimas: legitimación de los sentimientos, ayuda para la asimilación, información sobre la normalidad de las reacciones que se estaban experimentando, reducción de sentimientos de culpa, afrontamiento de episodios de agresividad, asesoramiento sobre aspectos específicos, por ejemplo sobre cómo decirle lo ocurrido a los niños.
- Mediación en conflictos familiares. En algunos grupos familiares se producían discrepancias en relación a la conveniencia o no de comunicar la noticia a determinados miembros de la familia.
- Pautas para la comunicación de malas noticias.
- Información y asesoramiento sobre el proceso de duelo.
- Colaboración y asesoramiento en la organización de los espacios de acogida y de espera de los familiares y profesionales.

Durante la comunicación de malas noticias telefónicamente

Tras los atentados del 11 de marzo, además de la intervención psicológica presencial, llevada a cabo sobre todo en IFEMA, hospitales, tanatorios y cementerios, se realizaron más de 13.500 intervenciones telefónicas, tanto en el Centro de Emergencias Madrid 112, como en la sede del SUMMA.

La intervención psicológica inmediata ante emergencias está fundamentalmente orientada a mitigar las consecuencias del acontecimiento vital estresante y ayudar a la persona a que tome medidas concretas para el afrontamiento de la crisis, lo que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación y el inicio del proceso de solución de problemas (Folkman y Lazarus, 1980). Cuanto más rápido es el acceso de las personas afectadas por una catástrofe a estos servicios, mejor será su evolución, siendo, por tanto, la accesibilidad al servicio una cuestión crucial.

En la atención que se realizó en el Centro de Emergencias Madrid 112 se produjeron dos situaciones diferenciarse. En un primer momento, y justo tras los atentados, sólo existía una lista de heridos que se iba actualizando continuamente conforme llegaba la información de los centros sanitarios. En dicha lista aparecía el nombre y apellidos de la víctima y el nombre del hospital en el que se encontraba. En estos casos, las llamadas de los familiares o amigos de las víctimas eran atendidas por un teleoperador del centro. Cuando la persona buscada no se encontraba en el listado, se animaba al usuario a que volviera a llamar todas las veces que considerase necesario, ya que las listas se estaban actualizando permanentemente.

Con posterioridad, a la lista de heridos se le añadió la lista de fallecidos confirmados. En esos momentos, el procedimiento se modificó. Las llamadas entrantes eran recibidas en primera instancia por un teleoperador, que las derivaba a uno de los psicólogos coordinado por el Colegio, para que éste informara a los usuarios. Podían darse tres situaciones en estos casos:

1. La persona por la que se preguntaba estaba en el listado de heridos. En ese caso, se informa al usuario del hospital donde se encontraba.
2. El nombre de la persona por la que se preguntaba no aparecía en ninguno de los listados, en cuyo caso se informaba a quien llamaba de que cuando se tuviera alguna información se pondrían en contacto con ella. Para ello se solicitaba el teléfono y se preguntaba por el parentesco con la posible víctima.
3. El nombre de la persona por la que se preguntaba aparecía en el listado de fallecidos. En estos casos se comunicaba el fallecimiento, según los siguientes criterios de intervención, previamente informados por el coordinador del Colegio a todo el equipo:
 - Antes de comunicar el fallecimiento se le preguntaba el nombre, el parentesco con el fallecido, dónde se encontraba y con quién. Si era posible se procuraba que en el momento de transmitirle la mala noticia estuviese acompañado por otros miembros de la familia, para que pudiera disponer de fuentes de apoyo.
 - Sólo se comunicaba el fallecimiento a aquellos que se identifican como familiares directos.
 - La información se ofrecía gradualmente y con un lenguaje claro.
 - Se informaba de la disponibilidad de recursos para responder a las demandas y a los problemas concretos que se le pudieran plantear.
 - Se prestaba especial atención a los aspectos verbales y no-verbales para respetar sus tiempos de reacción y asimilación.

- Cuando era el Centro de Emergencias Madrid 112 quién llamaba, en contestación a una llamada previa, se le trasmitía al familiar que la información se acababa de recibir en ese momento.
- Por último, se facilitaba cualquier información que se solicitase (dónde se encontraba el fallecido, medios de transportes que podían utilizar, teléfonos de asistencia médica y psicológica, etc.).
- Era importante transmitir seguridad por lo que se procuraba hablar sosegadamente, adoptando una actitud serena y tranquilizadora. Nunca se ocultaba la verdad, ni se dilataba la comunicación de las malas noticias.

El día 11 de marzo se recibieron 5.661 llamadas en el Centro de Emergencias Madrid 112 y el día 12, 2.466. En total, hasta el día 15 se atendieron 8.786 llamadas telefónicas.

La intervención del psicólogo seguía el siguiente procedimiento (Muñoz, Fernández de Liger, Parada, Martínez de Aramayona y García, 2001):

- Presentación e identificación. Una vez transferida la llamada, el psicólogo se identificaba y se presentaba. A continuación, se solicitaba el nombre del comunicante y el motivo de la llamada.
- Facilitación de la expresión de lo ocurrido. Se procuraba que la persona afectada contase lo que le había ocurrido y lo que estaba sintiendo. Se intentaba clarificar la situación y se procuraba facilitar la expresión verbal y el relato de los acontecimientos, ya que pensar y verbalizar lo ocurrido se considera muy importante para poder asimilar e integrar las experiencias vitales negativas. En esta fase también resulta esencial que la persona se sienta escuchada, atendida y aceptada. Por ello, el psicólogo tenía que desplegar un amplio repertorio de habilidades de escucha activa. Nunca se juzgaba lo que el comunicante estaba diciendo, ni se discutían sus sentimientos. Había que soportar los momentos de silencio, hablar sosegadamente y en tono sereno, intentando transmitir a la persona que se disponía de todo el tiempo que fuese necesario para ayudarla. En el caso de extranjeros, se intentaba hablarles lentamente, con un vocabulario sencillo y asegurándose de que entendían lo que se les decía, para ello se les pedía expresamente feedback. También se consideraba sumamente importante generar sentimientos de seguridad y tranquilidad, por lo que se insistía en que el hecho traumático ya se había terminado y se informaba sobre las reacciones de estrés normales y anormales.
- Facilitación de instrucciones y pautas de actuación para reducir los síntomas. El psicólogo realizaba una valoración de la problemática presentada en cada caso, clasificándola en dos categorías: problemas que precisaban tratamiento

inmediato o problemas cuyo tratamiento se podían posponer. Para abordar los problemas de la primera categoría, se transmitía a la persona instrucciones y pautas específicas de actuación. Las más habituales fueron las siguientes:

- Entrenamiento en respuestas incompatibles con la ansiedad, fundamentalmente en técnicas de respiración sencillas.
- Reestructuración cognitiva y reevaluación de los pensamientos de culpabilidad.
- Normalización o legitimación de las reacciones de los afectados. Se informaba y explicaban las reacciones psicológicas habituales y normales, incidiendo en que muchas conductas eran respuestas normales ante hechos anormales e inesperados.
- Movilización de la red de apoyo social informal. Se procuraba implicar a personas cercanas para intercambiar información, planificar las actuaciones, acompañar, etc.
- Parada de pensamiento y aserción encubierta para superar los pensamientos intrusivos (Mckay, Davis y Fanning, 1987).
- Recuperación de las actividades cotidianas.
- En los casos necesarios se aportaba información sobre los recursos sanitarios y sociales de su zona, o incluso se realizaba un desplazamiento al domicilio.

La mayor frecuencia de llamadas atendidas por los psicólogos voluntarios en el SUMMA se produjo entre los días 15 y 18 de marzo, y no en los primeros días como hubiera podido esperarse y como fue el caso en el Centro de Emergencias Madrid 112. Este patrón puede explicarse por la reacción a las situaciones de estrés: en un primer momento se produce una activación para superar los problemas inmediatos y cuando desciende el nivel de activación o se agotan los recursos por las demandas excesivas de la situación crítica, es cuando aparecen los síntomas de malestar psicológico.

Durante los entierros

Durante los días posteriores al 11 de marzo equipos de psicólogos, movilizados por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, se desplazaron a los principales tanatorios de Madrid que acogían los velatorios de las víctimas de los atentados. Los profesionales pasaban por las diferentes salas de velación, presentándose a las familias y ofreciendo asistencia a los familiares. Las intervenciones se realizaron, en la mayoría de los casos, a petición de algún miembro de la familia.

Los profesionales que intervinieron en este contexto aplicaron conocimientos sobre el duelo y sus fases. Era importante transmitir a los familiares que sus respuestas eran normales, reacciones humanas comunes ante tan dolorosa experiencia. Como afirma Montoya (2001) se trata de una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad, es decir, a sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales. En las intervenciones con las familias, se ofrecía un espacio y un tiempo para la expresión de las emociones, se ayudaba a identificar sentimientos y se aclaraban temores y dudas sobre las diferentes etapas de la elaboración del duelo. Se les aconsejaba que contaran con el apoyo de familiares y amigos y se les informaba de los recursos disponibles en materia de salud mental, dispositivos judiciales, centros sociales, asistencia espiritual, etc. Asimismo, al haber familias de nacionalidades y culturas muy diferentes (iberoamericanas y centroeuropeas fundamentalmente) fue preciso conocer y respetar las diferencias interculturales en el proceso de duelo, velatorio y entierro de los familiares.

Aunque no hay un modelo único de intervención en situaciones críticas, escuchar los hechos concernientes a la situación, reflejar los sentimientos de la víctima, realizar acciones directas y facilitar el apoyo social son estrategias comunes que se emplean para estabilizar la situación, atender los síntomas existentes, reducir los niveles de hiperactivación fisiológica, consolar y confortar a la persona afectada y movilizar los recursos necesarios para responder de forma adecuada (Everly, Flannery y Mitchell, 2000) y eso es lo que, en líneas generales, los casi mil psicólogos que intervinieron en aquellos difíciles días hicieron.

Resumen

En este capítulo se ofrece una panorámica general sobre la regulación existente en España en materia de voluntariado y se define el término desde el punto de vista jurídico y desde la perspectiva de la Psicología Social. En este último caso el voluntariado hace referencia a un tipo de conducta de ayuda, planificada, no obligada, que se prolonga a lo largo del tiempo y que tiene lugar en el contexto de organizaciones sin ánimo de lucro. Si las motivaciones que inspiran tales acciones son altruistas o egoístas, no es una cuestión esencial para la definición del concepto.

También se trata de responder a las dos preguntas que más frecuentemente se han formulado en las investigaciones: ¿qué factores influyen en la decisión de hacerse voluntario? y una vez que esta decisión se ha tomado ¿qué factores provocan que algunas personas abandonen al poco tiempo y otras permanezcan durante largos periodos de tiempo? Para dar respuesta a esta segunda pregunta se revisan los principales modelos explicativos de la permanencia y los beneficios derivados de la participación continuada.

Posteriormente, se trata de aplicar el conocimiento disponible a la gestión práctica de programas de voluntariado. La gestión se conceptualiza como un proceso que transcurre a lo largo del tiempo en varias etapas (captación, selección, formación, supervisión y refuerzo) y que siempre busca en todas ellas la satisfacción del voluntariado, como forma de asegurar su permanencia. Entendemos que es muy satisfactorio sentir que la organización a la que se pertenece utiliza eficazmente lo mejor de las personas, no solo su tiempo, al servicio de metas compartidas que realmente merecen la pena.

Finalmente, se presenta la organización de la intervención voluntaria tras los atentados terroristas del 11 de marzo en Madrid.

Lecturas recomendadas

Chacón, F., y Vecina, M. L. (2002). *Gestión del voluntariado*. Madrid: Síntesis.

Ofrece una versión ampliada de los modelos teóricos explicativos de la permanencia y un enfoque práctico y exhaustivo de los distintos procesos de gestión del voluntariado.

Ellis, S. (2002). *The Volunteer Recruitment Book*. Philadelphia: Energize.

Ellis, S. (2003). *The Volunteer Management Audit*. Philadelphia: Energize.

Susan Ellis analizar los procesos de voluntariado centrados en gestión en general y en la captación en particular.

Páginas Web de interés

En los siguientes enlaces Web se puede encontrar la siguiente información complementaria:

Panorámica general del marco legislativo:

http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion/opencms/portal/com/bin/portal/Voluntariado/ContenidosEspecificos/iii_plan_andaluz_voluntariado/borrador3_plan_andaluz_voluntariado2010_14.pdf

Textos completos de las leyes autonómicas:

<http://www.integracionsocial.net/integracion-legislacion-voluntariado.html>

Estudio comparativo de leyes españolas de voluntariado, elaborado el Observatorio del Voluntariado de la Plataforma del Voluntariado de España:

<http://blog.plataformavoluntariado.org/2009/07/22/repasando-los-principios-de-las-leyes-del-voluntariado-espanolas/more-3921>

Resultados de investigaciones empíricas con muestras españolas aplicables a la gestión de programas de voluntariado. También se encuentran disponibles cuestionarios de evaluación para voluntarios que deseen colaborar en nuevas investigaciones:

http://www.ucm.es/info/voluntariado_I+G/

Referencias bibliográficas

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Jul y J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognitions to behaviors* (pp. 11-39). Nueva York: Springer.
- Alexander, J. (1992). Confusing debriefing and defusing postnatally: The need for clarity of terms, purpose and value *Midwifery*, 14(2), 122-124.
- Aranda, J.A. (1997). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del Psicólogo*, 68, 20-29.
- Benson, P. L., Dehority, J., Garman, L., Hanson, E., Lebold, C., Hochschwender, M. y colaboradores. (1980). Intrapersonal correlates of nonspontaneous helping behavior. *The Journal of Social Psychology*. *The Journal of Social Psychology*, 110, 87-95.
- Boezeman, E. J., y Ellemers, N. (2008). Volunteer Recruitment: The Role of Organizational Support and Anticipated Respect in Non-Volunteers' Attraction to Charitable Volunteer Organizations. *Journal of Applied Psychology*, 93(5), 1013-1026.
- Bond, J. B. (1982). Volunteerism and life satisfaction among older adults. *Canadian Counsellor*, 16(3), 168-172.
- Brickman, P. (1987). *Commitment, Conflict, and Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Callero, P. L., Howard, J. A., y Piliavin, J. A. (1987). Helping behavior as role behavior: disclosing social structure and history in the analysis of prosocial action. *Social Psychology Quarterly*, 50(3), 247-256.
- Chacón, F. (1985). *Altruismo y conductas de ayuda: una taxonomía de episodios sociales*. Unpublished Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Chacón, F., Vecina, M. L., y Dávila, M. C. (2007). The Three-Stage Model of Volunteer's Duration of Service. *Social Behavior and Personality*, 35(5), 627-642.
- Chacón, F., y Vecina, M. L. (2002). *Gestión del voluntariado*. Madrid: Síntesis.
- Chacón, F., y Vecina, M. L. (2007). The 2004 Madrid Terrorist Attack: Organizing a Large-Scale Psychological Response. En E. Carl (Ed.), *Trauma Psychology: Issues in Violence, Disaster, Health, and Illness* (Vol. 1 Violence and Disaster, pp. 163-194). Westport. Connecticut.: Praeger.
- Chapman, J. G., y Morley, R. (1999). Collegiate Service-Learning: Motives Underlying Volunteerism and Satisfaction with Volunteer Service. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 18(1-2), 19-33.
- Cialdini, R. B., Kenrick, D. T., y Baumann, D. J. (1982). Effects of mood on prosocial behavior in children and adults. En N. Eisenberg (Ed.), *The development of prosocial behavior* (pp. 339-359). Nueva York: Academic Press.

- Clary, E. G., Snyder, M., y Stukas, A. A. (1996). Volunteers' Motivations: Findings from a National Survey. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25, 485-505.
- Clary, E. G., y Snyder, M. (1999). The motivations to volunteer: Theoretical and practical considerations. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 156-159.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J. y colaboradores (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516-1530.
- Clary, E., y Snyder, M. (1991). A functional analysis of altruism and prosocial behavior: The case of volunteerism. En M. S. Clark (Ed.), *Prosocial Behavior. Review of Personality and Social Psychology* (Vol. 12, pp. 119-148). Londres: Sage.
- Cnaan, R., Handy, F., y Wadsworth, M. (1996). Defining who is a volunteer: Conceptual and empirical considerations. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 25(3), 364-383.
- Cortes, L., Hernán, M. J., y López, O. (1998). *Las organizaciones de voluntariado en España*. Madrid: Plataforma para la Promoción del Voluntariado en España.
- Davila, M. C., Chacón, F., y Vecina, M. L. (2005). El modelo de la identidad de rol de voluntario: análisis de sus componentes básicos en una muestra de voluntarios. *Revista de Psicología General Aplicada*, 58(3), 333-346.
- Davis, M. H., Hall, J. A., y Meyer, M. (2003). The first year: influences on the satisfaction, involvement, and persistence of new community volunteers. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 248 - 260.
- De Charms, R., y Muir, M. S. (1978). Motivation: social approaches. *Annual Review of Psychology*, 29(91-113).
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic Motivation*. Nueva York: Plenum Press.
- Dolan, P., Peasgood, T., y White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factores associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-122.
- Duch, M. L., Fortuño, C., y Lacambra, V. M. (1997). Apoyo psicológico: Formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, 30-33.
- Ellis, S. (2002). *The Volunteer Recruitment Book*. Philadelphia: Energize.
- Ellis, S. (2003). *The Volunteer Management Audit*. Philadelphia: Energize.
- Everly, G. S., Flannery, R. B., y Mitchell, J. T. (2000). Critical incidents stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 1(4), 23-40.

- Finkelstein, M. A., Penner, L. A., y Brannick, M. T. (2005). Motive, role identity, and prosocial personality as predictors of volunteer activity. *Social Behavior and Personality*, 33(4), 403-418.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Galindo-Kuhn, R., y Guzley, R. M. (2001). The volunteer satisfaction index: construct definition, measurement, development, and validation. *Journal of Social Service Research*, 28(1), 45-68.
- Greenfield, E. A., y Marks, N. F. (2004). Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(5), 258-264.
- Grube, J. A., y Piliavin, J. A. (2000). Role identity, organizational experiences and volunteer performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(9), 1108-1119.
- Haski-Leventhal, D. (2009). Altruism and Volunteerism: The perceptions of altruism in four disciplines and their impact on the study of volunteerism. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 39(3), 271-299.
- Houle, B. J., Sagarin, B. J., y Kaplan, M. F. (2005). A functional approach to volunteerism : Do volunteer motives predict task preference? *Basic and Applied Social Psychology*, 27(4), 337-344.
- Hunot, V., y Rosenbach, A. (1998). Factors in influencing the attitudes and commitment of volunteer alcohol counsellors. *British Journal of Guidance and Counselling*, 26(3), 353-364.
- Johnson, M. K., Beebe, T., Mortimer, J. T., y Snyder, M. (1998). Volunteerism in Adolescence: A Process Perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 8(3), 309-332.
- Katz, A. H. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(163-204).
- Kiviniemi, M. T., Snyder, M., y Omoto, A. M. (2002). Too many of a good thing? The effects of multiple motivations on stress, cost, fulfillment, and satisfaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 732 - 743.
- Kunda, Z., y Schwartz, S. M. (1983). Undermining intrinsic moral motivation. External reward and self-presentation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(4), 763-771.
- Lammers, J. (1991). Attitudes, motives and demographic predictors of volunteer commitment and service duration. *Journal of Social Service Research*, 14(3-4), 125-140.

- Langer, E. J., y Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Latané, B., y Darley, J. M. (1970). *The unresponsive bystander: Why doesn't he help*. Nueva York: Appleton-Century-Croft.
- Lee, L., Piliavin, J. A., y Call, V. R. A. (1999). Giving time, money, and blood: Similarities and differences. *Social Psychology Quarterly*, 62, 276-290.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., y Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 26(20), 1206-1213.
- Lillo, A., Muñoz, F., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., y cols. (2004). Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. *Clínica y Salud*, 15, 5-88.
- Lipovetsky, G. (2000). *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos* (5ª ed.). Barcelona: Anagrama.
- López-Cabanas, M., y Chacón, F. (1997). *Intervención psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- Maslanka, H. (1996). Burnout, social support and AIDS volunteers. *AIDS Care*, 8(2), 195-207.
- McKay, M., Davis, M., y Fanning, P. (1995). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meier, S., y Stutzer, A. (2008). Is volunteering rewarding in itself? *Economic*, 75(259-269).
- Meyer, J. P., y Allen, N. J. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, research, and application*. London: Sage.
- Millette, V., y Gagné, M. (2008). Designing volunteers' tasks to maximize motivation, satisfaction and performance: The impact of job characteristics on volunteer engagement. *Motivation and Emotion*, 32, 11-22.
- Mitchell, J., y Everly, G. S. (1996). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corp.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Montoya, J. E. (2001). *Guía para el duelo*. Medellín: Piloto.
- Moore, C. W., y Allen, J. P. (1996). The effects of volunteering on the young volunteer. *The Journal of Primary Prevention*, 17, 231-258.

- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., y Tang, F. (2003). Effects of volunteering on the well-being of older adults. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58B(3).
- Mowday, R. T. (1998). Reflections on the study and relevance on organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 4, 387-401.
- Mowday, R., Porter, L., y Steers, R. (1982). Employee-organization linkages. En P. Warr (Ed.), *Organizational and occupational psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Muñoz, F. A., Fernández de Liger, S., Parada, E., Martínez de Aramayona, M. J., y García, A. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28(6), 350-356.
- Musick, M. A., Herzog, A. R., y House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(3), 173-180.
- Oman, D., Thoresen, E., y McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.
- Omoto, A. M. (2005). *Processes of Community Change and Social Action*. Nahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Pearce, J. L. (1993). *Volunteers: The organizational behavior of unpaid workers*. Londres: Routledge.
- Pearce, J. L., y Amato, P. R. (1980). A taxonomy of helping: A multidimensional scaling analysis. *Social Psychology Quarterly*, 43(4), 363-371.
- Penner, L. A. (2002). Dispositional and organizational influences on sustained volunteerism: An interactionist perspective. *Journal of Social Issues*, 58(3), 447-467.
- Penner, L. A. (2004). Volunteerism and Social Problem: Making Things Better or Worse? *Journal of Social Issues*, 60(3), 645-666.
- Penner, L. A., y Finkelstein, M. A. (1998). Dispositional and structural determinants of volunteerism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 525-537.
- Piliavin, J. A. (2002). Doing Well by Doing Good: Benefits for the Benefactor. En C. L. Keyes y J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive Psychology and the Live Well-Lived*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Piliavin, J. A., Grube, J. A., y Callero, P. L. (2002). Role as resource for action in public service. *Journal of Social Issues*, 58, 469-485.
- Piliavin, J. A., y Callero, P. L. (1991). *Giving Blood: The development of an altruistic identity*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Piliavin, J. A., y Siegl, E. (2007). Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450-464.
- Plagnol, A. C., y Huppert, F. A. (2009). Happy to help? Exploring the Factors Associated with Variations in Rates of Volunteering Across Europe [Electronic Version]. *Soc Indic Res*,
- Reitschlin, J. (1998). Voluntary association membership and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 348-355.
- Rosenberg, M., y McCullough, B. C. (1981). Mattering: Inferred Significance and Mental Health among Adolescents. *Research in Community and Mental Health*, 2, 162-182.
- Shmotkin, D., Blumstein, T., y Modan, B. (2003). Beyond keeping active: Concomitants of being a volunteer in old-old age. *Psychology and Aging*, 18(3), 602-607.
- Smith, D. H. (1983). Synanthrometrics: On progress in the development of a general theory of voluntary action and citizen participation. En D. H. Smith, J. V. Til y otros (Eds.), *International perspectives on voluntary actino research*. Washington, DC: University Press of America.
- Smithson, M., Pearce, P., y Amato, P. R. (1983). *Dimensions of Helping Behavior*. Oxford: Pergamon Press.
- Stephen, P. G. (2005). Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be Good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77.
- Stevens, E. S. (1991). Toward satisfaction and retention of senior volunteers. *Journal of Gerontological Social Work*, 16(3-4), 33-41.
- Thoits, P. A., y Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 115-131.
- Vecina, M. L., Chacón, F., y Sueiro, M. J. (2009). Satisfacción en el voluntariado: estructura interna y relación con la permanencia en las organizaciones. *Psicothema*, 21(1), 112-117.
- Vecina, M. L., Chacón, F., y Sueiro, M. J. (2010). Diferencias y semejanzas entre voluntarios que permanecen y voluntarios que abandonan. *Spanish Journal of Psychology*.
- Vecina, M. L., y Chacón, F. (2005). Positive Emotions in Volunteerism. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 30-35.

- Vera, B., Carbelo, B., y Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la Psicología Positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Warburton, J., Terry, D. J., Rosenman, L. S., y Shapiro, M. (2001). Differences between Older Volunteers and Nonvolunteers: Attitudinal, Normative, and Control Beliefs. *Research on Aging*, 23(5), 586-605.
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M., y Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: A meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 69-79.
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26, 215-240.
- Young, F. W., y Glasgow, N. (1998). Voluntary social participation and health. *Research on Aging*, 20, 339-362.

Evaluación de programas en Psicología Comunitaria

Silvia Ubillos Landa y
Fernando Molero Alonso

Introducción

Definición de programa

Definición de evaluación de programas

Propósitos de la evaluación de programas

Los diversos grupos implicados en la evaluación de programas

Tipos de evaluación

En función del momento temporal del programa en el que se realiza la evaluación

En función de la procedencia de los evaluadores

La evaluación de programas dentro del ciclo de intervención social

Identificación del problema y de las necesidades

Planteamiento de objetivos y metas

La pre-evaluación

La formulación del programa

La implementación del programa

La evaluación de resultados

Toma de decisiones sobre el programa

Diseño y evaluación de un programa de educación sexual en adolescentes

Resumen

Lecturas recomendadas

Referencias bibliográficas

Términos clave

- **Ciclo de intervención social**
- **Evaluación de programas**
- **Evaluación de necesidades y de contexto**
- **Evaluación de proceso**
- **Evaluación de diseño**
- **Evaluación de resultados y de impacto**
- **Programa**

Objetivos

- **Conocer los conceptos claves de la evaluación de programas.**
- **Obtener los conocimientos teóricos básicos sobre la evaluación de programas en el ámbito de la Psicología Comunitaria.**
- **Conocer las herramientas metodológicas básicas que se aplican en la evaluación de programas dentro del área de la Psicología Comunitaria.**
- **Proporcionar un ejemplo detallado de la evaluación de un programa real en el ámbito de la Psicología Comunitaria.**

Introducción

Los estados modernos, al menos en los países desarrollados, dedican una gran cantidad de recursos a mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos. Para ello se ponen en marcha una serie de políticas y programas que tratan de mejorar aspectos relacionados con la salud pública, la educación o la prevención de la delincuencia entre otros muchos posibles. Lo mismo sucede, en el plano internacional, con los programas de cooperación y ayuda al desarrollo puestos en marcha por las diversas organizaciones de la ONU y por otros organismos internacionales. El desarrollo de estos programas requiere gastar una enorme cantidad de dinero, por ejemplo, en el año 2009, la financiación de UNICEF a favor de los niños y las mujeres afectados por situaciones de emergencias prolongadas ascendió a los 1.000.494.205 dólares (UNICEF, 2009). No es extraño, pues, que los diferentes estados y organizaciones se sientan obligados a verificar hasta qué punto sus esfuerzos alcanzan los resultados apetecidos. Por esta razón la evaluación de programas se convierte en imprescindible dentro de las sociedades modernas.

El control de los programas que interesa a los evaluadores no es el estrictamente contable, financiero o fiscal. Para eso, en mayor o menor medida, las entidades implicadas tienen a sus propios expertos, contables o auditores, que vigilan la correcta utilización del dinero desde el punto de vista contable. Sin embargo, un programa de intervención social puede ser intachable desde el punto de vista del manejo de fondos o aplicación del dinero y sin embargo ser completamente ineficaz a la hora de alcanzar los resultados para los que fue diseñado.

Los políticos responsables de los programas pronto se dieron cuenta de esta cuestión y recurrieron a una serie de expertos para ayudarles a determinar hasta qué punto los programas contribuían a resolver los problemas que originaron su puesta en marcha. Dichos expertos, provenientes casi todos del mundo académico, (psicólogos, sociólogos, pedagogos, etc.) trataron en un principio de aplicar las técnicas de investigación utilizadas en sus propias disciplinas a la hora de evaluar programas. Sin embargo, pronto se vio que esta trasposición no era tan sencilla como parecía y que la evaluación o valoración de programas tenía sus propias reglas.

Por este motivo, a lo largo de los últimos treinta años, la evaluación de programas se ha ido constituyendo como un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos con entidad propia. Esto es así hasta tal punto que, en muchos países, constituye una actividad profesional reconocida y regulada. De lo expuesto anteriormente se deduce que la Evaluación de Programas es una actividad multidisciplinar. Sin embargo, y puesto que el presente tema se ubica dentro del contexto de la Psicología Comunitaria nos centraremos en aquellos aspectos de la evaluación más relacionados con la intervención relacionada con aspectos sociales y comunitarios.

Definición de programa

Dado que vamos a hablar de evaluación de programas es importante conocer primero la definición de programa. Según Fernández-Ballesteros (1996a, p. 24) un programa es “un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas”. Por tanto dos son las características básicas de un programa tal como aquí lo entendemos. En primer lugar la existencia de una planificación previa. En segundo lugar su implantación coordinada y rigurosa. Si no se dan estas características no podemos hablar de la existencia de un programa, y por lo tanto su evaluación es imposible.

En función de su mayor o menor complejidad se puede hablar de diferentes tipos de programas susceptibles de ser evaluados. Entre ellos cabe citar, según la amplitud de sus propósitos, los planes y las políticas, los programas propiamente dichos, los subprogramas y diversas acciones concretas dentro de un subprograma.

Cuadro 11.1. Ejemplos de programas susceptibles de evaluación

El Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España (2007) cuyo texto completo puede verse en el enlace http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/novedades/docs/Plan_estrategico_final.pdf

Es un programa que se inspira en dos principios generales: la no discriminación y la igualdad. Este plan se articula en doce ejes o líneas de actuación como son la participación política y ciudadana, la participación económica, la corresponsabilidad, la educación, la innovación, el conocimiento, la salud, la imagen, la atención a la diversidad e inclusión social, la violencia, la política exterior y de cooperación al desarrollo y la tutela del derecho a la igualdad. De forma que esta política global de prevención de la violencia hacia las mujeres se articula en programas aplicados en distintos ámbitos como son el institucional (Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre las Mujeres o el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer), judicial (Juzgados de Violencia sobre la Mujer y de Fiscalías especializadas), policial (incremento de efectivos a las unidades especializadas en la lucha contra este tipo de violencia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado), investigación (publicación y difusión de estudios), social (sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres), educación (currículos destinados a promover la educación en valores que refuercen la igualdad entre hombre y mujeres), formación y especialización de profesionales que intervienen en las situaciones de violencia contra las mujeres, la atención integral a las mujeres maltratadas o evaluación (medición y seguimiento de las medidas puestas en marcha).

A su vez estos programas pueden dividirse en subprogramas. Por ejemplo, el ámbito social (sensibilización y prevención) contendría los siguientes: proyecto coeducativo común para impartir en los centros escolares, revisión de los libros de texto y materiales didácticos, formación de los profesionales de los medios de comunicación para mejorar el tratamiento de las noticias, campañas de información y sensibilización, participación de las organizaciones de mujeres y agentes sociales en el desarrollo de programas de sensibilización y prevención o acuerdos con empresas para que colaboren en la difusión de los derechos y recursos disponibles para atender las situaciones de violencia hacia las mujeres.

Estos subprogramas contienen a su vez una serie de acciones o elementos más sencillos como en el caso de las campañas de información y sensibilización podrían ser los anuncios publicitarios en los diversos medios de comunicación, las conferencias en instituciones educativas, las carpas informativas en distintas ciudades y pueblos, etc.

Todas las acciones descritas en el Cuadro 1 pueden y deben ser evaluadas aunque la manera de enfocar la evaluación dependerá de la complejidad del programa a evaluar, siendo más difícil y requiriendo más recursos cuanto más complejo sea éste.

Por otra parte, el objeto de evaluación está siempre enmarcado en una realidad sociopolítica administrativa determinada que también hay que tener en cuenta. Así, por ejemplo, el Plan Nacional de Drogas tiene actuaciones que competen a la Administración Central, como puede ser el cambio de las leyes que persiguen a los narcotraficantes, y actuaciones de nivel más local, como puede ser la rehabilitación de drogodependientes, que residen en las diversas Comunidades Autónomas y en los Ayuntamientos. Todas estas particularidades deben ser tenidas en cuenta y hacen que la tarea evaluativa sea enormemente compleja.

Definición de evaluación de programas

Por su propio carácter interdisciplinar y dependiendo de la perspectiva que se adopte las definiciones de evaluación son múltiples y en ocasiones contradictorias. Para los propósitos de este capítulo adoptaremos la definición propuesta por Aguilar y Ander-Egg (1992, p. 18) que señalan que la evaluación de programas es “una forma de investigación social aplicada sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable datos e información suficiente y relevante, en que apoyar el juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución)”. Además, hay que tener en cuenta que la finalidad de la evaluación de programas es servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados. El lector interesado puede consultar otras definiciones así como diversos aspectos históricos de la evaluación de programas en Anguera, Chacón y Blanco (2008) o en Reboloso, Fernández-Ramírez y Cantón (2008).

Por su parte Fernández del Valle (1996) considera que la evaluación de programas plantea una exigencia tanto profesional como científica y ética. Profesional porque la única manera de mejorar las intervenciones es conocer y estudiar sus procesos y resultados. Científica porque un área de intervención como la Psicología Comunitaria necesita desarrollar sus bases teóricas, y a través del análisis de las prácticas se pueden contrastar las nuevas aportaciones teóricas y metodológicas. Ética porque es un deber controlar los efectos causados por la aplicación de las intervenciones a fin de respetar y garantizar ciertos principios prescriptivos como el derecho a la igualdad o la atención a las minorías.

Propósitos de la evaluación de programas

Los múltiples propósitos de la evaluación de programas se pueden concretar en tres (Chelimsky y Shadish 1997; Cook, Leviton y Shadish, 1985; Reboloso y Morales, 1996; Reboloso, Fernández-Ramírez y Cantón, 2008; Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Vedung, 1997):

1. Valorar el cumplimiento de los objetivos: Este propósito alude al deber que tienen los profesionales de comprobar en qué medida se han logrado los objetivos con el programa diseñado. Por tanto, la finalidad de esta evaluación es emitir un juicio sobre el valor relativo del programa o de sus componentes, enfatizando la medición de resultados, el logro de objetivos, y el cálculo de la efectividad y eficacia de las actividades en comparación con otras alternativas. Los juicios derivados de este tipo de evaluación nos permiten adoptar decisiones sobre continuación, ampliación, reducción o finalización del programa. Todas las personas involucradas en un programa presentan diferentes intereses (planificadores, agentes que aplican las intervenciones, usuarios, etc.) que dificultan la toma de juicios razonables. Sin embargo, los recursos que disponemos son limitados, por ello las instituciones responsables necesitan información rigurosa para tomar decisiones más fiables sobre la asignación de partidas presupuestarias y la planificación de programas. Y es precisamente ese tipo de evaluación la que nos proporciona procedimientos formales y sistemáticos que nos permiten contar con información objetiva a fin de, por un lado, priorizar las necesidades que se deben satisfacer y, por otro lado, determinar la eficiencia de las acciones emprendidas. Por ejemplo, la decisión acerca de cuál es la mejor forma de prevenir el VIH o el embarazo en adolescentes tales como promover la abstinencia sexual, el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la reducción del número de parejas sexuales o el fomento del uso del preservativo deberían tomarse en función de pruebas científicas sobre la eficacia de cada estrategia en diferentes contextos. Sin embargo a la hora de tomar decisiones no sólo se tiene en cuenta la eficiencia del programa sino también la aceptación del público, la reacción de los participantes, los costos o la disponibilidad de recursos, las diversas alternativas posibles o la ideología entre otros.
2. Mejorar el programa: La evaluación aspira dar pautas para mejorar y perfeccionar el programa. Persigue mejorar las actividades, fortalecer la organización y desarrollar las capacidades de las personas que participan de distinto modo en los programas sociales. La finalidad es lograr que el programa resulte más dinámico, eficiente, orientado al servicio y adaptado a las preocupaciones del cliente. El proceso de evaluación se debe insertar dentro de la

dinámica de intervención a fin de que los resultados de la evaluación se vuelvan a introducir en la planificación, gestión y aplicación del programa, haciéndolo con la rapidez suficiente como para permitir la modificación y mejora de los programas. La evaluación subraya la recogida de información cualitativa que pueda ser obtenida y utilizada con rapidez para mejorar el diseño de los programas, dirigir los proyectos en curso o descubrir cómo se sienten los beneficiarios del programa.

3. Aumentar el conocimiento básico: La evaluación persigue comprender ampliamente los fenómenos bajo estudio, analizando las causas de los problemas y los porqués del funcionamiento de las operaciones con el objetivo de aumentar o perfeccionar el conocimiento disponible sobre los problemas y las posibilidades de intervención. Cabe por tanto considerar que otro de los objetivos de todo proceso evaluativo sea generar la comprensión o explicación de los problemas sociales, lo cual significa resaltar la dimensión investigadora implícita en toda evaluación.

Los diversos grupos implicados en la evaluación de programas

Según Weiss (1984) los implicados en la evaluación de programas (en inglés "stakeholders") son por un lado aquellos grupos que resultan afectados por el programa y que, por tanto, estarán afectados por las conclusiones evaluativas, y por otro lado aquellos grupos que, como los políticos, toman las decisiones en relación con la continuación del programa. Así, tomando como ejemplo un programa amplio como el Plan Nacional sobre Drogas, cabría distinguir, sin ánimo de exhaustividad, a los siguientes grupos implicados:

- a) a los legisladores que dictan leyes para regular el tráfico y consumo de drogas;
- b) a los políticos que han puesto en marcha el programa y han financiado su evaluación a nivel nacional;
- c) a los políticos encargados de dirigir el programa en las diversas Comunidades Autónomas y Ayuntamientos;
- d) a los directores de los diversos centros de ayuda a los drogodependientes;
- e) a los profesionales (médicos, psicólogos, etc.) encargados de llevar a cabo la rehabilitación del drogodependiente;
- f) a los usuarios (drogodependientes objeto del programa);
- g) a los allegados (familiares de los drogodependientes);

- h) a los usuarios potenciales (drogodependientes a los que el programa no llega);
- i) a la población en general

Cada uno de estos grupos espera cosas diferentes, cuando no opuestas, del programa y de su evaluación. Esto plantea fuertes problemas tanto éticos como profesionales a los evaluadores, que deben tener en cuenta y tratar de conciliar los intereses de las diferentes audiencias.

Así, en el ejemplo que proponemos, las demandas de los drogodependientes y sus familiares en cuanto a la necesidad de ser atendidos en centros próximos a su domicilio puede entrar en conflicto con las demandas de la población general que no ve con agrado la instalación de dichos centros en su barrio. Las demandas de los políticos para que se atienda a la mayor cantidad de drogodependientes al menor coste posible pueden entrar en conflicto con las demandas de los profesionales encargados de ejecutar el programa que reclaman una mayor cantidad de medios, y así sucesivamente.

Es importante resaltar que los diversos grupos implicados van a ser cruciales a lo largo de la evaluación y deben ser tenidos en cuenta desde el principio. En un primer momento el evaluador deberá establecer contacto con la audiencia considerada como "cliente" (por ejemplo, la entidad que financia el programa y su evaluación) para fijar los objetivos y fines de la evaluación. Posteriormente es imprescindible establecer contacto con las diversas audiencias tanto para ir concretando las diversas metas del programa como para, posteriormente, recoger la información relevante. Finalmente, el evaluador, de acuerdo con el cliente, tendrá que informar a algunas o todas las audiencias implicadas.

La Psicología Comunitaria es especialmente sensible a esta nueva perspectiva ya que uno de sus principios básicos consiste en la necesidad del cambio social para resolver los problemas que afectan a la comunidad. De forma que no podemos hablar de un auténtico cambio social sin tener en cuenta la participación activa de los protagonistas y tampoco podemos hablar de auténtica evaluación mientras los "implicados" no participen activamente en la misma, de forma que se llegue al conocimiento a través de una construcción social en la que participen todos los sectores directamente afectados. Esta es la razón por la cual actualmente la investigación evaluativa utiliza soportes teóricos y metodológicos coherentes con este planteamiento, lo que ha dado lugar a una gran variedad y heterogeneidad de enfoques (evaluación pluralista, evaluación participativa, evaluación democrática, *cluster evaluation*, *empowerment evaluation*, etc.). Todos estos enfoques consideran que toda evaluación debe suponer, ante todo, un compromiso del evaluador con la educación cívica, el desarrollo humano y la emancipación social (Fetterman, 1994; Smith, 1998).

Tipos de evaluación

Existen numerosos tipos de evaluaciones y numerosas maneras de clasificarlas (el lector interesado puede consultar por ejemplo, Anguera, Chacón y Blanco, 2008). Aquí hemos escogido dos de ellas: en función de *cuándo* se realiza la evaluación y en función de desde *dónde* se realiza la evaluación.

En función del momento temporal del programa en el que se realiza la evaluación

Según Aguilar y Ander-Egg (1992) cabe distinguir entre las evaluaciones que se realizan antes de la puesta en marcha del programa (evaluación del estudio o la investigación, evaluación del diagnóstico y evaluación de la planificación), las que se llevan a cabo mientras el programa se está realizando (evaluaciones de cobertura, de la implementación, del ambiente organizacional y del rendimiento del personal) y las que se llevan a cabo cuando el programa ha finalizado (evaluación de la eficacia o efectividad y evaluación de la eficiencia o rentabilidad económica).

Scriven (1967) de manera más sucinta diferencia entre la evaluación formativa o de seguimiento, que es la realizada durante la aplicación del programa y tiene por objeto su mejora y perfeccionamiento y la evaluación sumativa, llamada también evaluación de resultados o de impacto, que tiene lugar cuando el programa ha finalizado y sirve para emitir un juicio sobre su valor.

Como vemos, aunque con distintos nombres, los diferentes autores parecen referirse, en resumidas cuentas, a tres tipos de evaluación: una previa a la puesta en marcha del programa que ayuda a diseñarlo y a fijar sus objetivos. Otra que se realiza cuando el programa se está llevando a cabo y trata de averiguar si se está realizando correctamente. Finalmente, una tercera final que trata de verificar si el programa ha conseguido sus objetivos. Obviamente estas diversas evaluaciones no son excluyentes entre sí, sino que son complementarias. Probablemente las evaluaciones aparentemente más útiles sean las de resultados e impacto. No obstante, hay que tener en cuenta también que, difícilmente podrán conocerse los efectos de un programa, si no se sabe también como fue diseñado y como fue llevado a cabo. Este fue el problema con el que se toparon los primeros evaluadores que se limitaban simplemente a tratar de verificar los efectos de un determinado programa. Se demostró así que, en ocasiones, la aparente ausencia de efectos de algunos programas se debía, no a la falsedad de las hipótesis o teorías que los sustentaban, sino a que habían sido ejecutados incorrectamente. Nos ocuparemos con detalle de las diversas clases de evaluación y de las características particulares de cada una de ellas en apartados posteriores.

En función de la procedencia de los evaluadores

Otra manera de clasificar las evaluaciones es a partir de la procedencia de las personas que realizan la evaluación. Dichas personas pueden pertenecer en mayor o menor grado al equipo que ha puesto en marcha el programa (evaluación interna) o pueden ser profesionales independientes completamente ajenos a la realización del mismo (evaluación externa). Cada uno de estos tipos de evaluación presenta sus ventajas e inconvenientes como veremos a continuación:

Cuadro 11.2. Ventajas e inconvenientes de la evaluación interna y externa

	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Evaluación interna	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la reactividad de las personas implicadas en el programa - Menores costos - Mayor influencia sobre el programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Menor objetividad - Menor credibilidad social - Normalmente se utilizan métodos más suaves
Evaluación externa	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta la objetividad - Se suele utilizar tecnología dura (diseño, instrumentos) - Mayor credibilidad social - Fomenta la utilización de estándares comparativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Menores posibilidades de mejorar el programa - Aumenta la reactividad de los sujetos - Más costosa - Menor influencia sobre el programa
Evaluación mixta (externa e interna)	<ul style="list-style-type: none"> - Contempla las ventajas de la evaluación interna y externa 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor coste - Mayor tiempo - Dificultades en hallar consensos

No obstante, en muchas ocasiones la distinción entre evaluación interna y externa no es tan frontal como parece y pueden existir diversos matices. Así, por ejemplo, un evaluador puede trabajar dentro de la institución pero no haber participado en la puesta en marcha del programa, con lo cuál su implicación sería menor. Por otra parte la evaluación de proceso o formativa, de acuerdo con las ventajas e inconvenientes examinados, podría ser mejor realizada por evaluadores internos mientras que la evaluación sumativa, de resultados, o de impacto podría ser mejor realizada por evaluadores externos.

La evaluación de programas dentro del ciclo de intervención social

La evaluación de programas no puede ser entendida de manera aislada. Es una etapa más, aunque sumamente importante, del proceso de intervención social. Dicho proceso, a través del cual se relacionan la ciencia teórica y sus aplicaciones,

puede ser considerado un ciclo, ya que aglutina y enmarca una serie de fenómenos y operaciones que se repiten ordenadamente en el tiempo.

Fernández-Ballesteros (1987, 1996b) propone un ciclo de intervención social que consta de siete fases: 1) identificación del problema y/o necesidades; 2) planteamiento de objetivos y metas; 3) pre-evaluación; 4) formulación del programa; 5) implementación del programa; 6) evaluación del programa propiamente dicha y 7) toma de decisiones sobre el programa

Identificación del problema y las necesidades

Cualquier programa o intervención social parte de la existencia de un determinado problema que requiere solución. Normalmente cualquier problema puede traducirse también en una serie de necesidades. Así el problema de la droga en España se expresa a través de distintas necesidades tales como la rehabilitación de drogodependientes, la prevención del consumo de drogas, la persecución de su tráfico, etc.

Es por tanto importante antes de decidir la puesta en marcha de cualquier programa, realizar lo que se llama una evaluación de las necesidades. Mediante dicha evaluación se identifican los problemas y se justifican las intervenciones. Moroney (1977) distingue cuatro tipos diferentes de necesidades sociales:

- a) *Necesidades normativas*, proceden de estándares establecidos de antemano. Por ejemplo, la Comunidad Económica Europea establece que debe existir un número determinado de camas en Residencias de Ancianos por cada cien habitantes mayores de 65 años.
- b) *Necesidades percibidas*, son aquellas necesidades de los ciudadanos manifestadas a través de encuestas o cualquier otro procedimiento de recogida de información. Por ejemplo, sabemos que los españoles consideran como problemas esenciales el desempleo y la economía (Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, 2010).
- c) *Necesidades expresadas*, son aquellas que pueden inferirse de los registros de utilización de servicios o de los datos epidemiológicos o sociodemográficos. Por ejemplo, el tiempo de espera en determinadas consultas de la Seguridad Social está expresando necesidades de atención.
- d) *Necesidades relativas*, hace referencia a las desigualdades relativas entre diferentes grupos (gitanos y payos) y lugares (ciudades y pueblos).

En resumen, con respecto a esta primera fase del ciclo, puede decirse que antes de implantar determinada actuación o programa los agentes sociales o responsa-

bles del mismo han debido examinar previamente las necesidades del colectivo sobre el que se pretende intervenir.

Planteamiento de objetivos y metas

Una vez detectadas las necesidades de un determinado colectivo se hace necesario establecer prioridades entre ellas y operacionalizarlas en objetivos concretos. Se supone así que a medida que los objetivos se vayan alcanzando las necesidades o el problema irán disminuyendo. Así un programa de rehabilitación de drogodependientes puede tener diferentes, aunque complementarios, objetivos. Por ejemplo, que la persona deje de tomar drogas, que aprenda una profesión, que consiga trabajar, que se reinerte socialmente, etc.

Los objetivos pueden variar en gran medida en cuanto a su grado de generalidad. Así, los objetivos de una política gubernamental, por ejemplo la política de integración, han de ser por fuerza muy generales. A medida que vamos descendiendo de políticas a programas (integración de discapacitados), subprogramas (mejora de habilidades para el trabajo) y acciones específicas (aprendizaje del manejo de ordenador) los objetivos se van concretando cada vez más.

Una diferenciación digna de mención es la que se puede realizar entre objetivo y meta. Dicha distinción hace referencia principalmente a una cuestión temporal. La consecución de diversos objetivos parciales hace que en último término se consiga la meta final del programa. Así, retomando el ejemplo de antes, un programa de rehabilitación de drogodependientes tendrá como primer objetivo que la persona deje de consumir drogas, en segundo lugar que estudie una profesión, en tercer lugar que encuentre trabajo y así finalmente podrá conseguirse la meta final que sería que el sujeto se reinerte socialmente.

Los objetivos y metas de cualquier programa deben: estar claramente definidos, ser específicos, medibles, fácilmente identificables, factibles, no incompatibles con otros objetivos, ser expresados temporalmente, ser operativos y finalmente, estar debidamente cuantificados. Como cabe suponer una adecuada y sensata formulación de objetivos es clave para el diseño de un programa. Posteriormente el evaluador determinará hasta qué punto se han conseguido los objetivos o incluso el programa ha generado efectos no previstos.

La pre-evaluación

Formulados los objetivos a partir de las necesidades observadas, la persona encargada de planificar el programa debe plantearse cuál es la mejor forma de intervenir. Para ello caben varias posibilidades como veremos a continuación.

Análisis de la literatura interventiva relevante

Normalmente el problema que se trata de resolver mediante un determinado programa no es nuevo. Probablemente antes otros expertos, bien en nuestro país, bien en otros países hayan tratado de ofrecer soluciones. Por eso es necesario que el planificador social realice una revisión exhaustiva de la literatura pertinente.

Análisis del problema, búsqueda de sus posibles causas y soluciones

En ocasiones la revisión de la literatura no es suficiente para ayudarnos a formular un programa adecuadamente. Esto puede suceder por varias razones. En primer lugar porque el programa puede ser tan específico que los intentos realizados por otros profesionales no sean aplicables a nuestro caso. Por otra parte también puede suceder que el problema que se trata de resolver sea tan reciente que todavía no haya documentación sobre él. En estos casos, el planificador debe tratar de aislar las variables de importancia para el problema en cuestión y tratar de averiguar sus relaciones funcionales. Se supone, en general, que todo programa debe estar apoyado en una teoría más o menos implícita que el planificador debe tener clara y el evaluador debe tratar de corroborar más tarde.

La formulación del programa

Después de todos los requisitos anteriores la persona o personas encargadas de planificar la intervención social se deciden por un determinado programa. Como se ha dicho en otro punto, dos son las características esenciales que debe tener una intervención para poder ser llamada programa: 1) el constituir una acción planificada y diseñada para alcanzar unos objetivos concretos (por lo tanto un programa no es algo improvisado) y 2) el que dicha acción sea implantada de manera coordinada y organizada.

Durante esta fase el planificador de la intervención social procede al diseño de lo que va a ser el programa pormenorizado especificando quiénes van a dirigirlo y aplicarlo, qué sistema organizativo va a regir, qué acciones van a realizarse, qué medios, materiales e infraestructura se requieren, etc. Todo ello debe ser formulado por escrito.

Un programa bien diseñado contemplaría ya desde un principio un diseño de evaluación que permitiera tomar, incluso, mediciones previas en la población objeto del programa antes de comenzar a aplicarlo.

Una vez concluido el diseño del programa sería ya posible realizar una primera evaluación, al menos teórica, de si ese conjunto de acciones, tal y como fueron diseñadas van a permitir conseguir los objetivos propuestos.

La implementación del programa

Una vez diseñado y planificado el programa debe ser implantado tal y como fue previsto. Durante esta fase del ciclo se lleva a cabo lo que anteriormente hemos llamado evaluación de proceso. Las herramientas más comunes durante este tipo de evaluación son los registros (fichas, memorandums almacenados por los responsables de llevar a cabo el programa), la observación (uno o varios expertos entrenados observan sistemáticamente determinados aspectos relevantes al programa), y los autoinformes (entrevistas y cuestionarios) que pueden contestar tanto los usuarios del programa como las diversas personas encargadas de implantarlo.

La evaluación de resultados

Aunque como ya hemos visto la evaluación puede y debe estar presente en cada uno de los pasos del ciclo de intervención social, quizás la función más típica, o más extendida de la evaluación tiene lugar una vez que la implantación del programa ha finalizado. Es lo que en el tema anterior llamamos evaluación sumativa o evaluación de resultados y hablaremos de ella con mayor detalle posteriormente.

Toma de decisiones sobre el programa

La evaluación tiene como función prioritaria la de servir a la mejora del ciclo de intervención. Por ello el informe del evaluador ha de permitir a los responsables de la política social o a los responsables del programa en la empresa privada tomar nuevas decisiones sobre éste. Es decir, eliminarlo, mejorarlo o seguir implantándolo como se ha venido haciendo.

Diseño y evaluación de un programa de educación sexual en adolescentes

A continuación pondremos un ejemplo basado en un programa real en el que se hace referencia a los distintos tipos de evaluación que se llevaron a cabo en cada una de las siete fases del ciclo de intervención social mencionadas en el apartado anterior.

Se trata de un programa de educación sexual impartido en centros escolares de Guipúzcoa a adolescentes a partir del año 2003. Los propósitos principales que se

énfasis son los de resultados y mejora. Las diversas evaluaciones fueron realizadas por una persona que pertenecía al equipo responsable del programa pero que no participó en su diseño y aplicación, por tanto se trataría de una evaluación interna pero con un nivel de implicación moderado. Además, como sugirió Cook (1985), este ejemplo cumple en parte la visión integradora denominada *multiplismo* ya que se utilizan diversos enfoques teóricos, se prueban múltiples modelos causales multivariados, se tienen en cuenta las valoraciones de las distintas audiencias, se establecen objetivos múltiples, se aplican diferentes métodos de evaluación (técnicas de corte cuantitativo y cualitativo), y se realizan múltiples análisis de datos para el contraste de hipótesis.

Cuadro 11.3. Tipos de evaluación en las diversas fases del ciclo

Fase		Evaluación	Juicio
Identificación del problema y de las necesidades	→	Evaluación del contexto y de las necesidades	→ Pertinencia
Formulación del programa	→	Evaluación del diseño	→ Suficiencia y adecuación
Implementación del programa	→	Evaluación del proceso	→ Progreso y cobertura
Resultados del programa	→	Evaluación de resultados y de impacto	→ Eficacia Efectividad Eficiencia

Fuente: Adaptado de Gambara y Vargas (2007).

A la hora de describir los distintos tipos de evaluación aplicados al programa iremos siguiendo las siete fases descritas en el apartado anterior. Una descripción más detallada de un programa de características muy similares puede verse en Ubillos (2007) o Ubillos, Moreno, Arzelus y Goiburu (2005).

Fase 1. Identificación del problema y las necesidades

En primer lugar se realizó una evaluación de necesidades y de contexto tratando de identificar las características del problema y de la población. Este tipo de evaluación nos permitió valorar la pertinencia del programa.

Cuadro 11.4. Evaluación de necesidades y de contexto

Fuentes de Información: Archivos de datos, legislación vigente, informes, estudios y auto-informes (diagnóstico inicial).

Métodos: Estrategias cuantitativas y cualitativas.

Resultados: Los datos obtenidos por el I Plan Joven de la Comunidad Autónoma Vasca (Gobierno vasco, 2006) constataron un aumento progresivo del número de jóvenes que tienen sida, sufren alguna infección de transmisión sexual (ITS) o un embarazo no planificado (ENP) o se someten a un aborto (IVE) por no utilizar métodos preventivos. Según el Informe realizado por el Instituto de la Juventud en el año 2000 (Martín y Velarde, 2001), la edad media de la primera relación coital se situaba en los 17,4 años en los chicos y 18,4 en las chicas. El elevado número de personas (83%) que aseguró utilizar algún método preventivo, contrastó con los datos sobre enfermedades o embarazos no planificados. El Informe de la Juventud en España de 2004 (Comas, 2004) concluyó que las prácticas de riesgo se asociaban a la edad y a las primeras experiencias coitales. Los jóvenes que iniciaban su actividad sexual antes de los 14 años presentaban dos veces más incidencia de ITS que los que comenzaron con más de 17.

En el diagnóstico inicial realizado a través de auto-informes en los centros escolares de Guipúzcoa, donde se iba a aplicar el programa de educación sexual objetivo de este ejemplo, se encontró que el 24,5% de los estudiantes con edades comprendidas entre los 15 y 17 años reconocían haber mantenido relaciones sexuales coitales con una o con varias personas (18,5%: 4º de ESO) (65%: 2º de los ciclos de iniciación profesional, PCPIs). De estos, el 23% declaró tener conductas sexuales de riesgo, es decir que nunca usaba un método preventivo o sólo lo hacía a veces (17%: alumnos de 4º de ESO) (35,5%: estudiantes de 2º de PCPIs). Los porcentajes de personas que confesaron no usar el preservativo se situaron en el 4,8% entre el alumnado de 4º de ESO y el 14,2% en el de 2º de PCPIs. Estos datos corroboraron que el porcentaje de estudiantes que presentaba un perfil sexual de riesgo era muy superior en los cursos de iniciación profesional (Ubillos y cols., 2005).

Por otra parte, un análisis del contexto nos reveló que la postura de las principales instituciones internacionales, españolas y vascas (OMS, ONUSIDA, Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, Gobierno Vasco, Ayuntamientos y Centros Escolares de Guipúzcoa) eran muy proclives a fomentar la prevención de los riesgos sexuales entre los adolescentes y jóvenes.

PERTINENCIA DEL PROGRAMA

Por tanto, ante el incremento del número de ENPs, IVEs, ETS y VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes del País Vasco, los distintos estamentos y colectivos (Instituciones políticas, Expertos, Centros Escolares, Profesorado, Familias y Adolescentes) consideraron pertinente la aplicación de un programa de educación sexual dirigido a la prevención de los riesgos sexuales.

Fase 2. Planteamiento de objetivos y metas

Como hemos dicho anteriormente, una vez detectadas las necesidades de un determinado colectivo se hace necesario establecer prioridades entre ellas y operacionalizarlas en objetivos concretos. En concreto en el programa que aquí se presentan los objetivos eran:

Cuadro 11.5. Metas y objetivos del programa propuesto

Metas:

- 1) Incrementar la calidad de la vida sexual de los adolescentes guipuzcoanos.
- 2) Reducir las tasas o incidencia de ENPs, IVEs, ETS y VIH/SIDA entre los adolescentes guipuzcoanos (en este capítulo nos centraremos específicamente en este objetivo).

Objetivos generales:

- 1) Disminuir la realización de conductas sexuales de riesgo.
- 2) Incrementar la adopción de las conductas sexuales de prevención.

Objetivos específicos:

Para la formulación de estos objetivos fue necesario conocer previamente las posibles causas y soluciones del problema, las cuales se presentan en el siguiente apartado de pre-evaluación:

- 1) Proporcionar una adecuada y suficiente información sobre prevención sexual.
- 2) Evitar la diseminación de mitos, falacias y tabúes que favorecen la adopción de conductas de riesgo.
- 3) Maximizar la percepción de beneficios y minimizar los costes derivados de la utilización del preservativo.
- 4) Modificar actitudes para favorecer la adopción de medidas preventivas eficaces.
- 5) Incrementar los niveles de percepción de susceptibilidad hacia los riesgos sexuales.
- 6) Mejorar la percepción de control de las potenciales situaciones sexuales de riesgo.
- 7) Dotar a los jóvenes de habilidades de relación, comunicación, autoeficacia y asertividad para la realización de un sexo más seguro.
- 8) Fomentar una norma subjetiva favorable a la utilización de conductas sexuales seguras
- 9) Aumentar la intención de uso del preservativo en futuras relaciones sexuales.

Fase 3. La pre-evaluación

Formulados los objetivos a partir de las necesidades observadas, los expertos encargados de planificar el programa se plantearon cuál era la mejor forma de intervenir. Para ello se realizó un análisis tanto de las características específicas de la población objeto de nuestra intervención como del problema y, una búsqueda de posibles causas y soluciones recurriendo a la literatura psicosocial. En el Cuadro 11.6 se muestra una síntesis de las ideas principales halladas en la búsqueda bibliográfica realizada en distintas bases de datos.

Cuadro 11.6. Localización Causas del Problema: Modelos Teóricos

Perspectiva evolutiva	Teorías Psicosociales
<p>Permite conocer las características específicas de cada fase del desarrollo psico-sexual, lo que nos sirve para adecuar el diseño y los contenidos de los programas de educación afectivo-sexual a las características específicas del grupo al que va dirigido (Ubillos y Navarro, 2003).</p>	<p>Permiten conocer las causas y soluciones al problema. Estas teorías proponen la existencia de una serie de factores comunes que presumiblemente determinan las decisiones de las personas al adoptar conductas sexuales seguras o de riesgo (uso o no uso del preservativo).</p>

Pubertad y Adolescencia

<ul style="list-style-type: none"> • Fisiología y anatomía genital • Pubertad y figura corporal • Identidad sexual • Rol de género: doble estándar sexual y sexismo • Orientación del deseo • Sentimientos: deseo, atracción, enamoramiento, amor y apego • Relaciones interpersonales: familia, grupo de iguales, mejor amigo • Conductas sexuales: Autoerotismo, <i>Petting</i>, Primeras relaciones coitales • Respuesta sexual humana • Conductas sexuales de riesgo y de prevención • Riesgos Sexuales: ENP, IVE; ETS; VIH/SIDA • Métodos de prevención • Violencia y abuso sexual • Habilidades de relación y comunicación • Sexualidad y cultura
--

Teorías de cambio de actitudes y conductas

<p>De estas teorías se extraen una serie de premisas las cuales sugieren un número importante de estrategias de intervención para el cambio de conducta (Albarracín, McNatt, Klein, Ho, Mitchell y Kumkale, 2003):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) • Teoría de la Acción Planificada (Ajzen, 1985, 2002) • Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986, 1997) • Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984) <p>Existen otras teorías complementarias como son los modelos de etapas de cambio que señalan que para adoptar conductas saludables las personas se pueden encontrar en diferentes etapas, por lo que las intervenciones exitosas deberían centrarse en la fase particular de cambio que el individuo está experimentando y facilitarle su progresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992) • Modelo de la Reducción de Riesgo de SIDA (Catania, Kegels y Coates, 1990)

Teorías Psicosociales de Predicción del Cambio de Actitudes y Conductas Aplicados a la Prevención Sexual (Ubillos, 2007)

Premisas y Hallazgos más importantes: Modelos del Cambio de Actitudes y Conductas	
Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974; Janz y Becker, 1984)	
Información correcta (científica)	Su relación con el uso del preservativo es muy baja (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999); probablemente el conocimiento correcto tenga un efecto indirecto sobre la conducta, actuando como indicio (Catania y cols., 1989). La información correcta no se encuentra asociada con la información o creencias incorrectas, lo que probablemente implica que estos dos tipos de conocimientos corresponden a diferentes constructos. La mera transmisión de conocimientos correctos no logra reducir las creencias incorrectas (London y Robles, 2000).
Información incorrecta (mitos)	
Percepción de Gravedad	La gravedad percibida de sufrir un ENP o una ETS tiene baja capacidad para explicar y predecir la conducta preventiva. Existe una asociación ligeramente positiva entre el uso del preservativo y la preocupación o miedo ante la amenaza del SIDA (Sheeran Abraham y Orbell, 1999).
Percepción de Riesgo	Percibirse en riesgo de VIH/SIDA está débilmente relacionado con la adopción de conductas preventivas para el VIH/SIDA (Gerrard, Gibbons, y Bushman, 1996; Sheeran, Abraham y Orbell, 1999), parece que su correlación es más fuerte con las conductas de riesgo.
Percepción de costes y beneficios	La percepción de los costes derivados del uso del preservativo se correlaciona de forma negativa y débil con su utilización. La percepción de beneficios de los preservativos se asocia de forma ligeramente positiva con su uso (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).
Indicadores o Estímulos para la acción	Conocer a alguien con SIDA, haberse realizado el test de detección del VIH, y haber estado expuesto a las campañas sobre SIDA, se asocian débil pero positivamente con el uso del preservativo (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).
Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) y de la Acción Planificada (Ajzen, 1985, 2002)	
Intenciones	Las investigaciones apoyan la relación de las intenciones con las conductas asociadas a las ETS o al VIH, pero esta relación es más compleja que en conductas más controlables o que requieren una acción simple en un momento puntual (Rye, Fisher y Fisher, 2001).
Actitudes	Es un componente más importante que la norma (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).
Norma Subjetiva	Es un componente importante en el caso de los adolescentes (Albarracín, Gillette, Earl, Glasman, Durantini y Ho, 2005).
Percepción de Control	Algunos meta-análisis apoyan la superioridad de la acción planificada sobre la teoría de la acción razonada, al incluir la percepción de control, es decir la percepción de obstáculos internos y externos para realizar la conducta (Rye, Fisher y Fisher, 2001), mientras que otros sugieren que ambos modelos son equivalentes (Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile, 2001).
Autoeficacia	La autoeficacia para usar el preservativo está asociada con su uso (Dilorio, Dudley, Soet, Watkins, y Maibach, 2000). La confianza en la propia habilidad para usar preservativos es un predictor más importante de la conducta que una autoeficacia más general dirigida a prevenir el SIDA (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).
Habilidades conductuales (Bandura, 1986, 97)	Las habilidades conductuales son esenciales para regular el uso del preservativo (Albarracín y cols., 2005). El control percibido, la auto-eficacia y el déficit en habilidades conductuales para resolver problemas son variables predictivas importantes.
Experiencia anterior (Bentler y Speckart, 1979, 81)	La experiencia anterior actúa como predictor de la conducta (Albarracín y cols. 2001). Sheeran, Abraham y Orbell (1999) muestran que la utilización previa del preservativo mantiene una relación media positiva con el actual y futuro uso.

Premisas y Hallazgos más importantes: Modelos de Etapas de Cambio	
Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1992)	
<p>Cinco etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Precontemplación 2. Contemplación 3. Preparación 4. Acción 5. Mantenimiento 	<p>La influencia de las diferentes estrategias depende de la etapa de cambio en la que se encuentre la persona.</p> <p>Si las personas todavía no están utilizando el preservativo, la información y las actitudes tienen mayor influencia sobre la conducta que cuando la están llevando a cabo.</p> <p>Si las personas ya están usando el preservativo, las habilidades conductuales influyen en mayor medida en el comportamiento que cuando no lo están realizando (Albarracín y cols., 2005).</p>
Modelo de la Reducción de Riesgo de SIDA (Catania, Kegeles y Coates, 1990)	
<p>Tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deseo 2. Implicación 3. Realización 	<p>Aunque la comunicación sobre las ETS o el SIDA tiene una relación positiva pequeña con la conducta preventiva, el negociar concretamente la necesidad de utilizar el preservativo está asociado con su uso (Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).</p> <p>Estos resultados apoyan el punto de vista de que la planificación aumenta la probabilidad de uso del preservativo. Sin embargo, la conducta sexual de los adolescentes se suele dar de forma improvisada y con cierto estrés, por tanto, las medidas propuestas en los programas de prevención deberían ser realistas y adaptadas a esta población. No se debería incidir en un gran auto-control y planificación. De forma que ciertos comportamientos preparatorios, como por ejemplo llevar preservativos o tener acceso libre a las máquinas de venta de preservativos, son los que han mostrado una fuerte asociación con el uso de esta medida preventiva.</p>

Fuente: revisión de la literatura pertinente.

Fase 4. La formulación del programa

Después de dar los pasos anteriores los profesionales encargados de planificar el programa decidieron diseñar el programa que a continuación se resume.

Cuadro 11.7. Diseño del programa

El programa diseñado y aplicado por una Asociación de Profesionales del País Vasco (Asociación de Sexología Lahia-Nahia) que cuenta con una experiencia dilatada que comenzó en los inicios de la década de los 90. Las metas y objetivos han sido descritos en el Cuadro 11.5.

Contenidos: Todos los aspectos que se derivan de las características de la fase psico-sexual que están viviendo los estudiantes y de las teorías psicosociales del cambio de actitudes y conductas. Recordamos que estos aspectos han sido descritos en la fase anterior.

Estrategias metodológicas: En base a estudios previos así como a la experiencia del equipo de profesionales, se planteó inicialmente trabajar todos los aspectos mencionados con estrategias de corte pasivo (clases magistrales, debates, etc.) a fin de respetar la fase motivacional en la que se encuentran los grupos (las tres cuartas partes de los estudiantes declaró no tener experiencia sexual coital) (Prochaska y DiClemente, 1992), enfatizando en las sesiones finales del programa la participación de los estudiantes con dinámicas de grupo activas como son el entrenamiento de habilidades para utilizar las medidas preventivas de forma exitosa (p.e., modelaje y entrenamiento de la colocación del preservativo), así como habilidades para negociar el uso de esta medida preventiva en situaciones vulnerables (p.e., cuando sus parejas se niegan a usar preservativos o cuando se ha consumido alcohol o drogas). Los estudios indican que estos mensajes persuasivos inducían cambios conductuales de mayor tamaño que los mensajes que no incluyen formación relacionada con las habilidades (Albarracín y cols., 2003). Junto a este tipo de estrategias se planteó distribuir preservativos de forma gratuita a todos los alumnos que participaran en el programa y dar a conocer los servicios y recursos sanitarios de la zona.

Dirigido a: Estudiantes de todo el ciclo de secundaria, Profesorado y Familias. (En este ejemplo vamos a hacer referencia exclusivamente al programa impartido en 4º de ESO y 2º de ciclos de iniciación profesional).

Duración: Tanto en el caso del alumnado como del profesorado y familias se plantearon 6 horas distribuidas en 3 sesiones de 2 horas cada una para la intervención y una hora para administrar los instrumentos para la evaluación. El programa del alumnado y del profesorado se propuso llevarlo a cabo dentro del horario lectivo. En el caso de los estudiantes se respetó la configuración de los grupos escolares.

Cobertura: Todos los centros escolares de Guipúzcoa que solicitasen el programa y disponían de recursos económicos bien propios o se subvencionasen a través instituciones políticas locales o regionales o de la Asociaciones de Madres y Padres.

Recursos Humanos: Un equipo formado por 4 profesionales licenciadas en Psicología, especializadas en Educación Sexual, Sexología e Igualdad de género.

Recursos Materiales: medio de transporte para todos los profesionales de la Asociación encargados de coordinar y aplicar el programa, video-proyector, ordenadores, muestras de métodos preventivos, modelos de pene artificial de enseñanza para practicar el uso del preservativo, preservativos, cuestionarios, diversos materiales fungibles, etc.

Una vez formulado el programa se procedió a una evaluación del diseño. Esta evaluación trata de determinar la suficiencia (si, teóricamente, los medios puestos en juego son potencialmente adecuados para los fines que se quieren conseguir) y adecuación (si la estrategia de intervención es la más apropiada para solucionar el problema) del programa.

Cuadro 11.8. Evaluación del Diseño

Fuentes de Información:

Prueba piloto, consultas a expertos, revisiones bibliográficas, entrevistas con los representantes de los centros escolares y con los profesionales encargados de diseñar el programa.

Métodos:

Estrategias cuantitativas y cualitativas.

Resultados:

- 1) La experiencia en intervenciones previas del equipo y la realización de una prueba piloto avaló la viabilidad del proyecto. En términos generales, el diseño de la intervención, junto a los recursos materiales, técnicos y humanos con los que contaba el equipo de profesionales, eran adecuados para la aplicación de los programas en el contexto escolar. Aún con todo se detectó que el tiempo que se disponía para el programa era escaso para abordar todos los objetivos fijados, pero limitaciones estructurales y económicas imposibilitaban la ampliación del programa.
- 2) Las entrevistas con los representantes de los centros escolares (orientador/a, jefe de estudios o director) y de las AMPAs permitió que la evaluadora y una representante del equipo de profesionales presentase el programa de educación sexual en cada uno de los colegios. Posteriormente estos representantes dieron a conocer la propuesta al profesorado y alumnado en los claustros, y, a los padres y madres en las reuniones generales de familias a fin de que todos los colectivos implicados diesen su aprobación y aportasen sugerencias.
- 3) Las entrevistas de la evaluadora con los profesionales de la Asociación y la consulta con expertos determinaron que desde un punto de vista teórico los contenidos seleccionados, las estrategias metodológicas diseñadas y las actividades programadas hacían factible la obtención de los resultados previstos.
- 4) Las revisiones bibliográficas en distintas bases de datos (MEDLINE, ADOLEC, PSYC-INFO, etc.) proporcionaron instrumentos e indicadores que ayudaron a determinar la operatividad de todos los objetivos fijados.
- 5) El análisis del contexto social y político, así como el de los recursos disponibles, aportaron información sobre los obstáculos y resistencias para llevar a cabo el plan de evaluación. En el ámbito español se "observan intentos para hacer de la evaluación algo aceptado e institucionalizado", pero aún no hemos alcanzado el punto en el que la cultura evaluadora sea lo que caracterice la actual situación española. Como consecuencia de esto se previó dificultades para evaluar el objetivo general y la meta:
 - a. La realidad imponía que la evaluación se limitase a la aplicación de un pre-test (antes del programa) y un post-test (después de programa) lo que dificultaba la obtención de datos para analizar los posibles cambios en las conductas sexuales de los adolescentes. Teniendo en cuenta el número de personas que declaró en el diagnóstico inicial mantener relaciones coitales, la frecuencia esporádica de ese tipo de relaciones y que el espacio de tiempo entre ambas mediciones era de aproximadamente una semana los datos disponibles no iban a hacer viable el análisis de los cambios conductuales.

b. Por otra parte, los problemas de coordinación entre instituciones y la falta de recursos económicos y humanos dificultaban enormemente la posibilidad de comprobar si el programa influía en la prevalencia e incidencia de ENPs, IVEs y ETS entre los estudiantes de Guipúzcoa. La medición de este objetivo requería el diseño de una evaluación más compleja para este fin.

6) Los contactos con los centros escolares permitió considerar que el programa podía alcanzar aproximadamente a una tercera parte de los colegios de Guipúzcoa, ya que hay centros que no disponían de recursos económicos, que estaban en lista de espera para recibir alguna subvención, que trabajaban con otros equipos de profesionales o que no solicitaban este tipo de programas.

SUFICIENCIA Y ADECUACIÓN

La evaluación aplicada concluyó que el programa tal y como estaba configurado, junto a los recursos humanos, técnicos y materiales disponibles, era suficiente y adecuado para lograr los objetivos concretos propuestos, aunque cuestionaba la viabilidad de los objetivos generales y de la meta.

Fase 5. La implementación del programa

En la fase de implantación del programa la evaluación trata de determinar si el programa se va desarrollando según lo previsto. Ello va a permitir a) mejorar o modificar, sobre la marcha, algunos aspectos de la implementación del programa y b) establecer hasta qué punto los diferentes elementos del programa se están dispensando adecuadamente. La evaluación de la implementación o puesta en marcha del programa denominada evaluación de proceso se llevó a cabo de la manera descrita en el Cuadro 11.9.

Cuadro 11.9. Evaluación de la implementación del programa
(evaluación de proceso)

Estudio cualitativo

Fuentes de Información:

Entrevistas en profundidad al responsable y a los profesionales del equipo encargados de diseñar e implementar el programa, y al representante del programa en cada uno de los centros escolares que en la mayoría de los casos es el orientador o el jefe de estudios. Todas las frases que se han incluido a modo de ejemplo de la evaluación de proceso han sido extraídas de los informes redactados por los orientadores o jefes de estudios de los distintos centros escolares donde se aplicó el programa, después de haber sido entrevistados por la persona encargada de la evaluación.

Método:

Procedimiento cualitativo.

Resultados:

1) La organización y planificación del programa en los distintos centros escolares fue adecuada:

"La planificación del curso es la adecuada, adaptándose a nuestras necesidades en cuanto a fechas y horario para impartir el curso".

- 2) La intervención se llevó a cabo como se había planificado. En prácticamente todos los centros la intervención con sus distintas actividades se aplicó como se había previsto. Además, la estructura y flexibilidad del equipo permitió que las pequeñas modificaciones que hubo que hacer en su aplicación para adaptarse a los imprevistos pudieran ser realizadas sin problemas:

"Cuando llegaron las fechas no hizo falta cambiar nada y el programa se llevó a cabo sin variación alguna".

- 3) Se cubrió a la población prevista. Como el programa se realizaba dentro del horario escolar se consiguió cubrir prácticamente a toda la población de alumnos-as y profesores-as de los centros escolares donde se había concertado el programa. Sin embargo, en el caso de las familias existieron problemas de asistencia a las sesiones de formación, especialmente en algunos colegios como es el caso de los centros de iniciación profesional

- 4) La satisfacción de los participantes fue en la mayor parte de los casos muy alta:

"Los alumnos y alumnas valoran el programa como uno de los mejores temas tratados a lo largo del curso, mostrándose atentos, interesados y el índice de participación ha sido elevado, pidiendo su continuidad para el próximo curso y añadiendo más sesiones al programa".

- 5) Los recursos fueron suficientes y adecuados. El equipo contó con los recursos humanos, técnicos y materiales para poder llevar a cabo los programas según lo planteado previamente.

- 6) Las relaciones entre las personas del equipo fueron adecuadas y satisfactorias, de forma que los problemas que se dieron a lo largo de la aplicación del programa se pudieron resolver sin dificultades y no interfirieron en el desarrollo del trabajo. Asimismo, las relaciones entre los profesionales y los participantes fueron muy apropiadas. En general, el equipo de profesionales entabló unas relaciones muy positivas con los distintos colectivos que participaron en el programa:

"Las relaciones del equipo con los profesores que han tenido reuniones de formación o seguimiento han sido excelentes, ya que desde el principio y pese al poco tiempo que a veces se dispone para trabajar estos temas tan intrincados, nuestros encuentros han sido colaborativos, y las educadoras siempre fueron comprensivas con las dificultades que el tema sexual mueve a determinados tutores, y en este sentido respetuosas del quehacer de las personas implicadas".

Estudio cuantitativo

Fuentes de Información:

2.111 alumnos-as de 4º de ESO y 2º de PCPI, 545 padres y madres y 198 profesores-as.

Método:

Procedimiento cuantitativo.

Instrumentos de medida:

Auto-informes específicos para cada colectivo sobre distintos aspectos estructurales del programa.

Análisis estadísticos:

Descriptivos de tendencia central (media) y de dispersión (desviación típica). ANOVA (Análisis de la Varianza) para comprobar si había diferencias en las puntuaciones medias que habían otorgado ambos sexos a las diferentes variables del programa.

Resultados:

En general, podemos afirmar que los-as alumnos-as valoraron de forma muy positiva el programa de educación sexual. Es decir manifestaron que se sintieron muy satisfechos y

consideraron que haber recibido el programa "les había servido mucho para su vida". Además la actitud mostrada fue receptiva y participativa, reflejo de su alto interés por los temas abordados. Realizaron una valoración muy favorable tanto de los contenidos proporcionados como de la metodología utilizada durante las sesiones de trabajo. En lo que respecta a la duración de los programas (1=totalmente corta a 7=totalmente larga), la mayoría de los-as jóvenes opinó que le había parecido muy corto o corto. Asimismo, la valoración que los-as jóvenes realizaron sobre la actuación de las profesionales fue muy óptima. Desde el punto de vista de los-as jóvenes, los programas consiguieron mejorar sus conocimientos, actitudes y conductas sexuales.

Al analizar los datos en función del sexo, encontramos que las chicas, en comparación con los chicos, hicieron una valoración más positiva de prácticamente todos los aspectos del programa que habían sido evaluados.

Tanto el profesorado como las familias valoraron los programas de formación en educación sexual que habían realizado entre positivos y muy positivos, considerando que su realización había sido útil o muy útil. Además estas intervenciones les habían suscitado interés o mucho interés. La metodología aplicada para transmitir la información la evaluaron entre adecuada y muy adecuada. La calificación que otorgaron a la profesional encargada de estas formaciones se situó entre notable y sobresaliente. La duración de los programas (1=totalmente corta a 7=totalmente larga) les resultó entre corta y suficiente.

PROGRESO Y COBERTURA

Los procedimientos de evaluación cualitativos indicaron que el programa se llevó a cabo en los distintos centros escolares prácticamente como se había planificado, haciendo los cambios oportunos que se requirieron ante ciertos imprevistos de poca importancia (ej. cambios de fechas u horarios). Además el programa que estaba previsto que tuviera una cobertura parcial, se impartió en todos los centros escolares que lo requirieron. De forma que todo el alumnado y profesorado se benefició de las formaciones en educación sexual, excepto en el caso de las familias cuya asistencia en algunos centros fue muy escasa.

La evaluación cuantitativa reflejó que tanto el alumnado como el profesorado y las familias hicieron una valoración muy positiva de las intervenciones, así como de cada uno de sus aspectos estructurales. Sin embargo, aún siendo las evaluaciones muy óptimas, las chicas valoraron el programa de forma más positiva que los chicos.







Fase 6. La evaluación de resultados

Esta fase ha sido considerada tradicionalmente la más importante, ya que en ella se comprueba si las acciones emprendidas en el programa han conseguido los objetivos previstos. En esta fase es importante diferenciar entre: a) eficacia (es decir, si el programa produce el efecto para el que fue diseñado); b) efectividad (es decir, si el programa produce tanto efectos positivos como negativos no esperados) y c) eficiencia (la relación existente en los resultados obtenidos y los recursos empleados)

La metodología más utilizada en las evaluaciones de resultado es de carácter cuantitativo, con el fin de establecer resultados conseguidos y los estándares de ejecución iniciales.

- 1) Eficacia: sin rechazar la posibilidad de emplear otro tipo de métodos, se defiende el uso de la metodología experimental y cuasi-experimental, en cuyo caso, el tipo de diseño debe ser contemplado y aceptado desde la fase de planificación. El análisis de la eficacia exige que los objetivos de resultado hayan sido formulados previamente de manera operativa y cuantificable; en caso contrario habría que establecer nuevos indicadores que permitieran contrastar con otros datos estadísticos disponibles, o habría que acudir a datos de corte cualitativo.
- 2) El análisis de la efectividad emplea una metodología combinada, incluyendo la participación de expertos y de representantes de los grupos de interés, con el fin de maximizar la probabilidad de encontrar los efectos no esperados.
- 3) El análisis de la eficiencia, o relación coste-beneficio, requiere sopesar los recursos materiales, económicos y humanos invertidos, con respecto a la cuantía o relevancia de los resultados del programa. Muchos factores son relevantes en esta comparación, como los de índole psicológica y social.

Cuadro 11.10. Evaluación de resultados del programa de Educación Sexual impartido en centros guipuzcoanos

Fuente de Información: Alumnado de 4º de ESO y 2º de PCPI (N=529).			
Método: Estrategia cuantitativa			
Años escolares: 2003-04, 2004-05 y 2005-06			
Instrumentos de medida: Diferentes escalas que nos han permitido medir los cambios propiciados por el programa en las distintas variables dependientes, es decir en los aspectos abordados en la intervención: conducta sexual y preventiva, conocimientos, actitud hacia las conductas sexuales (autoerotismo y primeras relaciones sexuales coitales), percepción de riesgo de VIH, percepción de costes y beneficios derivados del uso del preservativo, actitudes hacia los preservativos, percepción de riesgo de Sida, norma subjetiva, percepción de control y autoeficacia e intención de uso del preservativo.			
Diseño de evaluación: Cuasi-experimental de grupos no equivalentes (para más información ver Campbell y Stanley 1995):			
Condición experimental N=310	Pre-test	Programa	Post-test
			
Condición control (lista de espera) N=219	Pre-test	Programa	Post-test
			

Este tipo de diseño implica que en cada centro escolar se asignó de forma aleatoria a la mitad de los grupos de 4º de ESO o 2º de PCPI a la condición experimental, y a la otra mitad a la condición control en lista de espera. Los grupos experimentales fueron formados por estudiantes que respondieron al pre-test, participaron en el programa, y respondieron al post-test (el tiempo destinado a todo el proceso fue aproximadamente de una semana). Los participantes en la condición control contestaron al pre-test, a la semana al post-test, y posteriormente participaron en el programa. Por ello se le denomina grupo control en lista de espera. Para evaluar la eficacia del programa se compararon los resultados obtenidos por los estudiantes en todos los grupos y en ambas condiciones antes y después de la intervención.

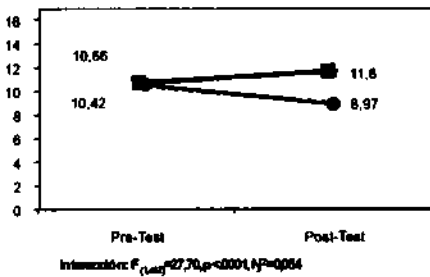
Análisis estadísticos: MANOVA (Análisis Múltiple de la Varianza) se utiliza en evaluación de programas cuando hemos realizado mediciones de las variables en diferentes momentos (Análisis de medidas repetidas). Sirve para comparar la eficacia de la variable independiente (distintos programas) sobre cada una de las variables dependientes (ej.: conocimientos, actitudes, percepción de riesgo, etc.) en diferentes momentos. Este análisis también examina el valor de la F y la cifra estadística llamada Prueba de Significación o p en tres tipos de efectos:

Resultados cuantitativos:

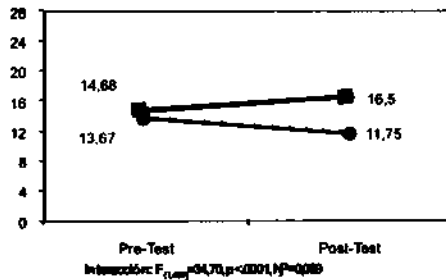
G. Experimental

G. Control

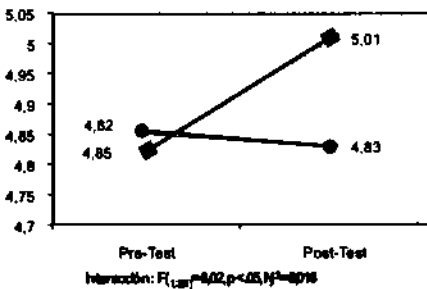
Conocimientos Correctos



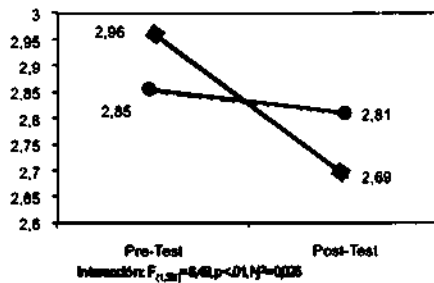
Conocimientos Incorrectos

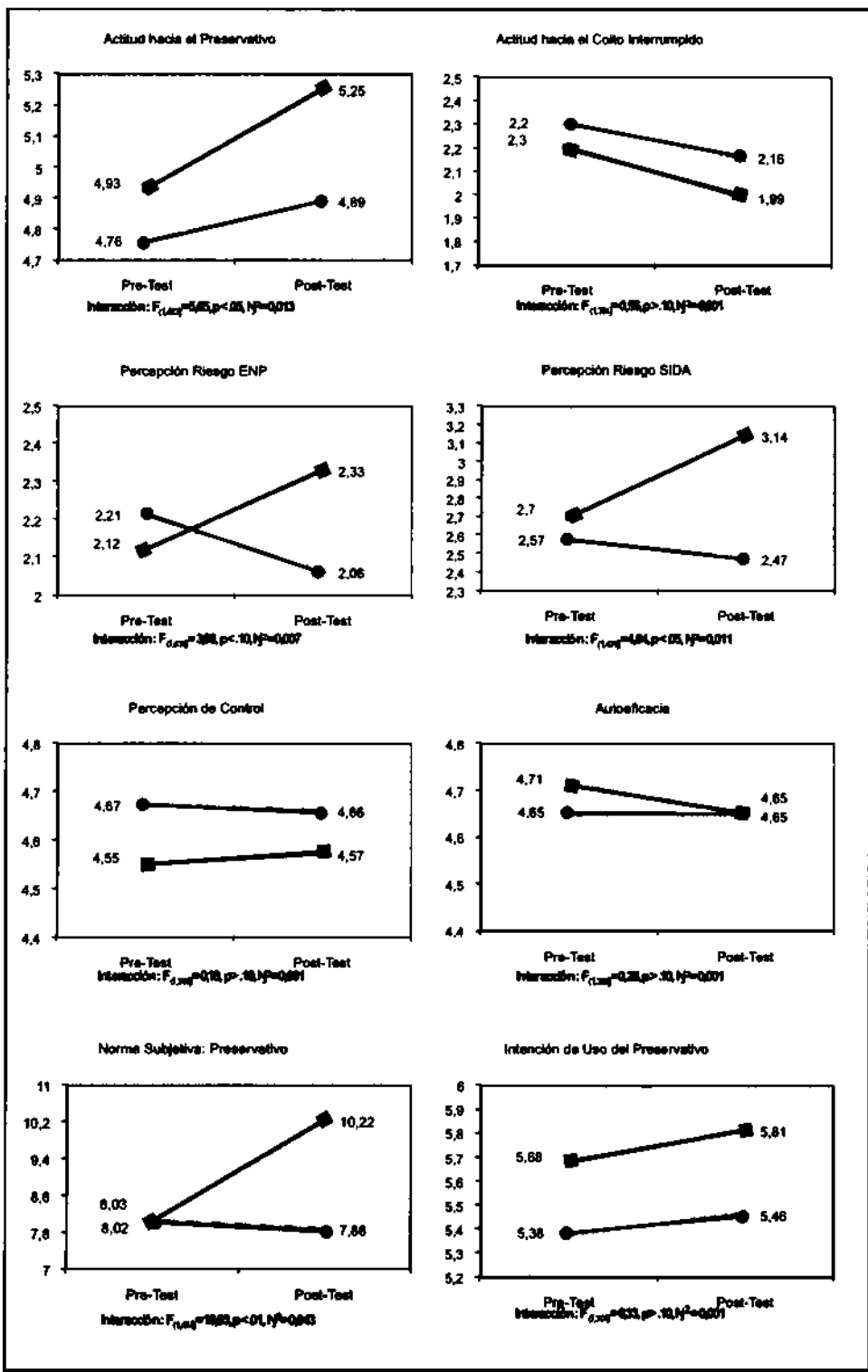


Percepción de Beneficios



Percepción de Costas





Cuadro 11.11. Interpretación de los resultados

En base a los resultados obtenidos con la evaluación cuantitativa del programa de educación sexual, podemos extraer las siguientes conclusiones sobre su eficacia.

1. El programa de educación sexual aumentó la información de los participantes sobre cómo usar un preservativo, la ineficacia del coito interrumpido y la transmisión sexual del VIH. A corto plazo de haber finalizado el programa los participantes estaban mejor informados sobre aspectos básicos de la prevención.
2. La intervención disminuyó las falsas creencias respecto a la sexualidad y la prevención. A corto plazo, los estudiantes reconocían mejor las falsas creencias. Es importante modificar las falsas creencias a fin de aumentar la habilidad para asimilar y entender el uso de la información técnica respecto a los mitos de la transmisión y también para estimar correctamente el propio riesgo.
3. En general los participantes compartían una visión muy positiva hacia el uso de los preservativos. Percibían más beneficios que costes derivados de su uso. A pesar de ello, el programa tuvo un efecto positivo en las creencias y actitudes respecto al uso de esta medida preventiva. La intervención maximizó la percepción de los beneficios y minimizó la percepción de los costes relacionados con su uso, al mismo tiempo que incrementó la actitud positiva hacia los preservativos.
4. Los resultados también sugirieron que el programa había producido a corto plazo, un aumento significativo en la percepción de vulnerabilidad hacia la transmisión sexual del VIH y un incremento tendencial en la percepción de riesgo de un ENP. Se percibían más vulnerables hacia el SIDA si no utilizaban un método preventivo. Además, ellos creían que había menos probabilidad de transmisión de SIDA si ellos utilizaban un método preventivo. Estos resultados confirmaron la percepción de eficacia que ellos tenían de los preservativos.
5. La intervención logró mejorar la norma subjetiva hacia el uso del preservativo, percibiendo que el grupo de pares tenía una opinión más favorable hacia esta medida preventiva.
6. Por último, el programa no logró cambios en variables importantes como son la actitud hacia el uso del coito interrumpido, la percepción de control de potenciales situaciones sexuales de riesgo, sus habilidades para negociar la adopción de conductas preventivas y la intención de uso del preservativo.

EFICACIA

Por tanto, los resultados confirmaron la eficacia de este tipo de intervenciones cortas sobre las variables de conocimientos, creencias, actitudes, normas y percepción de riesgo. Sin embargo, son limitadas para mejorar aspectos muy relevantes que están asociados con las conductas de riesgo como son la percepción de control, la autoeficacia, las habilidades de negociación o la intención de uso del preservativo. Además, atendiendo a los tamaños del efecto se constató que la magnitud de los cambios era más bien modesta (N^2 = valores menores de 0,070).

Fase 7. Toma de decisiones sobre el programa

Los resultados obtenidos de los diferentes tipos de evaluación se utilizaron para plantear una serie de mejoras en la intervención que fueron aplicadas y evaluadas en años consecutivos.

Cuadro 11.12. Interpretación de los resultados

De los resultados obtenidos de la evaluación de proceso se adoptaron las siguientes decisiones:

1. A pesar de que el programa inicialmente estaba previsto que tuviera una cobertura parcial, impartándose en todos los colegios e institutos que lo solicitaron, se acordó extender la oferta a más centros escolares. De forma que en los años siguientes se produjo un incremento de las solicitudes del 25%.
2. A fin de mejorar la asistencia de las familias a las sesiones de formación en varios centros se acordó convocarles en el curso escolar siguiente el mismo día que se hacían las reuniones trimestrales, lo que llevó a que el número de padres y madres que asistió en los cursos posteriores aumentase de forma significativa.
3. Se modificaron ciertos aspectos del programa para que ambos sexos se beneficiaran en la misma medida de la formación. Una vez efectuados estos cambios la evaluación realizada en el curso siguiente (2005-06) confirmó que las valoraciones de chicos y chicas no diferían, habiendo aumentado de forma significativa las puntuaciones medias de los varones.

Los resultados y conclusiones obtenidas de la evaluación de resultados nos llevaron a:

1. Proponer un aumento en el número de horas dedicadas al programa, pasando de emplear 6 horas a 8 u 10 horas con el fin de diseñar sesiones de formación específicas para abordar la actitud hacia el coito interrumpido, así como la percepción de control y las habilidades de negociación y comunicación en las potenciales situaciones sexuales de riesgo.
2. También se modificó la escala de intención de uso del preservativo ya que sólo estaba compuesta por un ítem general, lo que producía un efecto techo, es decir los jóvenes manifestaban tener una intención homogéneamente alta de usar el preservativo. Por ello, se diseñó una escala compuesta por 8 ítems, en las que se preguntaba por la intención de usar el preservativo en distintas situaciones.

Las evaluaciones efectuadas en años consecutivos a estos programas de mayor duración indicaron que además de obtener cambios en la percepción de control, en la autoeficacia y en la intención de uso del preservativo, la magnitud de los cambios en todas las variables aumentaba de forma significativa.

Resumen

Actualmente la evaluación de programas se ha convertido en un imperativo para conocer si los recursos que se destinan a la aplicación de intervenciones sociales resuelven los problemas para las que fueron diseñadas. Si bien, un programa debe cumplir dos requisitos para que pueda ser evaluado: su previa planificación y su aplicación coordinada y rigurosa. La evaluación de programas nos permite obtener información suficiente, relevante, válida y fiable para emitir juicios sobre los distintos elementos de una intervención. Por tanto sus propósitos son: 1) comprobar en qué medida los objetivos han sido alcanzados a fin de tomar decisiones sobre el programa; 2) mejorar y perfeccionar los diferentes aspectos de la intervención, de la organización y del equipo y 3) estudiar en profundidad los fenómenos que son objeto de la intervención. Como en la evaluación de programas están implicados diversos grupos sociales (legisladores, políticos, profesionales, usuarios...), los evaluadores deben actuar como mediadores, tratando de conciliar los intereses de las diferentes audiencias, siendo esto especialmente importante en el campo de la Psicología Comunitaria. Existen numerosas clasificaciones de los diferentes tipos de evaluación, en este capítulo se hace mención específica a dos de ellas: en función de *cuándo* se realiza la evaluación (antes, durante y después de la puesta en marcha del programa) y en función de desde *dónde* se realiza la evaluación (interna, externa y mixta). La evaluación de programas hay que entenderla como una etapa más del proceso de intervención social. Fernández-Ballesteros propone un ciclo de intervención social compuesto por siete fases: 1) identificación del problema y/o necesidades (evaluación de necesidades y del contexto); 2) planteamiento de objetivos y metas; 3) pre-evaluación; 4) diseño y configuración del programa (evaluación del diseño); 5) implantación del programa (evaluación de proceso); 6) evaluación del programa propiamente dicha (evaluación de resultados y de impacto) y 7) toma de decisiones sobre el programa. En este capítulo, se presenta un ejemplo de los distintos tipos de evaluación aplicados a un programa comunitario de educación sexual siguiendo cada una de estas siete fases del ciclo de intervención social.

Lecturas recomendadas

Anguera, M.T., Chacon, S. y Blanco, A. (coords.) (2008). *Evaluación de Programas Sociales y Sanitarios*. Madrid: Síntesis.

Es uno de los manuales más recientes y novedosos sobre evaluación de programas sociales y sanitarios. Este libro trata de dar respuesta a uno de los problemas más acuciantes que existen actualmente en el ámbito comunitario: la imposibilidad de aplicar los diseños experimentales para evaluar intervenciones de muy diversa índole. Por ello, los autores dedican varios capítulos a presentar propuestas o diseños evaluativos que resultan más factibles de aplicar en función de los distintos tipos de intervención.

Fetterman, D.M. y Wandersman, A. (2005). *Empowerment evaluation. Principles in Practice*. Nueva York: Guilford Press.

Este libro es un buen complemento de este capítulo ya que plantea uno de los enfoques de evaluación más actuales y pertinentes en el ámbito de la Psicología Comunitaria.

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas, una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.

Este libro constituye uno de los mejores manuales clásicos de la evaluación de programas. En él la autora propone el denominado ciclo de intervención social que se inicia con la identificación de un problema, continúa con el diseño de un programa, prosigue con su implementación y se retroalimenta con su evaluación. Su lectura es esencial para entender mejor el planteamiento del presente capítulo.

Gambara, H. y Vargas, E. (2007). Evaluación de programas de intervención psicosocial. En A. Blanco y Rodríguez, J. (coord.), *Intervención Psicosocial* (pp.405-456). Madrid: Pearson. Prentice Hall.

En este capítulo las autoras explican de una forma sencilla los fundamentos teóricos y metodológicos básicos de la evaluación de programas comunitarios. Además aporta una serie de herramientas muy útiles que se pueden aplicar en los diferentes tipos de evaluación.

Rossi, P.H., Lipsey, M.W. y Freeman, H.E. (2004). *Evaluation. A systematic approach* (seventh edition). Londres: Sage.

Un magnífico libro que nos permite profundizar de una manera práctica y amena en el diseño y evaluación de programas. Aporta numerosos ejemplos sobre los diferentes tipos de evaluación.

Páginas Web de interés

<http://gsociology.icaap.org/methods/>

Es una página web en inglés donde podrá encontrar todo tipo de recursos para la evaluación de programas y métodos de investigación social.

<http://www.springerlink.com/content/0091-0562/?k=evaluation>

Es la página web de la "American Journal of Community" de la división de evaluación de la American Psychological Association. Si en el buscador de la propia revista introduce el término de evaluation, podrá acceder a multitud de artículos que versan sobre la evaluación de programas comunitarios.

<http://www.sociedadevaluacion.org/website/index.php?q=links/weblink/21>

Esta página web pertenece a la Sociedad Española de Evaluación donde podrá encontrar abundantes recursos para la evaluación de intervenciones sociales.

<http://www.uv.es/RELIEVE/>

Esta página pertenece la Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa. En ella podrá hallar algunos artículos dedicados a la evaluación de programas educativos de carácter comunitario.

Referencias bibliográficas

- Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In J. Kuhl y J. Beckman (eds.), *Action control from cognition to behaviour* (pp. 11–39). Nueva York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665–683.
- Ajzen, I., y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albarracín, D., Gillette, J.C., Earl, A.N., Glasman, L.R., Durantini, M.R. y Ho, M.H. (2005). A test of major assumptions about behaviour change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological bulletin*, 131, 6, 856-897.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M., y Muellerleile, P. (2001). Reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142–161.
- Albarracín, D., McNatt, P.S., Klein, C.t.F. Ho, R.M., Mitchell, A.L. y Kumkale, G.T. (2003). Persuasive communications to change actions: An analysis of behavioral and cognitive impact in HIV prevention. *Health Psychology*, 22, 2, 166-177.
- Anguera, M.T., Chacon, S. y Blanco, A. (coords.) (2008). *Evaluación de Programas Sociales y Sanitarios*. Madrid: Síntesis.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monograph*, 2, 324–473.
- Bentler, P.M. y Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- Bentler, P.M. and Speckart, G. (1981). Attitude "cause" behaviors: a structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1995). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires, Amorrurtu (edición original de 1966).

- Catania, J. A., Kegeles, S. M., y Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS Risk Reduction Model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Catania, J. A., Coates, T. J., Greenblatt, R. M., Dolcini, M. M., Kegeles, S. M., Puckett, S., Corman, M., y Miller, J. (1989). Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually active adolescent women: Implications for AIDS related health interventions. *Journal of Sex Research*, 26, 514-524.
- Chelimsky, E. y Shadish (1997). *Evaluation for the 21st century: A handbook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2010). *Barómetro de Junio. Estudio nº 2.838*. [Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es2838mar_A.pdf].
- Comás, D. (2004). Las experiencias de la vida: aprendizaje y riesgos. En Instituto de la Juventud (ed.), *Informe de la Juventud en España 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud. Disponible en: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/>.
- Cook, T.D. (1985). Postpositivism Critical Multiplims. En L. Shotland y M.M. Marck (eds.), *Social Science and Social Policy*. Beverly Hills: Sage
- Cook, T.D.; Leviton, L.C. y Shadish, W.R. (1985). Program Evaluation. En G. Lindzey y E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology*. Nueva York: Random House.
- Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J., Watkins, J., y Maibach, E. (2000). A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nursing Research*, 49, 208-214.
- Fernández-Ballesteros, R. (1987). Ciencia, ideología y política en evaluación de programas. *Revista de Psicología Social*, 2, pp. 159-181.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996a). Cuestiones conceptuales básicas en evaluación de programas. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas, una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 21-47). Madrid, Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996b). El ciclo de intervención social y evaluación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Evaluación de programas, una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud* (pp. 50-74). Madrid: Síntesis.
- Fernández del Valle, J. (1996). Roles y estrategias en evaluación de programas. *Intervención psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 5 (14), 9-22.
- Fetterman, D.M. (1994). Empowerment evaluation. *Evaluation Practice*, 15, 1-15.
- Fishbein, M, y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Gambara, H. y Vargas, E. (2007). Evaluación de programas de intervención psicosocial. En A. Blanco y Rodríguez, J. (coord.), *Intervención Psicosocial* (pp. 405-456). Madrid: Pearson. Prentice Hall.
- Gerrard, M., Gibbons, F. X., y Bushman, B. J. (1996). Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 119, 390-409.
- Gobierno Vasco. Departamento de Cultura (2006). *Evaluación final del I Plan Joven de Euskadi (1999-2001)*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. [Disponible en http://www.gazteaukera.euskadi.net/r58-7657/es/contenidos/informacion/4155/es_5560/adjuntos/1.%20Gazte%20Planaren%20ebaluazioa/C_Eval_Plan_Joven.pdf]
- Janz, N. K., y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- London, A.S. y Robles, A. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of childbearing age in El Salvador. *Social Science and Medicine*, 51, 1267-1278.
- Martín, M. y Velarde, O. (2001). *Informe Juventud en España 2000*. [Disponible en: <http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.item.action?id=605169259&menuId=1627100828>].
- Ministerio de Igualdad del Gobierno de España (2007). *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011)*. [Disponible en: <http://www.migualdad.es/ss/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadervalue1=inline&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1244651906235&ssbinary=true>]
- Moroney, R.M. (1977). Needs Assesment for Human Services. En W. F. Anderson; B.J. Frieden y M.J. Murphy (eds.), *Managing Human Services*. Washington D.C.: International City Management Association.
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification*. Sycamore, IL: Sycamore.
- Reboloso, E. y Morales, J.F. (1996). Evaluación de Programas y Psicología Social. En J.L. Alvaro, A. Garrido y J.R. Torregrosa (Coords.), *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.
- Reboloso, E. Fernández-Ramírez, B. y Cantón, P. (2008). *Evaluación de Programas de Intervención Social*. Madrid: Síntesis.
- Rye, B.J., Fisher, W.A., y Fisher, J.D. (2001). The Theory of Planned Behavior and safer sex behavior of gay men. *AIDS and Behavior*, 5, 4, 307-317.

- Scriven, M. (1967). *The methodology of evaluation*. En R.E. Stake y cols. (eds.), *Perspective in curriculum evaluation*. AERA Monograph Series on Curriculum Evaluation, 1. Chicago: Rand MacNally.
- Sheeran, P., Abraham, Ch. y Orbell, Sh. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125, 1, 90-132.
- Smith, M (1998). Empowerment evaluation: Theoretical and methodological considerations. *Evaluation and Program Planning*, 21, 255-261.
- Stufflebeam, D.L. y Shinkfield, A.J. (1987). *Evaluación sistemática, guía teórica y práctica*. Madrid: MEC/Paidós.
- Ubillos, S. (2007). Intervención psicosocial frente al VIH. En A. Blanco y J. Rodríguez Marín (coords.), *Intervención Psicosocial* (pp. 103-134). Madrid: Pearson Educación.
- Ubillos, S., Moreno, E., Arzelus, E. y Goiburu, E. (2005). Eficacia de los programas de prevención del SIDA en adolescentes. En R. García Mira, A. Fernández González, M.D. Losada Otero y Goluboff Scheps (comps.), *Psicología Social y Problemas Sociales. Psicología Ambiental, Comunitaria y de la Educación* (Vol. 5) (pp. 181-190). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ubillos, S. y Navarro, E. (2003). Adolescencia y Educación sexual. En D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos y E. Zubieta (coords.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 225-259). Madrid: Pearson.
- UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009). *Acción Humanitaria de UNICEF. Informe 2009. Resumen*. [Disponible en http://www.unicef.org/spanish/har09/files/SP_UNICEF_HAR_Summary_2009_Final.pdf]
- Vedung, E. (1997). *Evaluación de Políticas Públicas y Programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO).
- Weiss, C.H. (1984). Toward the future of stakeholders approaches in evaluations. En R.F. Conner; D.G. Altman y C. Jackson (eds.), *Evaluation Studies. Review Annual* (Vol. 9). Beverly Hills: Sage.

Glosario

Acogimiento familiar: conjunto de recursos que se utilizan para que un menor que haya tenido que ser separado de su familia de origen se pueda integrar con carácter temporal en una familia alternativa. Legalmente, se define como un “negocio” jurídico perteneciente al Derecho de Familia de carácter personal, en virtud del cual el acogido, aún conservando su “status familiar”, participa de manera plena en la vida de la familia acogedora, que adquiere las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.

Acogimiento residencial: conjunto de recursos que se utilizan para que un menor que haya tenido que ser separado de su familia de origen, pueda residir con carácter temporal en un centro residencial el que se cubran todas sus necesidades personales y se le garantice su seguridad recibiendo la atención que precise de profesionales especializados.

Acoso sexual: comportamiento verbal o físico de naturaleza sexual, no deseado por la persona que lo recibe, llevado a cabo en distintos espacios de la vida cotidiana, aprovechándose de una situación de superioridad o compañerismo y que repercute en las condiciones del entorno (laboral o educativo) haciéndolas hostiles, intimidatorias y humillantes y afectando al desempeño y cumplimiento, así como al bienestar personal de la persona acosada. En el ámbito del trabajo incluye el comportamiento de superiores jerárquicos y colegas profesionales que devenga en una amenaza para la posición laboral.

Aculturación: proceso mediante el cual individuos y grupos con diferente cultura entran en contacto y se influyen mutuamente. Como las condiciones del contacto no son igualitarias, el grupo dominante (autóctonos) fuerza al no dominante (inmigrantes) a responsabilizarse de la mayoría de los cambios.

Agresión sexual: sería aquella que por atentar contra la libertad sexual de las personas y realizarse con violencia o intimidación es constitutiva de delito.

Altruismo: atención desinteresada por el cuidado del bienestar de los demás. Es una acción desarrollada voluntariamente que proporciona beneficios a otras personas sin la expectativa de recibir nada a cambio, y cuyo fin último es aumentar el bienestar de quien o quienes reciben la ayuda.

Apoyo social: el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las relaciones íntimas y de confianza, y que pueden producirse en situaciones tanto cotidianas como de crisis a lo largo del ciclo vital

Autodeterminación: capacidad de las personas para tomar decisiones y resolver por sí mismas problemas que afectan a su propia vida.

Barrio urbano: es un área local con barreras físicas, tejido social, recursos y connotaciones emocionales especiales para sus habitantes, representa un sistema social en miniatura donde los individuos comparten el espacio y regulan sus interacciones.

Cambio social: el cambio social se define como una modificación significativa de la estructura de un sistema social de modo que supone la alteración de los sistemas normativos, relacionales y teleológicos (fijación de metas) que los gobiernan y que afectan a la vida y relaciones de sus miembros.

Catástrofe: suceso negativo, a menudo, imprevisto y brutal que provoca destrucciones materiales y pérdidas humanas importantes, ocasionando un gran número de afectados, una desorganización social importante y efectos psicosociales a largo plazo. Además, la mayoría de las catástrofes excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Ciclo de intervención social: proceso en el que se relaciona la teoría y la práctica, siendo la evaluación un elemento fundamental de este ciclo, tanto desde el momento en que se define el problema que afecta a un determinado grupo de personas, se diseñan y aplican las intervenciones a fin de resolverlo hasta finalmente la valoración de sus resultados y la toma de decisiones”.

Comercio sexual: comercio con seres humanos, en gran arte, mujeres y niños/as, con fines de explotación sexual.

Competencia cultural: conjunto de conocimientos, actitudes, conductas, y en su caso políticas y programas, que confluyen en una persona, institución o sistema que le capacitan para trabajar (convivir en el caso de personas, ser implementado en el caso de programas y políticas, etc.) con eficacia en contextos interculturales.

Compromiso organizacional: fuerte identificación emocional con una organización concreta, que se manifiesta en la creencia y aceptación de sus metas y valores, en la voluntad para realizar esfuerzos por ella y en el deseo de permanecer como miembro.

Comunidad: conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, ya sea este urbano o rural, bajo unas condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. Los miembros de la comunidad están ligados por características e intereses comunes.

Conciencia crítica: es la piedra angular del desarrollo sociopolítico y permite a las personas en desventaja social definirse así mismos de una manera afirmativa, a pesar de la opresión y de la asimétrica distribución de los recursos.

Conexión emocional: componente del sentido de comunidad eminentemente afectivo que expresa la creencia de que los miembros de la comunidad comparten una historia, un lugar y unas experiencias comunes. En la construcción de este elemento es importante el deseo de interactuar de las personas y de conseguir unas relaciones de calidad.

Constructo multinivel: concepto que se aplica por igual en diferentes niveles de análisis. Tanto la Teoría del *Empowerment* como el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano aportan descripciones multinivel. La primera porque puede aplicarse a la persona, los grupos, las organizaciones y las comunidades; el segundo porque puede aplicarse al microsistema, al mesosistema, al exosistema, y al macrosistema. Los principios de análisis son los mismos, pero las interdependencias entre estos niveles permiten reflejar la complejidad del objeto estudiado.

Controlabilidad: al grado en que el estigma se puede ocultar a los demás.

Crimen de honor: delito perpetrado contra las mujeres, en ciertos países, por los miembros de sus familias, cuando éstas sospechan que ellas han incurrido en “conductas inmorales” y que, al haberlas deshonrado, deben morir. Desde el punto de vista social, los asesinos –normalmente padres, hermanos y esposos– reciben tratamiento de héroes y son alabados porque han “limpiado el honor de la familia”, mientras que las víctimas son enterradas en silencio.

Deficiencia: anomalías que se producen en la estructura corporal y de la apariencia, así como trastornos a nivel de funciones de los órganos o sistemas.

Desamparo: situación de hecho que se produce a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material (Código Civil, art. 172.1)

Discapacidad: alteración de las actividades realizadas por la persona (limitación de la actividad, alteraciones de la conducta) y son, por tanto, la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad de la persona.

Discriminación indirecta: cuando una práctica, norma o criterio, aparentemente neutral podría poner a personas por su origen racial o étnico, sexo, edad, etc., en una particular desventaja en comparación con otras personas.

Diversidad humana afirmativa: afirmación de los valores fundamentales de la diversidad humana en la sociedad, con la creencia que realzar la diversidad incrementa la calidad de las sociedades. Se ocupa de cuestiones de justicia social y reconoce las contribuciones al conocimiento de las diferencias culturales.

Ecología humana: disciplina que se inserta en el marco de la sociología, junto con la antropología cultural, la demografía, la geografía humana y la Psicología Social, y que estudia la interdependencia entre el ser humano y su ecosistema (influencia mutua persona-ambiente).

Efecto “buffer” del apoyo social: el apoyo social tiene efectos positivos en la salud únicamente en condiciones de estrés.

Efecto principal del apoyo social: el apoyo social tiene efectos positivos en la salud independientemente de la presencia de estresores.

Empowerment (potenciación): término acuñado por Rappaport y que hace referencia al proceso por el cual, las personas, grupos, organizaciones y comunidades, aprenden a valorar, organizar y gestionar sus recursos y, de ese modo, adquieren un mayor control y dominio sobre sus vidas.

Estigma: Algún atributo o característica que conforma una identidad social que es devaluada en un contexto social dado.

Evaluación de impacto: se realiza para descubrir todo tipo de efectos de segundo orden del programa y valorar si resultan deseables tanto para la población destinataria como para la población general no destinataria del programa.

Evaluación de necesidades y de contexto: supone comprender y priorizar las necesidades, así como las condiciones socioeconómicas y políticas que enmarcan el problema, y las características de la población que lo sufre, con el fin de facilitar la comprensión del problema social al que se pretende dar respuesta, y orientar así la planificación del programa de intervención.

Evaluación de proceso: se aplica en la fase de implantación del programa y se dirige a la comprobación de las actividades que se están desarrollando en la intervención para tratar de determinar si el programa se va desarrollando según lo previsto, con vistas a la mejora continua y el apoyo a los responsables de la implementación.

Evaluación de programas: una forma de investigación social aplicada sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable datos e información suficiente y relevante, en que apoyar el juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución)".

Evaluación de resultados: se realiza para determinar si se han alcanzado los efectos deseados y no otros, y si los resultados se pueden atribuir al programa con un grado de certidumbre razonable.

Evaluación del diseño: análisis que permite identificar problemas o defectos de formulación del programa, con vistas a mejorarlo y asegurar la viabilidad y utilidad de su puesta en funcionamiento".

Femicidio o feminicidio: asesinato de mujeres por razones asociadas con su género. Es la forma más extrema de la violencia basada en la desigualdad de género, entendida ésta como la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres en su deseo de obtener poder, dominación o control. Incluye los asesinatos producidos por la violencia intrafamiliar y la violencia sexual.

Gestión del voluntariado: procesos implicados en la consecución de los objetivos organizacionales que requieren de la contribución de personas voluntarias. A lo largo del tiempo estos procesos se suceden en varias etapas: captación, selección, formación, supervisión y refuerzo, y en todas ellas siempre se busca la satisfacción del voluntariado como única forma legítima de asegurar la permanencia.

Grupo de apoyo: modalidad de intervención iniciada o facilitada por profesionales que se basa en los beneficios terapéuticos que se producen al compartir experiencias similares en un grupo de iguales.

Grupo de ayuda mutua: grupos pequeños y voluntarios, integrados por iguales, estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico y que no dependen para su funcionamiento de los servicios de ayuda profesionales.

Grupos en desventaja social (Grupo minoritario): colectivos que ocupan 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. Son personas que poseen alguna característica que no es compartida por la mayor parte de la población de esa sociedad.

Identidad comunitaria: forma de identidad social, de carácter compleja y borrosa; histórica y colectivamente construida por las personas que integran una comunidad, que se expresa en relaciones marcadas por la afectividad, en el discurso y en acciones que otorgan sentido a la pertenencia a esa comunidad.

Identidad de rol como voluntario: grado en el que el rol de voluntario forma parte de la identidad de una persona.

Influencia: componente del sentido de comunidad que refleja el sentimiento de que las acciones de los individuos pueden influir en la comunidad a la vez que lo que ocurre en ésta puede influir en el comportamiento de los primeros.

Integración y satisfacción de necesidades: componente del sentido de comunidad que indica la percepción de que aquello que los miembros de la comunidad necesitan lo pueden encontrar en la misma.

Intervención psicosocial: aplicación de un procedimiento (o estrategia) con el propósito de reducir los problemas sociales.

Investigación acción participativa (IAP): propuesta metodológica de intervención social que se caracteriza por un conjunto de principios, normas y procedimientos entre los cuales los más importantes son la acción transformadora, la producción de conocimiento haciendo una integración y colaboración entre conocimiento científico y popular y la participación de las personas afectadas en el diálogo continuo con quienes intervienen.

Medicaid: programa parcialmente cubierto con fondos del gobierno estadounidense para personas necesitadas con bajos ingresos: ancianos, ciegos, discapacitados, etc. Junto al medicare forma parte de los programas iniciados en 1965 para combatir la pobreza.

Medicare: programa de seguro médico estadounidense establecido para personas mayores de 65 años, algunos discapacitados y personas afligidas de enfermedad renal mortal.

Membrecía: componente del sentido de comunidad que expresa el sentimiento de pertenecer a la comunidad o de pertenecer a una red de relaciones sociales.

Minusvalía: situación de desventaja de la persona frente a los demás (restricción de la participación) como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, de forma que reflejan la adaptación del individuo al entorno.

Modelo Ecológico del Desarrollo Humano: modelo teórico propuesto por Uri Bronfenbrenner que describe el rango de influencias interactuantes que afectan a la persona en desarrollo. Estas influencias se expresan en estructuras concéntricas que representan los distintos contextos de desarrollo y ambientes más significativos para la persona, que reciben el nombre de: microsistema, mesosistema, exosistema, y macrosistema.

Motivaciones del voluntariado: son las verdaderas razones por las que las personas se hacen y se mantienen en el voluntariado, incluso ante dificultades.

Mutilación genital femenina: extirpación total o parcial de los órganos genitales externos de niñas y mujeres jóvenes por motivos religiosos y/o culturales, pero nunca terapéuticos. Las consecuencias de esta intervención, aparte del trauma, son infecciones, hemorragia, disfunciones sexuales, infertilidad... Se trata de una práctica realizada en algunos países de África y Oriente Medio en el momento en que las mujeres alcanzan la pubertad.

Opresión psicológica interiorizada: es la creencia inducida que tienen los miembros de los grupos oprimidos de que son ciertas las características negativas (estereotipo) que han elaborado sobre ellos el grupo dominante.

Pánico: miedo intenso compartido que provoca conductas de huida inadaptativas, que pueden ocasionar más afectados que la catástrofe en sí. En contra de las representaciones sociales dominantes, es una respuesta muy poco frecuente en las catástrofes.

Participación: proceso de implicación de personas en una relación colectiva de reflexión y acción social, en la que están influidas e influyen en decisiones sobre asuntos que son de su interés.

Plan de caso: el plan de caso es un documento que recoge las principales decisiones adoptadas tras la finalización de la Valoración inicial. Debe precisar la finalidad y los objetivos de la intervención, los recursos que se precisarían para alcanzarlos, los plazos de tiempo para alcanzarlos y el pronóstico establecido.

Prejuicio: hace referencia a cualquiera de los siguientes componentes o a todos ellos: (1) Estereotipo o creencias cognitivas negativas; (2) Negación de afecto positivo y (3) Conductas hostiles o discriminatorias.

Preservación y reunificación familiar: conjunto de recursos que tienen como finalidad modificar las situaciones familiares que han provocado la situación de desprotección y que tratan de evitar la separación del menor de su familia de origen o, en caso de haberse procedido a la separación, tratan de que se den las condiciones para que el menor pueda retornar con su familia de origen.

Programa: conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implantados organizadamente en una determinada realidad social con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas.

Psicología Comunitaria: disciplina que acentúa la importancia de la perspectiva ecológica de la interacción, sosteniendo la posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente mediante la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la supresión de las deficiencias de los individuos o de sus comunidades.

Psicología Social Comunitaria: término acuñado en Latinoamérica y que tiene por objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en esos ambientes y en la estructura social.

Red social de apoyo: subconjunto de las relaciones sociales que desempeñan funciones de apoyo.

Red social: conjunto de relaciones sociales y sus características estructurales.

Resiliencia: capacidad de una persona, grupo o comunidad para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y con traumas a veces graves.

Riesgo: situaciones de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de tutela por Ministerio de la Ley (Ley 1/96, art. 17).

Rumores: creencias que se transmiten oralmente como ciertas, sin medios fiables que lo constaten. Son noticias improvisadas resultantes de un proceso de deliberación colectivo a partir de un hecho importante y ambiguo. De forma más restrictiva se les define como informaciones orales que se basan en hechos irreales.

Salud mental y apoyo psicosocial: expresión compuesta que se emplea en la guía IASC (*Inter-Agency Standing Committee*, Comité Permanente entre Organismos) para describir cualquier acción local o externa cuya propósito sea proteger y promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o brindar tratamiento a trastornos psicológicos tras una catástrofe.

Selección de sexo/prácticas selectivas de sexo: posibilidad de poder elegir el sexo del futuro bebé. En muchos países y culturas se suele preferir el nacimiento de niños frente al de niñas y para ello se realizan abortos de fetos que son femeninos (aborto selectivo). Esta selección puede prolongarse mediante el infanticidio femenino al nacer y/o la desatención de niñas en la infancia. Consecuencia de esta(s) práctica(s) es una ratio hombre /mujer (número de hombres por mujer) en determinadas zonas y grupos de edad muy superior a la que corresponde por razones biológicas.

Sentido de comunidad: el sentido de que uno pertenece a una colectividad mayor, de la cual es parte significativa; el sentido de que aunque haya conflicto entre las necesidades del individuo y las de la colectividad, estos conflictos deben de ser resueltos de forma que no se destruya el sentido de pertenencia; el sentido de que hay una red y una estructura de relaciones que se fortalecen y no se diluyen en sentimientos de soledad.

Servicios de acogida: servicios municipales que facilitan el asentamiento y la incorporación estable a una sociedad desconocida de los nuevos miembros. Su uso es temporal, son un puente entre llegada/normalización, y posibilitan: conocimiento del entorno, capacitación lingüística, apoyo educativo, consolidación de redes familiares, etc.

Servicios de mediación comunitaria: apoyo a los servicios municipales para la resolución de conflictos (vecinales, intergeneracionales, interculturales, etc.) a través de procesos de diálogo y consenso que promueve un experto en mediación.

Tutela automática: se utiliza en situaciones de Desamparo y puede ser declarada por la Entidad Pública con competencia en materia de Protección de Menores, es decir, los Servicios de Protección Infantil. Implica la suspensión de la Patria Potestad o de la Tutela Ordinaria. El menor debe ser oído si es mayor de 12 años y si tiene suficiente juicio si su edad es inferior. Es aplicable a: Menores de 18 años no emancipados, menores extranjeros no acompañados.

Violencia contra las mujeres (también denominada violencia de género, violencia sexual o violencia sexista en diferentes documentos sobre el tema): todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada. Sus manifestaciones son muy variadas, incluyendo los malos tratos, el acoso sexual, las agresiones sexuales, la violación...

Violencia contra las mujeres en la pareja (denominada violencia de género en el ordenamiento jurídico español): violencia ejercida contra las mujeres por su pareja (o ex-pareja). Frecuentemente se emplea el término "violencia doméstica" para referirse a este problema, aunque en realidad dicho término, se refiere a una problemática más amplia. En otros entornos también es habitual emplear el término maltrato de mujeres.

Visibilidad: grado en que se considera a la persona responsable de su estigma.

Voluntariado: conducta de ayuda planificada, no obligada, que se prolonga en el tiempo, beneficia a personas en principio desconocidas y que tiene lugar en el contexto de organizaciones formalmente constituidas sin ánimo de lucro.