

ANUARIO DE PSICOLOGÍA  
Núm. 30/31 - 1984 (1-2)

LA TERAPIA DE CONDUCTA  
EN LA SALUD COMUNITARIA

MIGUEL COSTA  
Centro de Promoción de la Salud de Tetuán  
Ayuntamiento de Madrid

Miguel Costa  
Ayuntamiento de Madrid  
Centro de Promoción de la Salud de Tetuán  
Aguileñas, 1  
28029 Madrid

Si bien el Análisis Experimental de la Conducta Aplicado está resultando de gran utilidad para el dominio de cuantos problemas surgen en el área clínica, un nuevo campo emerge, la *salud comunitaria*, y con él nuevos retos: la comunidad, no el individuo, como objeto de intervención, y el de mejorar y optimizar aquello que puede ser descrito como normal y saludable, o bien, el fomentar comportamientos o estilos de vida adaptativos.

El rápido y fructífero desarrollo de la Ciencia del Comportamiento en este nuevo campo y la decidida evolución de los sistemas sanitarios hacia los objetivos de Salud Pública<sup>1</sup> van a converger en ese deseado objetivo de optimizar los recursos personales y comunitarios. Sin embargo, este proceso no va a estar exento de crisis y contradicciones sin cuyo conocimiento no podrían entenderse las expectativas y limitaciones que plantea una experiencia de salud comunitaria como la de los Centros de Promoción de la Salud (CPS) del Ayuntamiento de Madrid. Es por esto por lo que en el desarrollo de este trabajo voy a seguir el siguiente esquema: 1) Crisis y Evolución de los sistemas de cuidado de la salud, 2) Evolución de la ciencia del Comportamiento en el campo de la Salud Comunitaria, y 3) El Modelo Conductual en los Centros de Promoción de la Salud.

## 1. Crisis y Evolución de los Sistemas de Cuidado de la Salud

Toda evolución transcurre con base en cambios y crisis más o menos graves que cuestionan las concepciones de salud y modelos asistenciales vigentes en el seno de una comunidad. La evolución desde la "Era Clínica", con concepciones de salud y modelos asistenciales centrados en los problemas individuales desde una perspectiva asistencial y reparadora, hasta la "Era de la Comunidad", con una concepción centrada en la prevención y en la optimización del desarrollo personal y comunitario, también acontece en el seno de crisis y contradicciones. A este periodo crítico, algunos autores, como H. S. Martín (1982), lo denominan la "Crisis Mundial de la Salud".

Según este autor, el tipo de producción competitivo y de desarrollo no ecológico son los determinantes fundamentales de la crisis de la salud, cuyo estado actual define los indicadores más notables de la misma: 1) alta prevalencia de la morbilidad general y aparición de una nueva morbimortalidad en ascenso rápido y con carácter epidémico. Los problemas derivados del "estilo de vida" y del repertorio comportamental de la población (cáncer, hábitos de alimentación y de ejercicio, pautas de crianza desajustadas, adicciones, patrones de comunicación disfuncionales, accidentes, etc...) han suplantado en importancia a los microorganismos; 2) estancamiento en el progreso de los indicadores tradicionales de salud, y 3) alta prevalencia de invalideces.

Un rasgo muy característico de este fenómeno de crisis de la salud es la inadecuación del actual sistema de servicios para hacerle frente. El esquema *clínico-individual, reparador, médico-céntrico* y *unisectorial* que tiene por base facilita el que se aguarde pasivamente a que la salud se deteriore para acudir a repararla, obviando intervenir en los patrones de conducta y en los ambientes y contextos que son responsables de aquel deterioro. De este modo, el sistema oferta recursos no pertinentes —nótese que la Tecnología Conductual dista aún mucho de estar implantada en el sistema de servicios sanitarios—, propiciando procesos de yatrogenización y encronización que deterioran el nivel de salud de los usuarios de los servicios. Como refiere Bayés (1983), el sistema sanitario parece

---

1 La *House of Delegates* de la Asociación Médica Americana define la Salud Pública como "el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la gente a través de los esfuerzos comunitarios organizados" (cit. en Heller, 1984, pág. 177).

ofrecer grandes riesgos para la salud, amén de que, al centrarse exclusivamente en la acción asistencial y curativa, su mantenimiento es de un coste cada vez más elevado. Por otra parte, la acción procedente del sistema, al basarse sólo en los recursos técnico-profesionales (acción unisectorial), se ve insuficiente para abordar la complejidad del binomio salud-enfermedad. La especial relevancia que para la salud tiene el tipo de desarrollo socioeconómico y el grado de organización de una comunidad plantea una exigencia insoslayable en la planificación de las acciones de cualquier sistema de salud: la de coordinar los diferentes sectores de servicios y de la producción —Economía, Trabajo, Educación, Urbanismo, ...— así como la de propiciar la participación de la comunidad (Costa, 1984).

En efecto, la crisis de la salud demanda una nueva conceptualización de los sistemas de servicios para su cuidado: unos sistemas que tengan por objetivo el lograr el ajuste ecológico persona-ambiente y, para ello, hayan de movilizar los recursos interprofesionales e intersectoriales de una comunidad. Un sistema, en suma, centrado en la *salud comunitaria, interprofesional e intersectorial*. La participación de la comunidad y la Educación para la Salud deberían ser los soportes básicos de un sistema de estas características que, junto con la irrupción de la Ciencia del Comportamiento, conformarían el esquema asistencial de la "Era de la Comunidad".

La Organización Mundial de la Salud (OMS), haciéndose eco de esta necesidad de transformación de los sistemas sanitarios actuales (OMS, 1978, 1979, 1981a,b), propone en Alma Ata<sup>2</sup> desarrollar un sistema que tenga como base la Atención Primaria (Costa y López, 1983) en estrecho contacto con la comunidad. Sin embargo, las directrices y consejos de este organismo para los países miembros no van más allá de las sugerencias de cambios en el seno mismo de los sistemas sanitarios, sin enfatizar por ello las modificaciones estructurales que deben operarse en la organización de una comunidad. Con sólo estas sugerencias, la OMS pretende utópicamente alcanzar la *salud para todos en el año 2000* (OMS, 1979). La OMS parece ignorar los obstáculos y limitaciones principales provenientes de la industria farmacéutica y la medicalización del actual sistema sanitario. La ingente cantidad de recursos diseñados para "curar enfermedades" y no para proteger y promocionar la salud necesitan ser reconvertidos. Es en este contexto de cambio y optimización de los recursos existentes donde la Tecnología Conductual y la perspectiva ecológica-conductual, por sus aportaciones empíricas y conceptuales, pueden contribuir al desarrollo de un sistema que tenga por objetivo fundamental la salud de la comunidad. No obstante, el necesario cambio sociopolítico que el nuevo sistema comporta hacen de la salud comunitaria un permanente conjunto de metas por alcanzar.

## 2. Evolución de la Ciencia del Comportamiento en la Salud Comunitaria

Las primeras experiencias empíricas de la Modificación de Conducta en salud comunitaria tienen lugar en el contexto de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC). De ellos y de la filosofía que los inspiró aparece el interés por la prevención y la promoción de la salud, perspectivas ambas que, como veremos más adelante, no eran irreconciliables teóricamente con el modelo conductual. Es más, este modelo viene a suplir algunas de las limitaciones teóricas de que adolecía el movimiento que inspiró la creación de dichos centros.

<sup>2</sup> Una crítica ideológica y política de la declaración de Alma Ata puede verse en V. Navarro (1984).

DIMENSIONES DE COMPARACIÓN	SALUD MENTAL COMUNITARIA	SERVICIOS CLÍNICOS TRADICIONALES
1. Ubicación de la intervención.	Práctica en la comunidad.	Práctica en contextos de salud mental institucional.
2. Nivel de intervención.	Enfasis sobre una comunidad total o definida (Ej., una zona, o población de riesgo).	Enfasis sobre clientes individuales.
3. Tipo de servicio.	Enfasis sobre servicios preventivos.	Enfasis sobre servicios terapéuticos.
4. Cómo es distribuido el servicio.	Enfasis sobre servicios indirectos a través de la consulta y la educación.	Enfasis sobre servicios clínicos directos a los clientes.
5. Estrategias del servicio.	Dirigidas a llegar a un gran número de personas incluyendo psicoterapia breve e intervención en crisis.	Enfasis sobre la psicoterapia prolongada.
6. Clase de planificación.	Racional, dirigida a la especificación de necesidades, poblaciones de alto riesgo, y coordinación de servicios.	Servicios individuales no planificados sin coordinación comunitaria; un sistema de "libre empresa".
7. Recursos humanos.	Profesionales de SM junto con nuevos recursos no profesionales, tales como estudiantes y usuarios o miembros de la comunidad.	Profesionales tradicionales de SM (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales).
8. Lugar de la toma de decisiones.	Responsabilidad compartida en el control y la toma de decisiones con relación a los programas de SM entre la comunidad y los profesionales.	Control profesional de todos los servicios de salud mental.
9. Asunciones etiológicas.	Causas ambientales del trastorno mental.	Causas intrapsíquicas del trastorno mental.

Cuadro 1. Dimensiones de la Salud Mental Comunitaria *versus* servicios orientados clínicamente (Bloom, 1973).

### 2.1. El Movimiento de Salud Mental Comunitaria: Sus limitaciones

Ya en la década de los años sesenta, surge en EE.UU. y en Europa un movimiento crítico que cuestionaba básicamente la concepción clínico-individual de distribución de los servicios. A este movimiento se le ha denominado "Salud Mental Comunitaria" (SMC). Blomm (1973) resume en el cuadro nº 1 las dimensiones básicas del mismo, comparadas con el modelo clínico de distribución de los servicios.

Las ocho primeras dimensiones tienen relación con el carácter y tipo de distribución de servicios. Tan sólo la dimensión nueve delimita los aspectos conceptuales etioló-

gicos de ambas concepciones. La Salud Mental Comunitaria enfatiza el factor ambiental por oposición a la concepción clínica tradicional, que destaca el componente intrapsíquico - individual en el origen de los desajustes psicológicos.

La Salud Mental Comunitaria supuso históricamente una llamada de atención sobre los aspectos preventivos y comunitarios de la salud mental, a la vez que fue uno de los primeros intentos organizados en plantearse la incorporación de recursos humanos no profesionales en las acciones terapéuticas y de salud. A pesar de estos aspectos positivos, el balance crítico de la Salud Mental Comunitaria no es muy alentador (Rappaport, 1977). Una reciente revisión de los Programas de los Centros de Salud Mental Comunitaria (Dowell y Ciarlo, 1983) ofrece un panorama poco optimista en cuanto a los objetivos de prevención y participación comunitaria de la Salud Mental Comunitaria.

La contribución de la Salud Mental Comunitaria ha estado más en desarrollar nuevas actitudes en cuanto a la distribución de los servicios que en desarrollar concepciones teóricas acerca del comportamiento humano. Este fue uno de los elementos débiles de la Salud Mental Comunitaria: la ausencia de una concepción teórica científica de la conducta humana y acorde con los nuevos planteamientos comunitarios y ecológicos que el nuevo movimiento demandaba. Hemos de recordar que la terapia en los años sesenta fue restringida casi exclusivamente a los psiquiatras, muchos de los cuales, si bien se identificaron con los postulados prácticos (dimensiones 1-8) de la Salud Mental Comunitaria, mantuvieron sus iniciales concepciones intrapsíquicas y estaban muy lejos de dominar los principios, paradigmas y técnicas de una psicología científica.

La Salud Mental Comunitaria fracasa en desarrollar programas preventivos de salud. Una concepción intrapsíquica e individual del desajuste psicológico no podía ir más allá de las intervenciones terapéuticas. No sorprende, por tanto, que el énfasis principal de los Centros de Salud Mental Comunitaria en la práctica estuviera en el tratamiento de los ya identificados como "enfermos mentales". De acuerdo con esta concepción, el estilo de distribución de los servicios fue de espera (*waiting mode*) frente al de búsqueda (*seeking mode*). Es decir, el profesional ha de esperar en el Centro de Salud Mental Comunitaria a que el usuario potencial acuda demandando un servicio, generalmente terapéutico. Una comunidad medicalizada, que sólo percibe la necesidad de un servicio cuando está enferma o tiene problemas, no demandará servicios preventivos, sólo servicios terapéuticos cuando éstos sean accesibles y haya información suficiente sobre ellos. De este modo, importantes sectores de la población, posiblemente los más necesitados y menos informados, quedarán al margen de las acciones de salud. La prevención y la promoción de la salud se convierten en utopías lejos de alcanzar.

La Salud Mental Comunitaria fracasa también en promover la participación de la comunidad. Cuando los problemas de salud son conceptualizados con formulaciones mentalistas e inaprensibles, la salud pasa a ser competencia exclusiva de los especialistas (Costa, 1984) deviniendo así la ideología clínica tradicional en un fermento conceptual para la no participación.

Finalmente, la Salud Mental Comunitaria fracasó también en abandonar el lastre del dualismo cartesiano en cuanto a la conceptualización de los problemas de salud y distribución de servicios. Pese a las directrices de Alma Ata, aún en muchos países continúan proliferando dispositivos asistenciales específicos de "salud mental" a nivel comunitario. Es muy posible que la dificultad de desarrollar y llevar a efecto acciones de salud desde los Centros de Salud Mental tenga su origen en este planteamiento parcial y desintegrado de los recursos de salud. Un gran error, a mi juicio, en el que incurrió la Comisión Conjunta convocada por el Instituto de Salud Mental de los EE.UU. en 1961 fue el de pretender desarrollar la reforma de la salud "mental" desde los solos dispositivos de la salud mental.

## 2.2. La Ecología Conductual y la Tecnología Conductual Comunitaria

Aunque tardíamente, los principios, paradigmas y recursos técnicos de la Modificación de Conducta (MC) se fueron introduciendo en los Centros de Salud Mental Comunitaria, contribuyendo significativamente a una mayor eficacia y eficiencia de sus prestaciones. Fue tal la relevancia de estas aportaciones que la irrupción de la Modificación de Conducta ha sido denominada por Levis (1970) la "cuarta revolución terapéutica".

La Modificación de Conducta ofreció a la Salud Mental Comunitaria, aparte de una tecnología eficiente, principios teóricos científicos del comportamiento humano, de los que tan necesitados estaban los profesionales de los Centros de Salud Mental Comunitaria. Sin embargo, la Modificación de Conducta fue ampliamente confinada en un primer momento al estilo de distribución de los servicios dominante entre estos profesionales: la intervención individual y clínica. No obstante, los principios teóricos que servían de base a la Modificación de Conducta alimentaban en su seno la fuerza explicativa de las variables ambientales en el control y cambio de la conducta. Así emerge la *Ecología Conductual* y la *Tecnología Conductual Comunitaria* (TCC) (Jeger, 1982), nombre que preferimos utilizar al de "Terapia de Conducta" por sus connotaciones clínicas más restrictivas. La Tecnología Conductual Comunitaria representa, pues, una extensión de la Modificación de Conducta a los problemas comunitarios. Esta denominación es compatible con lo que otros autores (Nietzel, Winett, McDonald y Davidson, 1977) han referido como la *Psicología Conductual Comunitaria*.

La Ecología Conductual refleja una confluencia de dos perspectivas amplias: el enfoque "conductual", derivado de una psicología del individuo, y el enfoque "ecológico", que abarca el estudio de las comunidades, ambientes y sistemas sociales (Jeger y Slotnick, 1982). Bien es verdad, sin embargo, que el modelo conductual, especialmente en sus últimos desarrollos teóricos (Kantor, 1959; Ribes, 1982; Bayés, 1974), alimenta en su mismo seno el desarrollo de la perspectiva ecológica. La conducta, definida como la interacción entre un organismo y su ambiente, es un concepto radicalmente ecológico pues incorpora, para su explicación, variables orgánicas, ambientales y el *medio de contacto* donde tiene lugar la interacción de estas variables.

Al igual que en la crisis y evolución de los sistemas de servicios de salud se contemplaba la acción comunitaria e intersectorial como decisiva para mejorar los niveles de salud de la población, en la Ecología Conductual se contempla también la acción sobre el ambiente como insoslayable para mejorar las competencias y repertorios conductuales de la gente. Sería iluso por nuestra parte pretender optimizar las competencias personales sin antes, o paralelamente, promover en el ambiente los cambios estimulares que lo hagan posible. Algunas lecturas sobre las posibilidades que la Modificación de Conducta tiene para el desarrollo humano (Alford, 1981) pueden inducir al error de concluir que ésta será la panacea del futuro. Se hipotetiza que muchos individuos fracasan en practicar ciertas conductas o en implicarse en ciertas acciones que mejorarían el grado de placer y satisfacción derivado de las experiencias de la vida. Teóricamente se asume que, dado que todas estas formas de conducta son adquiridas por experiencias de aprendizaje, una tecnología basada en estos principios podría propiciar el enriquecimiento de los estilos de vida normal y satisfactorios, disminuir los patrones de conducta no deseables y, en definitiva, desarrollar la *good life*.

Es verdad que la Modificación de Conducta está propiciando algunos de estos objetivos, y que las competencias personales de los individuos son "entrenables". Pero es una verdad a medias: a condición de tener un cierto control sobre el ambiente.

La Ecología Conductual vincula las acciones dirigidas tanto al individuo como al ambiente y sistemas sociales en que éste vive, y redefine los problemas de salud como una

responsabilidad comunitaria en lugar de una responsabilidad profesional. Sus características son:

- a) Enfatiza que la conducta es aprendida a través del ambiente.
- b) Se vislumbra como alternativa a los modelos centrados en la persona. Sus valores y objetivos están inspirados en el *Modelo de Competencia* (Albee, 1980; Costa y López, 1983), cuyas intervenciones pretenden optimizar la adecuación entre personas y ambientes, bien dirigiéndose hacia el cambio individual, hacia el cambio de ambientes, o ambos. En suma, el modelo, en su aproximación a la salud, inspira básicamente dos objetivos: 1) promover la competencia individual, y 2) desarrollar comunidades competentes (Costa, 1984). El promover un sentido de interdependencia y pertenencia entre los diferentes miembros de una comunidad y la promoción de la diversidad cultural y el pluralismo (Jeger y Slotnick, 1982) son otros tantos objetivos y valores prioritarios de la Ecología Conductual, que, junto con la descentralización y la participación, facilitarán la adecuación "necesidades-recursos" en el seno de la comunidad.
- c) Los objetivos de salud están definidos en términos conductuales y, por tanto, observables y mensurables.
- d) Promueve una Tecnología Conductual Comunitaria eficiente e idónea para planificar e implantar los objetivos de Educación para la Salud que un sistema de servicios de salud comunitaria puede inspirar. Como dice Bayés (1983), "las estrategias conductuales, debido a su facilidad de comprensión, su verificabilidad y las posibilidades de participación que ofrecen a los miembros de la comunidad son susceptibles de permitir a los responsables no profesionales tomar decisiones que sean, a la vez, racionales y eficaces" (pág. 97). La Tecnología Conductual deviene en *Comunitaria* por cuanto se socializa fácilmente su comprensión y uso entre los miembros de la comunidad.
- e) Otro rasgo característico del modelo conductual es el *rol de servicio indirecto* adoptado por los profesionales, esto es, consultores, entrenadores, evaluadores de programas, proveedores de recursos y supervisores de "mediadores" que implantan estrategias de cambio de conducta. Esta función mediadora es lo que algunos autores (Talento y Ribes, 1980) denominan "desprofesionalización".
- f) Las intervenciones se basan en un *estilo de búsqueda*, es decir, el profesional o técnico sale a la comunidad para trabajar con ella, facilitándose así el desarrollo de acciones preventivas.

### 2.3. Areas de Intervención

Aunque la Ecología Conductual y la Tecnología Conductual Comunitaria enfatizan las estrategias y tácticas de intervención en el nivel institucional y comunitario, a menudo en la práctica es necesario recurrir a niveles de intervención clínico-individual o grupal combinadas. Como dice Rappaport (1977), una de las tareas de la Psicología Comunitaria es "diagnosticar" el nivel apropiado y "prescribir" una intervención adecuada de cambio en ese nivel. Vaya como ejemplo para comprender esta argumentación un problema de salud frecuente en la comunidad escolar: el "fracaso" escolar. Si el objetivo es reducir significativamente la tasa de "fracaso" que existe en los colegios A y B, una concepción clínico-individual y la elección de estrategias centradas en la persona serían inadecuadas. Sería necesario recurrir a concepciones y estrategias centradas en los sistemas y organizaciones y propiciar la confluencia de acciones interdisciplinarias e intersectoriales. Del mismo modo, sería necesario recurrir a concepciones teóricas más comprensivas (Principios ecológicos de Kelly, ver Heller, 1984, pág. 121; Teoría de Sistemas, ...) que las utilizadas para el cambio individual, ya que el objetivo sería el de cambiar una institución escolar y un sistema pedagógico. Obviamente, este tipo de intervenciones no excluye la



conveniencia de proveer de dispositivos asistenciales a un nivel clínico-individual o de pequeño grupo que atiendan necesidades específicas de apoyo en el proceso de cambio institucional.

En una revisión de la Tecnología Conductual Comunitaria, Jason y Glenwick (1980. cit. en Jeger y Slotnick, 1982, pág. 48) delínean el área a lo largo de cinco niveles de intervención: *individual*, de *grupo*, *organizacional*, *comunitario* y *social*. Ejemplos de intervención en los diferentes niveles son: programas dirigidos a prevenir la ansiedad al hablar, mejorar el desarrollo intelectual entre los niños de bajo nivel socioeconómico, reducir conductas perturbadoras en la clase, proyectos que implican aulas enteras de niños para mejorar sus habilidades de solución de problemas, desarrollo de currículums conductuales para prevenir el fumar, la obesidad y la nutrición inadecuada como medio de prevenir la enfermedad cardíaca, desarrollo de programas comprensivos para alcohólicos, planificación de hogares orientados conductualmente para jóvenes delincuentes, empleo de técnicas conductuales e instruccionales en los medios de comunicación de masas para prevenir la enfermedad cardíaca, programas conductuales dirigidos a reducir las basuras, conservar la energía, reducir la contaminación aérea, promover el uso del transporte público, el ejercicio físico, utilizar el uso de incentivos en la legislación para reducir la sobrepoblación, etc.

En el contexto de los Centros de Salud Mental Comunitaria son muchos también los programas y proyectos de la Tecnología Conductual Comunitaria, entre los que merece citarse, entre otros, el "Proyecto de Análisis y Modificación de Conducta del Centro de Salud Mental Comunitaria de Oxnard" (Lieberman, *et al.* 1982), el "Diseño de Tecnología Conductual con organizaciones comunitarias de Autoayuda" (Fawcett, *et al.* 1982), la "Evaluación del Centro de Salud Mental Comunitaria de Hunsville-Madison County (Alabama)" (Goodson and Turner, 1982), el "Proyecto de Intervención Temprana y el Proyecto de Desarrollo de Redes Comunitarias del Instituto de Salud Mental de Florida" (Edmanson, *et al.* 1982), el Programa Escolar de Prevención Conductual de Tolland (Elias, *et al.* 1982), etc.

De la ya extensa literatura que comienza a existir sobre la Tecnología Conductual Comunitaria o Psicología Comunitaria Conductual, pueden extraerse algunas conclusiones que mencionamos a continuación:

a) Parecen mejorar significativamente los efectos de las intervenciones tradicionales.

b) En el campo de la prevención y de la promoción de la salud, ofrecen perspectivas muy alentadoras, si bien queda la duda, por falta de diseños de investigación adecuados, de si los resultados obtenidos tienen un efecto duradero o transitorio.

c) Si bien el Análisis de Conducta constituye una base teórica exitosa y sistemática para la Psicología Ambiental desde la que acometer una intervención, aún la evaluación y el cambio de sistemas continúa siendo un área necesitada de investigación y desarrollo. Los trabajos sobre evaluación de ambientes (Fernández Ballesteros, 1982; Krasner, 1980), entrenamiento en participación ciudadana (Heller, 1984) e investigación de redes sociales comunitarias (Heller, 1984; Lowenthal, 1982) abre líneas de desarrollo de gran interés para la Tecnología Conductual Comunitaria y la Ecología Conductual. No obstante, la salud comunitaria plantea ineludiblemente el tema del cambio social para el que una tecnología conductual por sí sola resulta a todas luces insuficiente. El escepticismo será una actitud permanente en salud comunitaria y en cuantos programas de prevención se realicen, mientras no se vincule la acción técnico-cultural a la acción política, es decir, a la distribución del poder, al desarrollo de la participación y la socialización del conocimiento científico.

### 3. El Modelo Conductual en los Centros de Promoción de la Salud (CPS)

La creación de los Centros de Promoción de la Salud supone una acción pionera en el proceso de realización de un modelo de intervención sanitaria nuevo que, de generalizarse, romperá con la forma tradicional de entender la salud y con muchas de las deficiencias observadas en el movimiento de Salud Mental Comunitaria. El origen conceptual de los Centros de Promoción de la Salud se sitúa en Alma Ata (OMS, 1978) y desarrolla sus acciones de salud enmarcadas en unas líneas de funcionamiento: 1) asignación de un área territorial, 2) sus prestaciones tienen una cobertura teórica para toda la población del área, 3) estructuración del trabajo con base en recursos interprofesionales y a través de Programas de Salud, 4) participación de la Comunidad a través de los Consejos Municipales de distrito, y 5) coordinación no institucionalizada con otros recursos públicos socio-sanitarios.

Uno de los principales problemas con el que se enfrentaron los Centros de Promoción de la Salud, aparte de la insuficiencia de recursos y el relativo aislamiento del resto de la red sanitaria general, ha sido la inadecuación de los recursos profesionales para los objetivos de prevención y de promoción de la salud con que fueron concebidos. La mayor parte de los componentes técnicos del equipo de salud tuvimos un entrenamiento clínico y, por tanto, estábamos muy habituados a desarrollar intervenciones terapéuticas en un contexto individual y con un estilo de "espera". Esto ocasionó, en una primera fase, que importantes sectores de la población no participaran en los programas de salud y que la cobertura de los mismos fuera extremadamente baja.

Si bien es verdad que los profesionales con formación conductual no hemos estado ajenos en esa primera fase en incurrir en estas inadecuaciones funcionales, tampoco es menos cierto que hemos sido los que más rápidamente nos hemos adaptado a un estilo de trabajo más acorde con las exigencias y objetivos de la salud comunitaria. Como ya dijimos anteriormente, el modelo conductual alimenta en su seno la perspectiva ecológica y, por tanto, es propicio a enfatizar las intervenciones a nivel de grupo, organización o sistema. Otros profesionales, fundamentalmente psiquiatras, con modelos teóricos intrapsíquicos, sí parecen tener aún mayores dificultades en desarrollar intervenciones más allá de las puramente terapéuticas. Esto es lógico por cuanto que en sus currículums raramente se contempla el aprendizaje de principios y paradigmas de una psicología científica y el dominio de una tecnología propicia para el desarrollo de la Educación para la Salud, estrategia idónea en el contexto de la salud comunitaria.

Las exigencias curriculares de la salud comunitaria, además del dominio de recursos terapéuticos, contemplan el dominio de la tecnología de planificación en salud, diseños de investigación y de técnicas de enseñanza. Todas ellas generalmente ausentes del currículum de formación de los médicos, profesionales de mayor presencia en la plantilla de los Centros de Promoción de la Salud y, en cambio, de mayores similitudes con el currículum de los psicólogos de formación conductual. No es de extrañar, pues, que el modelo conductual y la Tecnología Conductual Comunitaria hayan tenido y tengan un papel de cierta importancia en el diseño, planificación y ejecución de muchas de las acciones de salud de los Centros de Promoción de la Salud.

La ausencia de un sistema de información y recogida de datos generalizado y la escasa homogeneidad de los equipos en cuanto a modelos de intervención —en un mismo equipo han estado trabajando simultáneamente profesionales de formación psicoanalítica y de formación conductual— hace realmente difícil, por no decir imposible, presentar una evaluación rigurosa de la actividad de los Centros de Promoción de la Salud, así como de la efectividad relativa de cada una de las concepciones y tecnologías empleadas. Muy recientemente, se están desarrollando procesos de homogeneización de los equipos, que harán posible en un próximo futuro la disponibilidad de mecanismos de evaluación discriminativos. Hasta entonces, sólo es posible presentar experiencias y programas parciales

que serán objeto de próximas publicaciones y apuntar aquí tan sólo algunas áreas de trabajo en las que la Tecnología Conductual Comunitaria está interviniendo. Estas son:

A. Planificación y Diseño de Programas de Salud, así como sus procedimientos de Evaluación. En la actualidad, se están desarrollando los Programas de Salud Materno-Infantil, Planificación Familiar y Salud Escolar. En el contexto de este último programa, estamos desarrollando —en colaboración con la Cruz Roja de Madrid— un subprograma de salud buco-dental dirigido a la población escolar del distrito de Tetuán. Su primera fase se ha desarrollado en el curso 1983-1984 y, en la actualidad, estamos ultimando algunos procesos de evaluación de la misma. Tanto en su planificación como en la tecnología empleada en la implantación de hábitos de higiene, se han seguido criterios conductuales.

Tenemos la perspectiva, por otra parte, y de contar con recursos suficientes, de iniciar otros programas: Tercera Edad, Desarrollo de Redes Sociales, etc.

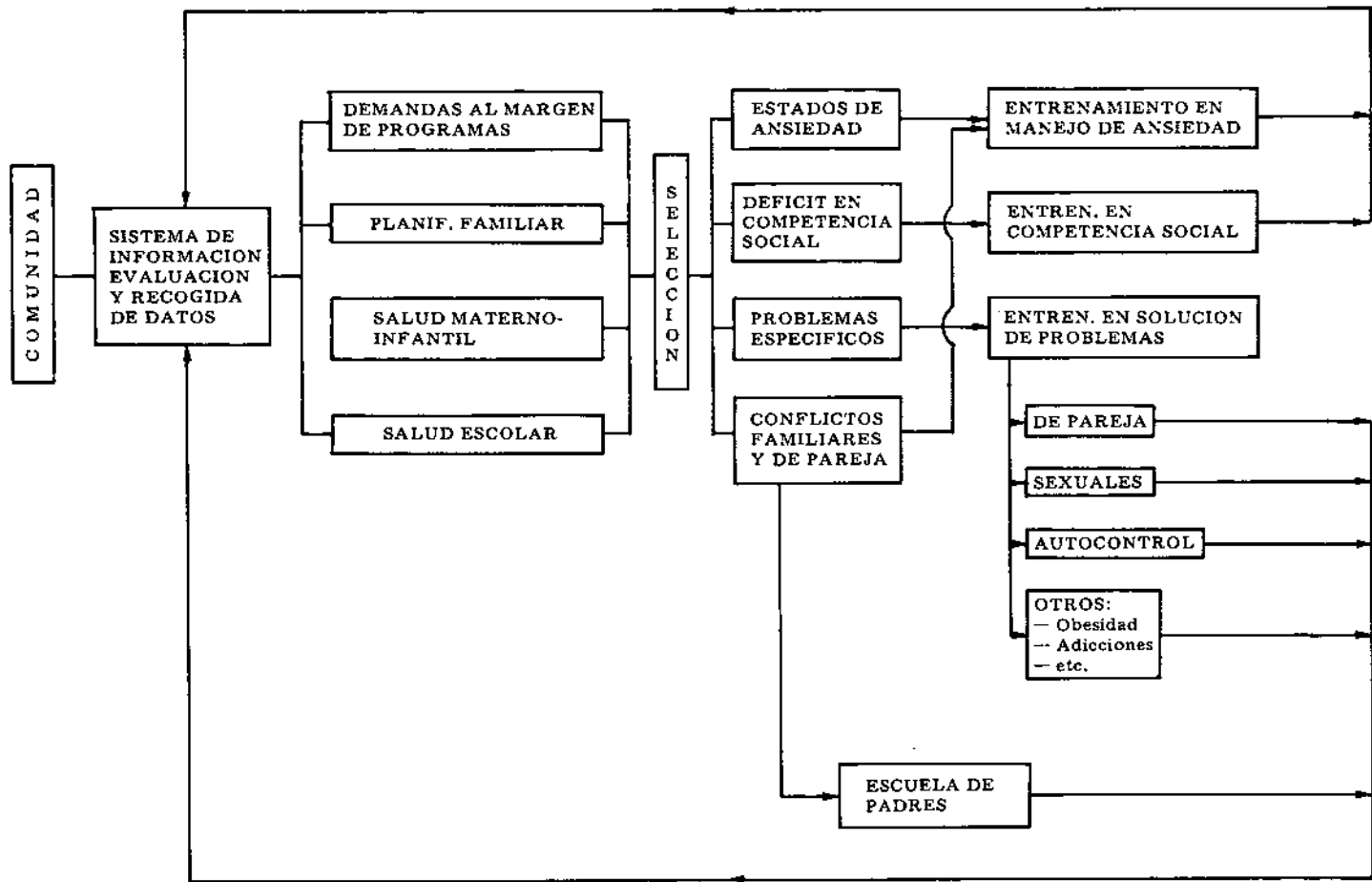
B. Desarrollo de Módulos Asistenciales. En particular, en el Centro de Promoción de la Salud de Tetuán, se vienen desarrollando los siguientes: 1) Entrenamiento en Habilidades de Enfrentamiento al *stress*, 2) Entrenamiento en Competencia Social, 3) Entrenamiento en Habilidades de Comunicación y de Solución de Problemas en la pareja, y 4) Escuela de Padres (ver cuadro nº2).

C. Consultoría a Grupos de Autoayuda que trabajan en la comunidad. Este asesoramiento ha tenido como resultado el diseño y desarrollo de dos programas que podían ser de utilidad para su trabajo con grupos de la comunidad: 1) Habilidades de Comunicación, 2) Entrenamiento en orientación y solución de problemas familiares. En la Memoria de estos grupos (C.A.S.M. 1983/84), pueden verse los seminarios de Educación para la Salud realizados en los que utilizan Tecnología Conductual, así como el número de horas empleadas y número de personas de la comunidad que han participado.

D. Optimización de recursos humanos de enfermería. Unidad docente "ad hoc" planificada para entrenar a alumnas de enfermería que realizan sus prácticas en los Centros de Promoción de la Salud en el dominio de la entrevista y de métodos prácticos de comunicación.

E. Diseño de material didáctico de Educación para la Salud (Costa M. y López, E. 1981, a, b y c), que sirve de apoyo a la Tecnología Conductual utilizada.

F. Coordinación y Gestión. En la actualidad, el Director del Centro de Promoción de la Salud de Tetuán es un profesional con formación conductual. Sin duda, las virtualidades conceptuales y metodológicas del modelo conductual hacen del mismo un recurso inestimable en la optimización de un equipo interdisciplinario de salud. Pero, como decíamos en otro momento, a condición de conocer sus limitaciones.



Cuadro 2. Esquema de organización de los Módulos Asistenciales, propuesto por M. Costa y E. López para el CPS de Tetuán.

## RESUMEN

El trabajo se desarrolla a lo largo de tres partes adecuadamente delimitadas: 1) La Crisis y Evolución de los Sistemas de Cuidado de la Salud, 2) La Evolución de la Ciencia del Comportamiento en el campo de la Salud Comunitaria, y 3) El Modelo Conductual en los Centros de Promoción de la Salud.

En la primera parte se analiza el proceso de evolución de los sistemas sanitarios desde una concepción clínico-individual y reparadora hasta una concepción comunitaria. En la segunda parte se enfatiza el proceso de convergencia de la concepción comunitaria de la salud con los desarrollos teóricos y empíricos de la Ecología Conductual y de la Tecnología Conductual Comunitaria. Finalmente, el trabajo termina con el esbozo de algunas líneas de acción que desde una perspectiva conductual se están llevando a efecto en los Centros de Promoción de la Salud del Ayuntamiento de Madrid.

## SUMMARY

The present paper is developed along three different sections: 1) Crisis and Evolution of the Health Care Systems; 2) Evolution of the Behavioral Science in the Community Health field; and 3) Behavioral Model in the *Centros de Promoción de la Salud* (Health Promotion Centers).

The first section analyzes the evolution of the health systems from a clinical-individual and merely curative approach to the community approach. The second section emphasizes the convergence process between the community conception of health and the theoretical and empirical advances in Behavioral Ecology and Community Behavioral Technology. Lastly, the paper outlines some courses of action which—from a behavioral approach—are being carried out in the *Centros de Promoción de la Salud* of the Madrid City Council.

## RÉSUMÉ

Ce travail se développe au cours de trois parties différentes: 1) Crise et Evolutions des systèmes d'attention à la Santé, 2) Evolution de la science du Comportement dans les champs de la Santé Communautaire et 3) Le Modèle Conductuel dans les *Centros de Promoción de la Salud* (Centres de la Promotion de la Santé).

Au cours la première partie, on analyse le processus d'évolution des systèmes sanitaires en partant d'une conception clinique-individuelle et réparatrice pour en arriver à une conception communautaire. Au cours la deuxième partie on met l'emphase sur le processus de convergence de la conception communautaire de la santé avec les développement théorique et empirique de l'Ecologie Conductuelle et de la Technologie Conductuelle Communautaire. Finalement, le travail se termine avec l'esquisse de quelques lignes directrices de l'action qui, d'une perspective conductuelle, est en train de se réaliser dans les *Centros de Promoción de la Salud* de la Municipalité de Madrid.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBEE, G. W. A competency model to replace the defect model. En M. S. GIBBS, J. R. LACHEMAYER y A. SIGAL (Eds.) *Community Psychology*, 1980, 213-238.
- ALFORD, G. S. Behavior therapy and the good life. En L. MICHELSON, M. HERSEN y S. M. TURNER (Eds.) *Future perspectives in behavior therapy*. New York: Plenum Press, 1981.
- BAYES, R. *Una introducción al método científico en Psicología*. Prólogo a la 3ª edición. Barcelona: Fontanella, 1974.
- BAYES, R. Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. *Estudios de Psicología*, 1983, 13, 92-110.
- BLOMM, B. L. *Community mental health: A historical and critical analysis*. Morristown, N. J. General Learning Press, 1973.
- COSTA, M. La Psicología en la comunidad. En *La psicología como ciencia*. Madrid: Ayuso, 1984.
- COSTA y LOPEZ, E. *Si su hijo tiene problemas con las comidas*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA y LOPEZ, E. *Si nuestro hijo moja todavía la cama*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA y LOPEZ, E. *La conducta de los niños y sus problemas de conducta*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA y LOPEZ, E. La ciencia del comportamiento en un Servicio Nacional de Salud. *Papeles del Colegio*, 1983, 9.
- CENTRO DE ANIMACION SOCIOCULTURAL DE MADRID-C.A.S.M. Memoria de las actividades de Educación Sanitaria en el curso 1983/84.
- DOWELL, D. A. y CIARLO, J. A. Overview of the Community Mental Health Centers Programs from an evaluation perspective. *Community Mental Health Journal*, 1983, 19, 95-125.
- EDMUNSON, E. D., BEDELL, J. R., ARCHER, R. P. y GORDON, R. E. Integrating skill building and peer support in Mental Health Treatment: The early intervention and community network development projects. En A. M. JEGER and R. S. SLOTNICK (Eds.) *Community Mental Health and Behavioral-Ecology*. New York: Plenum Press, 1982.
- ELIAS, M. J., CHINSKY, J. M., LARCEN, S. W. y ALLEN, C. J. A Multilevel behavioral preventive school program: Process, problems and potential. En A. M. JEGER y R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.*, 1982.
- FAWCETT, S. B., FLETCHER, R. K., MATHEWS, R. M. WHANG, P. L., SEEKING, T. y NIELSEN, L. M. Designing behavioral technologies with community self-help organizations. En A. M. JEGER y R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.* 1982.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. *Evaluación de contextos*. Murcia: Universidad de Murcia, 1982.
- GOODSON, W. H. y TURNER, A. J. Evaluating a Behavioral Community Mental Health Center. En A. M. JEGER y R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.* 1982.
- HELLER, K. *Psychology and community change. Challenges of the future*. The Dorsey Press, (2ª edición), 1984. (1ª edición, 1977).
- JEGER, A. M. y SLOTNICK, R. S. (Eds.) *Community Mental Health and Behavioral-Ecology*. New York: Plenum Press, 1982.
- KANTOR, J. *Psicología Interconductual*. México: Trillas, 1979 (or. 1959).
- KRASNER, L. (Ed.) *Environmental design and human behavior*. New York: Pergamon Press, 1980.
- LEVIS, D. J. (Ed.) *Learning approaches to therapeutic behavior change*. Chicago: Aldine, 1970.
- LIBERMAN, R. P., KUEHNEL, T. G., KUEHNEL, J. M., ECKMAN, T. y ROSENSTEIN, J. The behavioral analysis and modification Project for Community Mental Health. En A. M. JEGER y R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.*, 1982.
- LOWENTHAL, A. *Networks de comportamiento y su relación con el fenómeno social. II Congreso Nacional de A.E.T.C.O. Segovia*, 1982.
- MATESE, F., SHORR, S. L. y JASON, L. A. Behavioral and Community Interventions during transition to parenthood. En A. M. JEGER y R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.*, 1982.
- McALISTER, A. Media and community organization for prevention programs. En A. M. JEGER and R. S. SLOTNICK (Eds.) *Op. cit.*, 1982.
- NAVARRO, V. A critique of the ideological and political position of the Brandt Report and the Alma Ata Declaration *International Journal of Health Services*, 1984, 14 (2), 159-172.
- NIETZEL, M. T., WINETT, R. A., MacDONALD, M. L., DAVIDSON, W. S. *Behavioral approaches to Community Psychology*. Elmsford, N. Y.: Pergamon Press, 1977.
- OMS. *Atención Primaria de Salud. Alma-Ata. Serie "Salud para todos"*, 1978, 1.
- OMS. *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. 1979.
- OMS. *Evaluación de los Programas de Salud. Normas fundamentales. Serie "Salud para todos"*, 1981a, 6.
- OMS. *Adopción de decisiones en el plano nacional sobre atención Primaria de Salud*. 1981 (b).
- PELECHANO, V. *Terapia Familiar Comunitaria*. Valencia: Alfaplus, 1980.

- RAPPAPORT, J. *Community Psychology*. New York: Holt, Rinehart y Winston, 1977.
- RIBES, E. et al. *Enseñanza, ejercicio e investigación de la Psicología. Un modelo integral*. México: Trillas, 1980.
- TALENTO, M. y RIBES, E. Consideraciones sobre el papel social de la profesión. En E. RIBES et al. (Eds.) *Op. Cit.*, 1980.

#### REFERENCIAS DE LAS PUBLICACIONES DEL AUTOR RELACIONADAS CON LA MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA

- COSTA, M. Tratamiento conductual de la homosexualidad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1980, 35 (2), 287-299.
- COSTA, M. El Asma Bronquial: su caracterización, consideraciones clínicas, etiológicas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 1983, 13, 63-78.
- BARTOLOME, P., CARROBLES, J. A. I., COSTA, M. y DEL SER, T. *La Práctica de la Terapia de Conducta. Teoría y Métodos de Aplicación para la práctica clínica*. Madrid: Pablo del Río, 1979.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. La Psicología Comunitaria. Un nuevo Paradigma. *Papeles del Colegio*, 1982, 2, Marzo.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. *Si tu hijo tiene problemas con las comidas...* Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. *Si nuestro hijo moja todavía la cama*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. *La conducta de los niños y sus problemas de conducta*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, 1981.
- COSTA, M. y LOPEZ, E. La Ciencia del Comportamiento en un Servicio Nacional de la Salud. *Papeles del Colegio*, 1983, 9, Junio, 11-24.
- COSTA, M., LOPEZ, E., AGÜERA, B. y GONZALEZ, R. Entrenamiento en habilidades de autocuidado. *Papeles del Colegio*, 1983, 10, 19-25.
- COSTA, M. y SERRAT, C. *Terapia de Parejas*. Madrid: Alianza Editorial, 1982.

