R. 137.660

ALIPIO SÁNCHEZ VIDAL
PROFESOR TITULAR DE PSICOLOGÍA SOCIAL DEL DEPARTAMENTO
DE PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

BIBLIOTECA

MANUAL DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Un enfoque integrado

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Diseño de cubierta: C. Carabina

Realización de cubierta: Anaí Miguel

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

© Alipio Sánchez Vidal
© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2007
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
Depósito legal: M. 4.612-2007
ISBN: 978-84-368-2099-7
Composición: Grupo Anaya
Printed in Spain
Impreso en Lavel, S. A.
Polígono Industrial Los Llanos. Gran Canaria, 12
Humanes de Madrid (Madrid)

Para mis estudiantes de Barcelona;
para los lectores latinoamericanos y españoles.

© Ediciones Pirámide

Ningún hombre es una isla, completo en sí mismo,
cada hombre es trozo del continente, una parte del todo...
la muerte de cualquier hombre me disminuye
porque soy parte de la humanidad;
y, por consiguiente, nunca envíes a preguntar
por quién doblan las campanas;
doblan por ti.

JOHN DONNE
Devotions upon emergent occasions

Caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.

ANTONIO MACHADO
Proverbios y cantares

El que no puede lo que quiere que quiera lo que puede.

LEONARDO DA VINCI

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 23

PARTE PRIMERA
Concepto y bases teóricas

1. Orígenes, desarrollo y valoración 31

1. Estados Unidos: salud mental comunitaria y Psicología comunitaria 32
   1.1. Origen y contexto 32
2. Raíces e influencias 33
   2.1. Alternativas de atención en salud mental 34
   2.2. Desintegración social y desarraigo psicológico 35
   2.3. Activismo social 36
   2.4. Aplicación e intervencionismo psicosocial 36
   2.5. Estudio del cambio social 37
3. América Latina: psicología social comunitaria 37
   3.1. Cronología, contextos y variaciones 37
   3.2. Características: psicología social comunitaria 40
4. España: Transición democrática y psicología comunitaria 41
   4.1. Apunte histórico 41
   4.2. Áreas de desarrollo práctico 42
   4.3. Desarrollo académico 44
5. Raíces socioestructurales 45
6. El «espíritu» comunitario: creencias y valores asumidos 46
7. Balance y valoración 49
   7.1. Estados Unidos 49
   7.2. América Latina 50
   7.3. España 51
   7.4. Convergencias: éxitos y fracasos 52
8. Agenda del siglo XXI 53

© Ediciones Pirámide

2. Psicología comunitaria: concepto y carácter 59

1. Diferencias con la clínica y el modelo médico 59
2. Visiones de la PC 63
   2.1. Salud mental comunitaria 63
   2.2. PC estadounidense: ciencia aplicada, cambio social y poder 64
   2.3. Psicología social comunitaria 67
3. Psicología comunitaria: norte y sur 68
   3.1. Concepto «mínimo» de psicología comunitaria 68
4. Diferencias norte-sur 69
   4.1. Objetivo: cambio social radical, calidad de vida y empoderamiento ... 69
   4.2. Método de actuación: participación, autogestión comunitaria y planificación 71
   4.3. Comunidad, sociedad y problemas sociales 71
   4.4. Papel: colaboración, servicio comunitario y política 72
   4.5. Base teórica e investigadora 72
5. Concepto sintético de psicología comunitaria: intervención y desarrollo procesal 73
6. Ingredientes y características básicas 76
7. El enfoque o «estilo interventivo» comunitario 78
8. Acción comunitaria: esencia y significado 83
9. Tareas y procesos psicosociales involucrados 85

3. Comunidad y psicología comunitaria 93

1. Evolución histórica: modernidad, globalización y comunidad 94
   1.1. Modernización, industrialización y declive de la comunidad 94
   1.2. Búsqueda de comunidad 95
   1.3. Globalización, posmodernidad y localidad 96
2. Conceptos de comunidad 97
3. Una nueva síntesis: la comunidad como tejido relacional 99
4. Funciones y tipos 101
5. Comunidad y sociedad 103
6. Las dimensiones básicasde la comunidad 105
7. Resumen: la comunidad en psicología comunitaria 110
8. Evaluación de la comunidad: dimensiones estructurales 110
9. Enfoques analíticos 111
10. Análisis y evaluación integrada 113
11. Cómo «construir» comunidad 116

4. Otros conceptos: desarrollo humano, empoderamiento, cambio social, problemas sociales 121

1. Carácter y panorámicade la teoría comunitaria 121
   1.1. Nivel mesosocial y multifuncionalidad: explicación, intervención y valoración 121
2. Salud mental positiva 124
   2.1. Criterios 125
3. Desarrollo humano y suministros sociales 127
4. Empoderamiento y poder 131

© Ediciones Pirámide

   4.1. Concepto y carácterdel empoderamiento 132
   4.2. Poder social 135
5. Cómo empoderar a la comunidad: modelos operativos 138
6. Cambio social y comunitario 141
   6.1. Concepto y formas del cambio social 141
   6.2. Contenidos del cambio comunitario 143
7. El cambio psicosocial y sus límites 144
   7.1. Potencial y límites del abordaje psicosocial 146
8. Principios operativosdel cambio social 147
9. Problemas sociales 151
   9.1. Definición e ingredientes 151
   9.2. Enfoques teóricos: causas, efectos y soluciones 153

5. Investigación comunitaria. Sentimiento de comunidad 159

1. La investigación como intercambio cooperativo 160
2. Elección de método y nivel 162
   2.1. Nivel de análisis 163
3. Metodologías y asunciones implícitas 164
4. Panorámica metodológica: enfoques analíticos 166
5. Enfoques operativos 169
6. Investigando la comunidad psicológica 171
7. Sentimiento de comunidad 172
8. La comunidad y sus habitantes 173
9. Midiendo el SC: la escala 174
10. Estructura: relación, territorio y teoríade la comunidad 176
11. Relaciones del SC: participación, pertenencia y cambio social 178
12. Conclusión: potencial y límites; valores y lealtades del investigador 179

PARTE SEGUNDA
Bases operativas

6. Evaluación: necesidades, recursos y resultados 187

1. La evaluación social como metodología utilitaria 187
2. La evaluación como proceso social 190
3. Evaluación comunitaria y poder 194
   3.1. Implicaciones prácticas: participación, democracia y empoderamiento .. 195
4. La práctica: principios reguladores 196
   4.1. La evaluación en el proceso interventivo 196
5. Conocimiento instrumental 197
6. Valoración social, no diagnóstico psicológico 198
7. Multidimensionalidad: temas, actores, métodos 200
8. Proceso 203
9. Funciones interventivas 203
10. Enfoques y métodos de evaluación de necesidades 205
    10.1. Métodos verbales 206
    10.2. Otros métodos 208

© Ediciones Pirámide

11. Evaluación de programas: concepto y relevancia 210
12. Contenido. Modelo tripartito: bienestar, eficacia y utilidad 212
13. Proceso y tareas implicadas 215
14. Consideraciones prácticas 217

7. Intervención comunitaria: conceptos, supuestos, técnica y estrategia .. 225

1. Introducción: psicología comunitaria e intervención 225
2. La intervención social y su estructura 227
   2.1. Componentes y variedades 229
   2.2. ¿Intervención comunitaria? 231
3. Cuestiones previas: contradicciones, legitimidad, autoridad, intencionalidad, racionalidad 232
   3.1. Contradicción medios-fines: la intervención y lo comunitario 232
   3.2. Legitimidad, intervencionismo y deber de ayudar 233
   3.3. Autoridad: política, técnica y moral 236
   3.4. Intenciones, resultados y autobeneficio 236
   3.5. Racionalidad: efectos no deseados y lógica política 238
4. Supuestos metodológicos e ideológicos 239
5. Estructura funcional y social de la intervención comunitaria 240
   5.1. Estructura social: nivel centralizado y local 242
   5.2. Actores y sus funciones 243
6. Técnica: contenido y funciones 245
7. Desarrollo: negociación tripartita y estrategia consensuada 246
   7.1. Definiendo problemas y soluciones con los «grupos nominales» 246
   7.2. Una estrategia de consenso y aproximaciones sucesivas 248
8. Proceso: la intervención comunitaria como cambio planificado 250
9. Estrategia interventiva 254

PARTE TERCERA
Intervención: marco y métodos

8. Política y organización de la intervención comunitaria: participación e interdisciplinariedad 261

1. Los aspectos políticos y organizativos de la intervención comunitaria 261
2. Participación: significado y justificación 261
   2.1. Dimensión política y estratégica de la participación 262
3. Las formas y nivelesde la participación 264
4. La prácticade la participación social 267
   4.1. Condicionantes y contexto 267
5. Principios y recomendaciones 269
6. Potencial y límites 272
7. Interdisciplinariedad: organizando la cooperación entre profesiones 273
   7.1. Justificación: las razonesde la multidisciplinariedad y sus dificultades .. 274
8. Grados de colaboración disciplinar 275
9. Los componentesde la acción multidisciplinar 277
10. Proceso y condiciones 280
11. Potencial y costos 281

© Ediciones Pirámide

9. Ética de la intervención comunitaria 287

1. Relegación de la ética, anomia y reacción social 287
2. Ética social aplicable 289
   2.1. Sistemas de valor, relativismo metodológico y modulación contextual .. 290
   2.2. Características de la ética aplicada a lo social y niveles de análisis 291
3. Acción moral profesional: estructura 294
4. Acción ética social: diferencias 296
5. Ingredientes teóricos y analíticos: actores, valores, opciones y consecuencias 298
6. Temas y cuestiones éticasen la acción social 300
7. Valores y principios deontológicos 303
8. Valores sociales y comunitarios 306
9. Abordaje de las cuestiones éticas 308
   9.1. Enfoques y criterios evaluativos 308
10. Proceso analítico AVOC 309
11. Confidencialidad y derecho a la información: un caso 311

10. Papel psicológico-comunitario: contenido funcional y desempeño 319

1. El papel como puentepsicosocial entre teoría y praxis 320
   1.1. Dimensiones 320
   1.2. Significados y componentes 322
2. Características diferenciales 323
3. Contenido: Ingredientes 325
   3.1. Tipos de cambio, formasde relación y modelos formativos 325
4. Tareas y papeles en la solución de conflictos 327
5. Propuesta sintética: componentes básicos del papel sociocomunitario 329
6. Contenidos psicosociales 334
7. Desempeño de rol: condicionantes y conflictos 337
   7.1. Polaridades definitorias 337
   7.2. Determinantes del desempeño 338
   7.3. Conflictos de rol y sus soluciones 339

11. Modelos clínico-comunitarios: intervención de crisis y consulta 345

1. Salud mental comunitaria: entre la clínica y la comunidad 345
2. Intervención de crisis 346
   2.1. Crisis y estrés 347
3. Evaluación y objetivos 349
4. Principios y líneas de actuación 351
5. Intervención crítica tras un atentado terrorista 353
6. Consulta: origen y asunciones 354
7. Definición y carácter 355
   7.1. Características 356
8. Tipos de consulta 357
9. Proceso 359
10. Consulta en una biblioteca 360
11. Valoración 361

© Ediciones Pirámide

12. Prevención 365

1. Las razones de la prevención 365
2. Los desafíos: cambio cultural, aspiraciones humanas e intereses económicos 366
3. Bases epidemiológicas 368
4. Niveles de prevención 370
   - 4.1. Prevención primaria 371
   - 4.2. Prevención secundaria 372
   - 4.3. Prevención terciaria 373
   - 4.4. Estrategias genéricas y específicas 374
5. La práctica: diseño y realización de programas preventivos 375
6. El destinatario y su localización 375
7. La metodología: enfoques y estrategias 377
   - 7.1. Principios estratégicos 378
   - 7.2. Criterios de excelencia 380
8. Objeción ética y estratégica: autonomía, consentimiento informado y eficacia 380
9. Contenido de los programas preventivos: prevención primaria 381
10. Prevención secundaria 383
11. Prevención terciaria 384
12. Ilustraciones y experiencias preventivas 386

13. Ayuda mutua 393

1. Un fenómenode nuestros días 393
2. Origen y causas 394
3. Significados y perspectivas de la ayuda mutua 396
4. Definición y estructura 397
5. Los ingredientes esenciales 398
6. Mecanismos funcionales: la familia como modelo de apoyo 401
7. Mecanismos y funciones básicas de los GAM 404
8. Clasificando los GAM: tipos 406
9. Proceso 407
10. Hipótesis explicativas 407
11. El papel de los profesionales en la ayuda mutua 410
    - 11.1. La organización y el proceso técnico del apoyo profesional 411
12. Valoración crítica 413

Referencias 417

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

Índice de cuadros y figuras

Capítulo 1

Cuadro 1.1. Origen y causas del desarrollo de salud mental comunitaria y psicología comunitaria en Estados Unidos 34
Cuadro 1.2. Origen y características de la psicología social comunitaria 38
Cuadro 1.3. Psicología comunitaria en España: historia, áreas y raíces sociales 43
Cuadro 1.4. El «espíritu comunitario»: creencias y valores de la psicología comunitaria 47
Cuadro 1.5. Los valores de la psicología comunitaria 48
Cuadro 1.6. Evaluación de la psicología comunitaria 52
Cuadro 1.7. Agenda comunitaria del siglo XXI 58

Capítulo 2

Cuadro 2.1. Diferencias entre psicología comunitaria y enfoque clínico-médico 61
Cuadro 2.2. Salud mental comunitaria: estrategias y bases teóricas y metodológicas 64
Cuadro 2.3. Definiciones de psicología comunitaria 65
Cuadro 2.4. Perfiles norte y sur de la psicología comunitaria 70
Cuadro 2.5. Ingredientes y características básicas de la psicología comunitaria 77
Cuadro 2.6. Estilo interventivo comunitario 81
Cuadro 2.7. Los ejes de intervención comunitaria y psicología comunitaria 84
Cuadro 2.8. Tareas psicosociales básicas en intervención comunitaria 86
Cuadro 2.9. Procesos y tareas psicosociales centrales en psicología comunitaria 88

Figura 2.1. Dos visiones de la psicología comunitaria: intervención psicosocial y desarrollo comunitario 74

Capítulo 3

Cuadro 3.1. Comunidad: evolución histórica 95
Cuadro 3.2. Comunidad y asociación: dos tipos de agrupación social 98
Cuadro 3.3. Definiciones de comunidad 100
Cuadro 3.4. Nueva síntesis de comunidad 101

Cuadro 3.5. Funciones sociales de la comunidad 102
Cuadro 3.6. Comunidad y sociedad: relaciones y diferencias 104
Cuadro 3.7. Dimensiones básicas de la comunidad 106
Cuadro 3.8. Dimensiones del desarrollo comunitario 107
Cuadro 3.9. Estructura de la comunidad: componentes básicos 108
Cuadro 3.10. Estructura de la comunidad: componentes detallados 108
Cuadro 3.11. Análisis-evaluación integrada de la comunidad 114
Cuadro 3.12. Cómo «generar» comunidad 116

Figura 3.1. Continuo de comunidad 97

Capítulo 4

Cuadro 4.1. Características de la teoría psicológica comunitaria 122
Cuadro 4.2. Conceptos y modelos teóricos comunitarios 122
Cuadro 4.3. Criterios de salud mental positiva 126
Cuadro 4.4. Desarrollo humano y suministros externos 129
Cuadro 4.5. Empoderamiento/*empowerment:* concepto, estructura y niveles 133
Cuadro 4.6. Poder social: concepto, carácter y dinámica 136
Cuadro 4.7. Modelos y proceso de empoderamiento 138
Cuadro 4.8. Formas o tipos de cambio social 142
Cuadro 4.9. Contenidos del cambio sociocomunitario 144
Cuadro 4.10. Cambio psicosocial: concepciones 145
Cuadro 4.11. Potencial, límites y «soluciones» del enfoque psicosocial 147
Cuadro 4.12. Principios del cambio social 149
Cuadro 4.13. Visiones de los problemas sociales y sus soluciones 154

Capítulo 5

Cuadro 5.1. Enfoques de investigación comunitaria y dimensiones en que varían. 165
Cuadro 5.2. Características de los enfoques analíticos de investigación comunitaria 167
Cuadro 5.3. Características de los enfoques operativos de investigación comunitaria 168
Cuadro 5.4. Ítems de la escala de sentimiento de comunidad y dimensiones teóricas 175
Cuadro 5.5. Análisis factorial de la escala de sentimiento de comunidad 177

Capítulo 6

Cuadro 6.1. Evaluación social: concepto y carácter 188
Cuadro 6.2. Usos y formas de evaluación social 191
Cuadro 6.3. Estructura social: actores, papeles y dimensiones de la evaluación social 193
Cuadro 6.4. Evaluación comunitaria como conocimiento instrumental 198
Cuadro 6.5. Diferencias con la evaluación psicológica 200
Cuadro 6.6. Multidimensionalidad: temas, actores, métodos 201
Cuadro 6.7. *Stakeholders* o actores sociales en la evaluación comunitaria 202
Cuadro 6.8. Secuencia procesal: unidad, contenido, método 203
Cuadro 6.9. La evaluación comunitaria como interacción: funciones interventivas ... 203

© Ediciones Pirámide

Cuadro 6.10. Métodos de evaluación de necesidades y programas 205
Cuadro 6.11. Entrevista comunitaria: temas básicos 207
Cuadro 6.12. Relevancia y dimensiones de la evaluación de programas 211
Cuadro 6.13. Modelo tripartito de evaluación de resultados 213
Cuadro 6.14. Proceso de evaluación de programas 216
Cuadro 6.15. «Mandamientos» prácticos de la evaluación de programas comunitarios 218

Figura 6.1. La evaluación como parte del proceso de intervención comunitaria ... 197

Capítulo 7

Cuadro 7.1. Intervención social/comunitaria: definiciones 226
Cuadro 7.2. Definición de la intervención social 228
Cuadro 7.3. Componentes de la intervención social 230
Cuadro 7.4. Cuestión previa conceptual: ¿contradicción intervención-comunitaria?. 233
Cuadro 7.5. Cuestiones previas ético-políticas: legitimidad y autoridad 234
Cuadro 7.6. Cuestiones previas ético-técnicas: intencionalidad y racionalidad ... 237
Cuadro 7.7. Asunciones metodológicas e ideológicas de la intervención comunitaria 240
Cuadro 7.8. Estructura funcional de la intervención comunitaria (y social) 241
Cuadro 7.9. Estructura social de la intervención comunitaria 244
Cuadro 7.10. Funciones y contenidos principales de la intervención comunitaria 246
Cuadro 7.11. Programación comunitaria con los «grupos nominales» 247
Cuadro 7.12. Estrategia de elaboración consensuada de un programa comunitario.. 249
Cuadro 7.13. Proceso de la intervención comunitaria 250
Cuadro 7.14. Estrategia: concepto y aspectos básicos 255

Capítulo 8

Cuadro 8.1. Participación: carácter y significado 263
Cuadro 8.2. «Mapa» de la participación comunitaria: tipos, niveles, actores 265
Cuadro 8.3. Condiciones previas y contexto de la participación 268
Cuadro 8.4. Reglas prácticas de la participación comunitaria 270
Cuadro 8.5. Potencial y límites de la participación 273
Cuadro 8.6. Interdisciplinariedad: justificación y obstáculos 274
Cuadro 8.7. Grados: multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad 276
Cuadro 8.8. Colaboración disciplinar: estructura y componentes dinámicos 278
Cuadro 8.9. Condiciones que posibilitan/facilitan la colaboración disciplinar 281
Cuadro 8.10. Beneficios y costes potenciales de la colaboración disciplinar 282

Capítulo 9

Cuadro 9.1. Ética, básica y aplicada: concepto y carácter 292
Cuadro 9.2. Estructura ética AVOC: actores, valores, opciones consecuencias ... 299
Cuadro 9.3. Tipos de problemas éticos y situaciones que las generan 300
Cuadro 9.4. Temas éticos básicos de la intervención comunitaria 301
Cuadro 9.5. Cuestiones éticas frecuentes en la intervención comunitaria 302
Cuadro 9.6. Principios y pautas deontológicos de comportamiento 304

© Ediciones Pirámide

Cuadro 9.7. Valores sociales y comunitarios 306
Cuadro 9.8. Proceso de abordaje de las cuestiones éticas 309
Cuadro 9.9. Ilustración del esquema analítico: planteamiento del problema 311
Cuadro 9.10. Ilustración: planteamiento de las soluciones 313

Figura 9.1. Niveles y procesos de análisis ético 293
Figura 9.2. Esquema del acto ético psicológico 295
Figura 9.3. Esquema del acto ético social 297
Figura 9.4. Sistema comunitario de valores 307

Capítulo 10

Cuadro 10.1. Papel psicológico-comunitario: concepto, dimensiones y significado... 321
Cuadro 10.2. Características diferenciadoras del papel psicológico-comunitario.. 324
Cuadro 10.3. Formas de cambio social y tipos de relación 325
Cuadro 10.4. Estrategias y papeles interventivos en el conflicto comunitario..... 327
Cuadro 10.5. Componentes del papel interventivo comunitario 330
Cuadro 10.6. Estrategias básicas de dinamización y activación social 332
Cuadro 10.7. Contenidos psicosociales del papel comunitario 335
Cuadro 10.8. Polaridades desde las que se define el papel comunitario 337
Cuadro 10.9. Determinantes contextuales del papel interventivo 339
Cuadro 10.10. Estrategias para resolver conflictos de rol 340
Cuadro 10.11. Cómo facilitar el desempeño del papel práctico 341

Figura 10.1. Proceso e integración de funciones del papel sociocomunitario 334

Capítulo 11

Cuadro 11.1. Ámbito de la salud mental comunitaria (SMC) y características de intervención de crisis y consulta (ICC) 346
Cuadro 11.2. Proceso de la crisis 348
Cuadro 11.3. Características del modelo de intervención de crisis 349
Cuadro 11.4. Evaluación y objetivos de la intervención de crisis..... 350
Cuadro 11.5. Principios y acciones de la intervención de crisis..... 351
Cuadro 11.6. Características de la consulta..... 356
Cuadro 11.7. Tipos/modelos de consulta..... 357
Cuadro 11.8. El proceso de consulta 359

Figura 11.1. Estructura de la consulta..... 355

Capítulo 12

Cuadro 12.1. Características diferenciales de la prevención (primaria)..... 366
Cuadro 12.2. Epidemiología: conceptos básicos 369
Cuadro 12.3. Prevención primaria, secundaria y terciaria 371
Cuadro 12.4. Enfoques genéricos y específicos 374
Cuadro 12.5. Elementos de los programas preventivos 375
Cuadro 12.6. Formas de identificar el destinatario de programas preventivos..... 376
Cuadro 12.7. Enfoques metodológicos: ventajas e inconvenientes..... 377
Cuadro 12.8. Principios estratégicos 379
Cuadro 12.9. Criterios de éxito de programas preventivos 380

© Ediciones Pirámide

Cuadro 12.10. Contenido de la prevención primaria 382
Cuadro 12.11. Contenido de la prevención secundaria..... 384
Cuadro 12.12. Principios y contenido de la prevención terciaria 385

Figura 12.1. Esquema temporal de la prevención 372

Capítulo 13

Cuadro 13.1. Carácter y causas de la ayuda mutua 394
Cuadro 13.2. Perspectivas y significados de la ayuda mutua 396
Cuadro 13.3. Componentes básicos de la ayuda mutua..... 398
Cuadro 13.4. Definición de los grupos de ayuda mutua..... 400
Cuadro 13.5. Aportes funcionales de la familia y los grupos de ayuda mutua 404
Cuadro 13.6. Tres tipologías de los GAM..... 406
Cuadro 13.7. Dinámica y proceso personal de la ayuda mutua 408
Cuadro 13.8. Hipótesis explicativas de la ayuda mutua 408
Cuadro 13.9. Papeles de los profesionales en la ayuda mutua..... 410
Cuadro 13.10. Principios y proceso de formación de un GAM desde la orgnización externa 412

Abreviaturas usadas

GAM: grupos de ayuda mutua
PC: psicología comunitaria
SMC: salud mental comunitaria
SC: sentimiento de comunidad

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Éste es el tercer intento de presentar por escrito la psicología comunitaria (PC). El primer intento, de 1988, derivó de una memoria académica; el segundo —de 1991, reimpreso en 1996— amplió hasta límites casi enciclopédicos los contenidos y aportaciones en un intento de mostrar a academia y sociedad los alcances teóricos y técnicos de ese híbrido de psicología social práctica y servicio público que es la PC. En ambos casos se incluían, y ordenaban, muchos referentes y puntos de vista, aunque procedentes mayormente de Estados Unidos. No en vano la PC había alcanzado allí un alto grado de elaboración y, sobre todo, de difusión a través de libros y revistas que daban, sin embargo, una visión temática e ideológicamente parcial del campo. Consciente de ello, y para compensar tal sesgo, vi preciso introducir en ediciones precedentes capítulos adicionales sobre el desarrollo de comunidad y la PC latinoamericana que mostraban otros caminos teóricos y prácticos más ligados a las realidades sociales europeas y sudamericanas.

Con el paso del tiempo, las reacciones de estudiantes y colegas, la multiplicación de publicaciones y el contacto con nuevas realidades sociales y culturales iban dejando al descubierto un serio *desfase* entre lo escrito y lo que, como fruto de la «digestión» de esas influencias, yo explicaba en clase; entre la exposición erudita y libresca y la palabra viva labrada por el diálogo y la reflexión. Estaba claro: era necesario un nuevo texto, más claro y manejable, que pusiera al día conocimientos y puntos de vista; que destilara el acervo documental conceptual y práctico existente y compendiara con la mayor sencillez posible lo aprendido de la observación, la escucha y la reflexión personal o compartida. (Además, ésa es una de las obligaciones fundamentales de los que estamos en la universidad: dejar constancia de lo que vamos aprendiendo de la forma más clara y accesible posible.) Un compendio que contemplara la diversidad real del campo psicológico-comunitario sin renunciar a alcanzar una síntesis con sentido de ella; con una vocación más práctica que erudita pero que no excluyera una visión global y crítica de los temas centrales ni, desde luego, el realismo y la reflexión autocrítica mostrando no sólo nuestras presencias, logros y saberes sino también nuestros silencios, ignorancias y límites del campo, raros en un discurso, el comunitario, a menudo demasiado combativo y autorreivindicativo. Creo que la reflexión ética continuada es una pieza central de este empeño.

Tres influencias han resultado decisivas para la elaboración de esta tercera presentación de la PC. Una, la *enseñanza universitaria* en nuestra propia realidad social y comunitaria: el continuado esfuerzo por explicar el campo, la discusión con los estudiantes de licenciatura y doctorado de los conceptos, métodos y casos han cambiado y enriquecido

considerablemente las ideas iniciales (muchas de cuño estadounidense) y exigido agilizar la forma de transmitirlas, revelando, por contraste, la obsolescencia literaria y pedagógica del texto escrito que usaba como respaldo. Dos, el contacto con la *PC* en *América Latina*, tanto a través de la escucha y el diálogo con los estudiantes de doctorado como del más ocasional conocimiento en directo de algunas experiencias, preocupaciones y formas de percibir y encarar unas y otras de los practicantes y docentes comunitarios allí. Es precisamente la constatación del contraste de la praxis —y el concepto— de la PC en Sudamérica respecto de sus contrapartes en Norteamérica —que habían cimentado los escritos anteriores— lo que me llevó a introducir la dualidad norte-sur en la forma de entender y practicar la PC y el sentido que esa disparidad adquiere en cada contexto social. Tres, las *nuevas «realidades» sociales e intelectuales,* que, como la globalización, la posmodernidad o la extensión epidémica de la evaluación —cuya grado de consistencia «real» o moda pasajera es difícil discernir ahora—, pueden alterar sustancialmente el quehacer del psicólogo comunitario. Primero, porque suponen un cambio del «mundo social» (o al menos de las coordenadas sociohistóricas) en que se trabaja: la PC nació y creció a caballo de movimientos sociales hoy casi exangües. Enfrentados a un mundo culturalmente prefabricado, moralmente anémico, apenas solidario, individualizado e «intoxicado» de modelos egoístas y consumistas de realización personal, nos invade la duda de hasta qué punto una forma de entender la realidad y cambiarla basada en aspiraciones de pertenencia, en la comunidad y la justicia social puede ser pertinente y, además, factible. Segundo, dado que en la PC se propone un cambio *con* la gente, las nuevas realidades nos enfrentan (capítulo 1) a la posible redefinición o reorientación de la PC en vista tanto del propio espíritu rebelde y activista como de los tiempos que corren; la tecnificación, visible en el mencionado auge de la evaluación, parece una respuesta obvia, pero no siempre acertada a los cambios. Quizá no es superfluo aclarar, en fin, que esta síntesis se hace desde unas coordenadas sociales y temporales (la España europea surgida tras la dictadura) reconocidas en el examen histórico (capítulo 1), coordenadas que marcan especificidades y diferencias pero también comunalidades y vinculaciones con otras áreas y realidades sociales, lo cual, creo, permite hablar de un campo unitario, aunque con variantes temáticas y regionales, llamado psicología comunitaria.

Este libro registra algunos cambios y novedades —asociados a los factores e influencias comentados— de forma y contenido respecto de la edición anterior, de 1991. En cuanto al contenido, destaca el peso de la *evaluación* como condición previa de la praxis comunitaria racional, pero también como legitimación social de esa práctica en un tiempo en que la invocación de unos valores (solidaridad, justicia, compromiso, etc.) respetados cuando se fundó la PC ya no basta para justificar las acciones sociales; hoy día, hay que mostrar que los programas funcionan y las acciones son eficaces. Se acentúa, por tanto, el peso relativo de las exigencias técnicas frente a las meras invocaciones ideológicas, otrora casi suficientes. Sin embargo, y como muestra el capítulo 6, la evaluación debe ser vista como un fenómeno técnica y socialmente polivalente: puede usarse tanto para el dominio de los otros como para favorecer el control democrático y la igualdad de oportunidades. Encarna, además, eficazmente —y por razones que han de ser exploradas en profundidad— la tremenda tecnificación de la vida moderna —y de la práctica profesional— como sustituto de la en otro tiempo denostada burocracia, con los riesgos de deshumanización y «esclerotización» social inherentes a los excesos racionalistas de uno u otro signo que marcan nuestro tiempo pero que, a la vez, resultan tan útiles técnicamente y tan lucrativos económicamente.

He introducido también un capítulo específico (el 9) de *ética social* que resume lo explicado en distintos cursos. En realidad las consideraciones éticas infiltran el conjunto del libro desde la convicción de que los valores son centrales tanto para definir la PC (un enunciado tan repetido como poco aplicado) como para practicarla. Y de que el campo necesita una cura de realismo que, abandonando el refugio en el limbo de la gran retórica y las buenas intenciones, le lleve a mirarse —con

© Ediciones Pirámide

la mediación de esos valores— en el espejo de las prácticas y los resultados reales. La ética comunitaria impregna, por tanto, no sólo las acciones sino también los análisis comunitarios. Y es contemplada en su complejidad social y con el cariz político que suele acompañarle. Se desgranan también los temas y cuestiones a que se enfrenta el practicante, y los valores deontológicos y sociales que pueden orientar la acción y un proceso metodológico que ordena el análisis y solución de las cuestiones éticas basada en los cuatro ingredientes básicos de la ética social: actores, valores, opciones y consecuencias.

Se ha ampliado considerablemente el espacio dedicado al *empoderamiento* (el *empowerment* anglosajón), un concepto emergente que ha invadido, literalmente, el discurso social, político e institucional actual; lo cual quizá avala su pertinencia pero desprende, al mismo tiempo, un sospechoso tufo de moda pasajera que habrá que vigilar. Ciertamente viene a reconocer el peso del poder y sus dinámicas en el trabajo comunitario, suponiendo, además, un desplazamiento del centro de gravedad psicológico desde la salud mental hacia el poder psicosocial, que pasa a compartir, con la comunidad, la centralidad conceptual de la PC. He dado algunas pinceladas amplias del empoderamiento asumiendo tanto su carácter fronterizo entre lo psicológico y lo social (o sociopolítico) como la mutua dependencia de ambos planos; reconociendo la aportación psicológica anglosajona pero trascendiéndola con algunas intuiciones e ideas sociológicas más generales. Y me he atrevido a esbozar tres modelos operativos para orientar el trabajo práctico, a sabiendas, claro está, de que la exploración de este tema acaba de comenzar y tendrá, previsiblemente, un largo recorrido.

He usado una estrategia de «capas de cebolla» para *definir la PC* (el capítulo 2). Primero, y cuestionando la unicidad homogénea del campo resultante de «universalizar» el modelo estadounidense, he introducido la *diversidad* en PC, a través de la polaridad *norte-sur* y los perfiles, diferenciados pero convergentes, asociados. Eso me ha permitido —y obligado— moverme desde la periferia de distintas visiones del campo —Salud mental comunitaria y psicología social comunitaria—, cuyo trasfondo histórico se ha narrado en el capítulo 1, hacia un «concepto mínimo» común desde el que entender diferencias y semejanzas y llegar, finalmente, a proponer un «concepto sintético» integrador —en principio compatible con la dualidad norte-sur— que puede, de todas formas, materializarse en una bifurcación de modelos de actuación general —uno más interventivo, otro más procesal— ya barruntados en artículos y debates del campo comunitario. No creo que haya que afinar más porque, a la postre, un campo queda definido implícitamente por lo que en conjunto contiene; lo otro, las definiciones formales, no pasan de ser avances o aproximaciones de mayor o menor mérito.

Hay otros cambios menores. Se ha ampliado el espacio dedicado a la comunidad en diversos capítulos —históricos, conceptuales, de investigación—, dándole en el específicamente dedicado a ella (capítulo 3) un tratamiento más sintético y operativo. En coherencia con el reconocimiento de la diversidad, se han incluido tres guiones históricos del campo añadiendo los de América Latina y España al de Estados Unidos, que era casi el único reconocido habitualmente. Se ha incluido un capítulo sobre investigación comunitaria, otro campo deficitario, centrado en los enfoques metodológicos, pero que contiene también y a modo de ilustración una investigación del sentimiento de comunidad, uno de los pilares conceptuales del campo. Se ha rebajado el contenido clínico-comunitario, reagrupando los temas de intervención de crisis y consulta en un solo capítulo e integrando la noción de salud mental positiva en el conjunto de bases teóricas del campo. He prescindido del detalle de varias aportaciones teóricas, metodológicas o empíricas para obtener un compendio más coherente, integrado, a la vez que *práctico y legible,* de la PC. Ello me ha exigido un doble esfuerzo, de relación e integración de temas, conceptos y puntos de vista, por un lado, y de simplificación y clarificación conceptual y de lenguaje, por otro, que espero merezca la pena a quienes usen el libro. La orientación sintética y práctica no ha impedido

© Ediciones Pirámide

—al contrario ha requerido— trazar una introducción global y crítica de los temas esenciales. Sí ha exigido, en cambio, abreviar esa visión general y ponerla en la perspectiva comunitaria; ha sido también preciso seleccionar enfoques y métodos de análisis y actuación entre la pléyade existente y primar en general los aspectos más prácticos y viables de esos enfoques. La introducción de múltiples cuadros, así como de «resúmenes» y «términos clave» en cada tema, debe ayudar, espero, a la comprensión global y a captar lo esencial de cada asunto. En el mismo espíritu, he sustituido la larga lista de referencias y citas de ediciones anteriores por unas pocas lecturas recomendadas en cada tema y por una lista final mucho más reducida y actualizada de la PC primando lo publicado en español, sin ignorar la literatura en inglés, mucho más extensa pero menos accesible al lector español o iberoamericano. El índice temático debe, en fin, ayudar a la tarea de consulta puntual o más localizada que la lectura sistemática y ordenada del texto.

El libro está organizado en tres partes dedicadas, por este orden, a: definir la PC y sus conceptos y teorías básicas, explicar sus bases para actuar u operar y describir el marco organizativo y contextual y algunas estrategias y métodos de intervención.

I. Concepto y bases teóricas. Se trazan primero los orígenes y *desarrollo histórico* y social de la PC en Estados Unidos, América Latina y España, desvelándose las asunciones y valores del campo y haciendo un balance provisional (capítulo 1). El capítulo 2 *define la PC* a partir de las diferencias norte-sur y un concepto mínimo que llevan a un modelo sintético integrador, explicando también las dimensiones y características teóricas y prácticas («estilo interventivo») del campo. El capítulo 3 se ocupa de *la comunidad*, su significado histórico y social, dimensiones esenciales y estructurales y las formas de analizarla y evaluarla, proponiéndose también una «nueva síntesis» del concepto. El capítulo 4 revisa el resto de *conceptos y modelos teóricos* comunitarios: salud mental positiva, desarrollo humano, empoderamiento o *empowerment*, cambio social (y psicosocial) y problemas sociales. El capítulo 5 se dedica a la *investigación comunitaria,* describe los enfoques y métodos usados en PC y ofrece para ilustrarla un estudio del sentimiento de comunidad.

II. Bases operativas: evaluación e intervención. Constituyen, como bases «trasversales», la metodología práctica general de la PC, que se complementa en la parte tercera con aspectos procesales o métodos más concretos. Asumida como conocimiento utilitario y social, no como mera metodología científica o diagnóstico psicológico, la *evaluación comunitaria* (capítulo 6) es presentada como un fenómeno complejo y polivalente, describiéndose los enfoques y métodos usados en la evaluación de necesidades y programas y los aspectos prácticos a tener en cuenta. El capítulo 7 desarrolla una teoría de la *intervención comunitaria* como un tipo de intervención social (psico-social, mejor) de composición tridimensional (técnica, estrategia, valores) que es examinada y discutida: cuestiones ético-políticas, proceso técnico y aspectos estratégicos principales.

III. Intervención: marco y métodos. Esta parte describe los aspectos organizativos y contextuales que enmarcan la intervención, por un lado, y algunas estrategias y métodos comunitarios, por otro. El capítulo 8 se centra en la *participación* —el ingrediente político de la acción comunitaria—, estructura general y principios prácticos y la *multidisciplinariedad*, como procedimiento práctico-teórico de organización de la colaboración profesional, discutiendo su estructura y potencial. El capítulo 9 resume los aspectos *éticos* de la acción comunitaria, define y caracteriza la ética social aplicada y sus ingredientes básicos, muestra los temas y cuestiones relevantes y/o frecuentes y los valores —deontológicos y sociales— aplicables, así como una metodología para plantear y dar solución a esas cuestiones. El capítulo 10 examina el *papel comunitario* —y sus aspectos más específicamente psicosociales—, sus características, componentes básicos y las dificultades de su desempeño. Y los tres capítulos restantes examinan

© Ediciones Pirámide

enfoques de acción comunitaria: la *intervención de crisis y consulta*, los métodos, a medio camino entre lo clínico y lo comunitario (capítulo 11), propios de la salud mental comunitaria; la *prevención* (capítulo 12), también proveniente del campo de la salud, a la que se da un enfoque metodológico que se ilustra con varios ejemplos; y la *ayuda mutua*, un híbrido de movimiento social y forma alternativa de ayuda que, respetando su carácter profundamente auto-gestionado, admite el impulso y apoyo externo (capítulo 13).

Barcelona, enero de 2007.

ALIPIO SÁNCHEZ VIDAL
asanchezvi@ub.edu

© Ediciones Pirámide

PARTE PRIMERA
Concepto y bases teóricas

1 Orígenes, desarrollo y valoración

Se suele hablar de psicología comunitaria (PC), en singular, como si existiera un solo cuerpo práctico-teórico, ligado a la disciplina desarrollada en Estados Unidos de América (EUA), que sería *el* referente y modelo básico, si no el único. La realidad es, sin embargo, que, tanto histórica como temáticamente, el campo es plural (Sánchez Vidal, 2001a), y el término «psicología comunitaria» abarca formas distintas, aunque convergentes, de comprensión y práctica de lo comunitario desde la psicología como respuesta a retos y demandas sociohistóricas específicas. Así, mientras en EUA la PC es creada por psicólogos clínicos insatisfechos con la forma de atender la salud mental en una sociedad muy polarizada por una guerra exterior (Vietnam) y los derechos civiles, en la América Hispana deriva del injerto de psicólogos muy concienciados políticamente en experiencias pluridisciplinares de desarrollo comunitario en sociedades marcadas por la pobreza, el autoritarismo y la dependencia externa. Mientras en EUA (y otros países ricos) los psicólogos comunitarios reivindican la comunidad frente a los estragos causados por el individualismo y el utilitarismo social, en el sur (véase el capítulo 2) se preocupan por la pobreza, la desigualdad y el fatalismo social. En España, el desarrollo de la PC está ligado (como en el «cono sur» latinoamericano, por otro lado) a una «transición democrática», a la emergencia académica y profesional de la psicología y al fortalecimiento de los sistemas de salud, educación y protección social para construir un Estado del bienestar al estilo europeo.

De forma que en este capítulo, dedicado a situar históricamente y valorar la psicología comunitaria (PC), se destierra ya de entrada el mito de la entidad unitaria del campo, narrando, junto al «guión» histórico estadounidense, los correspondientes a América Latina y España, ligados a dinámicas y realidades sociales distintas desde las que podemos comprender mejor los «productos» científico-prácticos surgidos en cada una. Eso no debe hacernos olvidar, sin embargo, las convergencias e interrelaciones tanto de las variantes comunitarias generadas como de las matrices sociohistóricas de origen. Ni tampoco, que, como sucede en otros campos, al estar mejor documentado y haber tenido mayor difusión, el «guión» histórico —y la propia PC— estadounidense ha alcanzado una superior «eficacia» como modelo a seguir en otras regiones sociales.

Dejamos para el capítulo 2 la descripción temática de las distintas formas de entender y practicar la PC para centrarnos, en éste, en la narración histórica y el análisis social. No sólo nos interesa cómo y cuándo surgen entre los psicólogos los afanes comunitarios en un contexto social, sino, también, *por qué* surgen: cuáles son las fuerzas sociales y las razones profesionales que no sólo explican el nacimiento y desarrollo del campo sino que nos pueden permitir vislumbrar su futuro a la luz de las siempre cambiantes circunstancias. Da-

© Ediciones Pirámide

das, por otro lado, la gran carga activista del campo comunitario y su limitada sistematización teórica, la aproximación histórica es una buena forma de introducirse en la PC y de tener una primera comprensión global de ella. Narro, pues, por separado el desarrollo de la PC en EUA, América Latina y España distribuyendo el espacio según las áreas en que supongo se usará este libro, la disponibilidad del análisis sociohistórico y la documentación a mi alcance: resumo por archiconocida la historia norteamericana, ofrezco un esbozo tentativo de la sudamericana (menos documentada y conocida por mí) y me extiendo en la española, en que, al serme más familiar, hago un esfuerzo de sistematización de las diversas piezas informativas dispersas a lo largo y ancho de la literatura. La segunda parte del capítulo es mucho más interpretativa y valorativa y, por tanto, susceptible de discusión y discrepancia; la dedico a sintetizar las creencias y valores implícitos en la PC, hacer un balance de la breve vida del campo y proponer una agenda para el futuro y, en función de ese carácter de reflexivo y evaluativo, puede ser inicialmente obviada, reservando su lectura para el final, tras haber leído otros capítulos del libro. Su lectura debe, además, estimular la propia reflexión crítica del lector, que, a partir de su situación social, geopolítica u otra, debería ser capaz de confeccionar unas conclusiones y una agenda de futuro diferente o, al menos, diferenciada de la que aquí se incluye.

1. ESTADOS UNIDOS: SALUD MENTAL COMUNITARIA Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

A diferencia de la europea y latinoamericana, la historia de la PC estadounidense está escrita; basta ver, por ejemplo, los libros de Levine (1981), de Bloom (1984) o el monográfico del *American Journal of Community Psychology* (1987). Como se ha apuntado, los psicólogos comunitarios estadounidenses han elaborado un guión histórico y conceptual más coherente y documentado que sus homólogos de otras regiones que, al ser, además, el más antiguo y difundido, ha tendido a ocupar el centro del escenario comunitario y a apropiarse del conjunto del campo. De tal manera que en otras regiones no pocos sectores y autores le otorgan a menudo el papel «natural» de modelo a seguir aunque las necesidades y circunstancias históricas y sociales difieran marcadamente de aquellas en que se desarrolló la corriente comunitaria estadounidense. Es también visible (sobre todo en América Latina) una tendencia a reivindicar la forma autóctona de conceptuar y practicar la PC cuya combinación con la anterior suele producir una actitud general de ambivalencia variable que liga el reconocimiento del legado comunitario estadounidense con el rechazo del riesgo de colonización que siempre acompaña a los contactos con esa cultura.

1.1. Origen y contexto

En EUA la PC nace en los años *sesenta* del pasado siglo. Y, no por casualidad... Los sesenta son una época convulsa y rebelde preñada de cambios sociales y culturales que fecundan las décadas venideras marcando buena parte de la agenda política y social hasta el advenimiento de la «contrarreforma» neoliberal y la globalización que sigue al hundimiento del socialismo. En esos años EUA (véase, por ejemplo el espléndido retrato de Rosen y Kingsbury, 1977) es una sociedad crispada y polarizada en torno a serios conflictos: protesta contra la guerra de Vietnam, movimiento pro derechos civiles de los negros, rebelión contracultural, brecha generacional, guerra fría contra «el comunismo», etc. Todo eso en medio de una euforia económica en que los recursos parecen ilimitados y la búsqueda de una sociedad mejor, más justa y culturalmente libre encandila a los jóvenes. Y no sólo en Occidente; en China, Mao lanza la «revolución cultural», y en Cuba las conquistas sanitarias, sociales y educativas de la revolución castrista iluminan, como un potente faro, el continente americano.

El *movimiento comunitario* estadounidense se incuba en este contexto. Combina el triple activismo ciudadano, contracultural y profesional con el impulso político del gobierno de Kennedy, que aprovecha el clima social y la bonanza económica para

© Ediciones Pirámide

mejorar la atención profesional y las condiciones de vida de los «enfermos» mentales. Inicialmente, el Instituto Nacional de Salud Mental (1949) es el catalizador de los esfuerzos reformistas. Varios psicólogos trabajan con Caplan y Lindemann en la línea multidisciplinar de prevención y trabajo comunitario que, al usar el enfoque comunitario con problemas de salud mental, se llama salud mental comunitaria. Caplan aporta gran parte del andamiaje conceptual y práctico preciso: introducción del modelo de prevencion en el campo de la salud mental, teoría de crisis, metodología de consulta, apoyo social, etc.

Dos son los *hitos históricos* (véase el cuadro 1.1) de la PC estadounidense. En 1963 Kennedy propone la creación de los centros de salud mental comunitaria, la piedra angular de la nueva forma de atención. En 1965, un grupo de psicólogos comunitarios «rompen» con la línea «clínico-comunitaria» (la salud mental comunitaria) y «fundan» la psicología comunitaria como empresa «específicamente» psicológica, más politizada y acorde con los nuevos vientos sociales. Estas dos fechas señalan respectivamente el origen *social* y académico de la PC estadounidense. En su mensaje de 1963 al Congreso el presidente Kennedy recomienda que se adopte un «enfoque nuevo y atrevido», preventivo, para combatir los problemas de trastorno mental; un enfoque que, además de contar con programas concretos para paliar las causas del trastorno mental, exige que se fortalezca la comunidad y el sistema de bienestar social, que se adopten programas educativos para corregir las duras condiciones ambientales a menudo asociadas al trastorno mental. Posteriormente, y siguiendo las recomendaciones de la Comisión establecida para estudiar el trastorno y la salud mental, se crea una red de «centros de salud mental comunitaria», que habrán de sustituir el tratamiento hospitalario del problema mental por la prevención y la atención comunitaria de ese trastorno. Es el origen socioprofesional del trabajo comunitario.

Por otro lado, en 1965 algunos psicólogos que están usando el enfoque comunitario en diversos ámbitos (Instituto Nacional de Salud Mental, programas en distintas comunidades, universidades) se reúnen en un barrio de Boston para redefinir la formación psicológica. Acaban, sin embargo, elaborando una proclama (Bennett, 1965; Blanco, 1988) más amplia, radical y acorde con los tiempos que corren. Se propone un nuevo campo y forma de actuación en que el psicólogo de salud mental, rompiendo los moldes establecidos, sea un *agente de cambio social*, analista de sistemas sociales, consultor en asuntos comunitarios y «conceptualizador participante», que estudia integralmente a las personas en relación a su contexto. El nuevo campo es apropiadamente bautizado «psicología comunitaria» *(community psychology)*. Y aunque en 1974 aparece un primer libro a cargo de Zax y Specter con ese título, hay que esperar tres años más para ver el influyente volumen de Rappaport (1977), cuyo subtítulo —«valores, investigación y acción»— revela el triple carácter —ético, científico y político— que para ese autor tiene la PC.

2. RAÍCES E INFLUENCIAS

¿Qué fuerzas históricas y tendencias sociales están en la raíz de la constitución social y profesional de la PC en los sesenta en EUA? Diversos análisis sociales y comunitarios aportan pistas útiles para responder a esa pregunta: Korchin (1976), Zax y Specter (1979), Levine (1981) y Bloom (1984), *American Journal of Community Psychology* (1987), Nisbet (1953), Sarason (1974), Bell (1976) y Bellah y otros (1989). Sintetizo en cinco (cuadro 1.1) los factores asociados a la emergencia y desarrollo de la PC en EUA: descontento con los servicios de salud mental, cambios sociales ligados a la industrialización y urbanización, activismo social y profesional de los sesenta, «aplicacionismo» psicosocial y estudio del cambio social. Como se verá, varios de esos «determinantes» están también implicados en grado variable en el surgimiento de la PC en otros países al atravesar períodos de desarrollo económico similares. El análisis muestra, sin embargo, que ciertos rasgos culturales y sociales específicos modulan la influencia final que la industrialización y los profundos cambios asociados tienen en las distintas sociedades y en la forma

© Ediciones Pirámide

en que éstas encaran los retos y problemas sociales ocasionados por los cambios. Examinemos brevemente esos factores.

2.1. Alternativas de atención en salud mental

Como se ha indicado, la PC estadounidense es esencialmente un movimiento para cambiar la concepción y respuesta social y profesional a los problemas de salud mental que se da en un contexto social convulso. Un movimiento impulsado por la denuncia de ex pacientes mentales, las propuestas de la antipsiquiatría europea y el activismo entusiasta de un sector de psicólogos clínicos que, insatisfechos con el modelo médico y el tratamiento psiquiátrico, buscan enfoques y alternativas más humanos, eficaces y socialmente justos. Veamos los distintos aspectos que motivan la búsqueda de nuevos modelos conceptuales e interventivos para los problemas psicológicos.

CUADRO 1.1

Origen y causas del desarrollo de salud mental comunitaria y psicología comunitaria en Estados Unidos

Hitos históricos	**1963. Propuesta «centros de salud mental comunitaria»** **1965. Conferencia Boston: «psicología comunitaria»**
Causas	Búsqueda de alternativas servicios de salud mental • Repudio del modelo médico. • Rechazo del hospital psiquiátrico, desinstitucionalización. • Desencanto con psicoterapia. • Desproporción oferta-demanda. • Nuevos problemas psicosiciales (drogas, fracaso escolar, crisis familiares, estrés, etc.). Desintegración social y desarraigo psicológico. Activismo social de los sesenta. Aplicación/intervencionismo psicosocial. Estudio científico del cambio social.

El repudio del modelo médico. Los problemas mentales *no* han de ser considerados *enfermedades* a diagnosticar y tratar con fármacos en un hospital, sino, más bien, el resultado de conflictos sociales de los que los individuos serían meros «portadores» y en que el profesional desempeña un papel de «etiquetador» que coadyuva al despojamiento de la responsabilidad personal, al estigma social y el encierro en hospitales psiquiátricos de los afectados. El psicólogo debe, en consecuencia, desmarcarse de ese papel represor y estigmatizador definido por el modelo biomédico y buscar alternativas terapéuticas globales que, partiendo de un análisis de las raíces sociales y psicológicas del trastorno mental, considere, además de la terapia psicológica, la prevención y potenciación personales. En suma, a la custodia hospitalaria destructora de la humanidad de los pacientes se opone una alternativa comunitaria, potenciadora y liberadora. La revuelta contra el modelo médico y la emergencia del trabajo comunitario, desligado de la institución hospitalaria y la jerarquía médica que lo acompaña, contribuyen, además, poderosamente a la democratización de la atención en salud y a la búsqueda de nuevos roles y oportunidades profesionales para los psicólogos.

El rechazo del hospital psiquiátrico. El hospital psiquiátrico es —junto al modelo médico— la auténtica «bestia negra» del movimiento comunitario, el blanco preferido de la crítica psicológica y social. Se le acusa de ser un simple «depósito» que «custodia» a las personas con dificultades psicológicas,

© Ediciones Pirámide

sin ofrecerles ayuda terapéutica, sólo disponible, en todo caso, para aquellos privilegiados que pueden pagarse la psicoterapia privada. Pero es que, además de no ser terapéutico, el hospital psiquiátrico, se dice, tiene efectos muy negativos sobre sus acogidos, a los que «institucionaliza» y deshumaniza en un proceso en que los pacientes son separados de su entorno comunitario, despojados de su capacidad de decidir y controlar su propia vida y sometidos a una vida rutinaria y sin sentido propia de la «institución total». La aparición de las *drogas psicoactivas* —que suprimen muchos síntomas perturbadores y permiten que los psicóticos se desenvuelvan con relativa normalidad en la vida diaria— y el desarrollo de *alternativas* psicosociales —terapia del medio, comunidad terapéutica, intervención de crisis, consulta y otros— permiten la *desinstitucionalización* psiquiátrica que comporta el cierre de muchos hospitales y la vuelta de sus internados a sus familias o comunidades de origen, donde pueden seguir un tratamiento más humano y socialmente arraigado. La desinstitucionalización esconde, también y por desgracia, motivaciones económicas (se espera ahorrar dinero al cerrar los hospitales psiquiátricos) que impiden crear los servicios de atención comunitaria necesarios, realizándose muchas veces sin la debida preparación de familias y comunidades. Se producen, por tanto, efectos negativos para los propios ex pacientes, algunos de los cuales acaban en la calle o viviendo en condiciones lamentables, creando un rechazo de mucha gente a que los «locos anden sueltos» por la comunidad.

El desencanto con la psicoterapia y los nuevos problemas psicosociales. La aparición en los años cincuenta de algunos estudios empíricos (por lo demás bastante mediocres y tendenciosos) que cuestionan la eficacia del psicoanálisis y otras formas de psicoterapia refuerza el desencanto con esas formas de tratamiento psicológico que habían creado ingenuas expectativas de acabar con el trastorno mental. Pese a la refutación posterior de los «datos» iniciales, su difusión estimula la búsqueda de alternativas psicológicas y psicosociales a una psicoterapia individual que, aunque fuera eficaz para algunos, resultaba bastante limitada, cara y socialmente selectiva. Dos encuestas encargadas por una comisión para el estudio de la salud y enfermedad mentales (Albee, 1959; Gurin y otros, 1960) mostraron, además, tanto la enorme *desproporción* entre la gran *demanda* de atención en salud mental y la limitada *oferta* profesional como el potencial terapéutico de personas no profesionales en situaciones críticas y de dificultad que, además de no ser atendidas por los profesionales, pueden ser el primer paso del desarrollo de un problema psicológico más serio. Emergen, finalmente, nuevos problemas (drogas, abortos, crisis familiares y de relación, «desajustes» sociales, etc.) que, por su naturaleza más social, demandan respuestas interventivas distintas de la psicoterapia tradicional formal, más flexibles, inmediatas y cercanas al estilo de vida y valores de los grupos sociales —jóvenes, pobres, marginales, etc.— que las sufren. La convergencia de los límites de la psicoterapia, la evidencia del papel de los agentes terapéuticos «naturales» y la emergencia de nuevos problemas psicosociales apuntan claramente a la necesidad de desarrollar y poner a prueba nuevas formas de actuación más apropiadas a los nuevos problemas y a los grupos sociales demandantes. El trabajo familiar, grupal y comunitario, la intervención de crisis, la consulta, la educación para la salud y la prevención son algunos de los enfoques que surgen en respuesta a esa necesidad sentida.

2.2. Desintegración social y desarraigo psicológico

Numerosos análisis y proclamas coinciden en denunciar desde distintos ámbitos los alarmantes perjuicios sociales y psicológicos que han acompañado al «progreso» económico y técnico y a sus supuestos socioculturales reivindicando la recuperación de una comunidad cimentada sobre la vinculación personal: Nisbet (1953), Sarason (1974), Bellah y otros (1989), Sawaia (1996), Memmi (1984), Kirpatrick (1986), Sennett (1998) o Marina (1997) son ejemplos representativos. En EUA, el vigoroso desarrollo industrial y la urbanización de la segunda parte del siglo XIX y primera del XX, unidos al auge de la burocracia industrial (corpo-

© Ediciones Pirámide

raciones) y gubernamental y al individualismo, el egoísmo utilitarista y la feroz competitividad social como bases valorativas de la vida social, minan seriamente la comunidad y la capacidad de vinculación y compromiso con los demás y con las tradiciones que recrean las comunidades (Bellah y otros). Las instituciones sociales primarias (familia, localidad, relaciones interpersonales, religión), imprescindibles para aportar identidad y pertenencia personal y para vincular a personas y sociedad, tienen cada vez menos peso social frente a instituciones utilitarias (como el trabajo, el gobierno o la corporación industrial), centrales para el desarrollo económico y la asignación de recompensas sociales (Nisbet). Como consecuencia, las personas se sienten cada vez más solas, desvinculadas de los demás, desarraigadas y huérfanas de normas y significado vital. La pérdida real del «sentimiento de comunidad» (Sarason) dispara la busqueda subjetiva de comunidad o las «terceras vías» de organización social basadas en la vinculación con los otros, no en el contrato social entre individuos egoístas ni en la «disolución» de esos individuos en totalidades sociales que les arrebatan la dignidad e identidad personal (Kirpartrick, Memmi).

Mirados desde esta perspectiva global, los problemas psicosociales tan visibles en las sociedades modernas y económicamente desarrolladas pueden ser leídos sin dificultad como signos de desintegración social y de desarraigo y pérdida de significado vital de los individuos. Y la emergencia de términos como el «sentimiento de comunidad» (capítulos 2 y 6) o el «capital social» es una respuesta conceptual («toma de conciencia», si se quiere) de los analistas sociales ante los cambios y las «nuevas realidades» surgidas como «efectos secundarios» de la industrialización y la modernidad occidental. Así es que en EUA para algunos (Sarason) la PC habría de tener como meta central la recuperación del sentimiento de comunidad y quizá, a otro nivel, la reconstrucción de la comunidad social. Hay que añadir, sin embargo, que mientras que la erosión de la comunidad (y de la cohesión social en general) es una de las grandes preocupaciones de los países ricos, en los países del sur preocupan más necesidades básicas como el hambre, la pobreza o la desigualdad social, ya que, no habiendo pasado aún la industrialización, son «ricos» en comunidad y solidaridad social.

2.3. Activismo social

Enfrentados al clima social y a los nuevos problemas que la fractura social, cultural y generacional plantea a mucha gente, los psicólogos estadounidenses se replantean su papel social: qué modelo de persona y sociedad sostienen, qué responsabilidad les corresponde y cómo van a participar en los cambios sociales en marcha. Muchos cuestionan la tradicional «neutralidad valorativa» de la psicología y se muestran partidarios de comprometerse con los más débiles y necesitados de sus conocimientos y ayuda. Es en ese clima de renovación y compromiso social donde cobran todo su sentido los llamamientos a *«regalar» la psicología* (Miller, 1969) para que la gente lleve a cabo su propio cambio o el cónclave de Boston, en que se redefine el trabajo psicológico y se urge a que los recién bautizados psicólogos comunitarios contribuyan, en calidad de «agentes de cambio social», a las transformaciones en curso.

2.4. Aplicación e intervencionismo psicosocial

La psicología, que ya había coqueteado con la aplicación práctica en distintas áreas a todo lo largo del siglo XX, entra masivamente en el campo clínico para tratar los problemas de los veteranos estadounidenses de la Segunda Guerra Mundial (Anastasi, 1979). En el campo psicosocial (esencialmente desconectado en EUA del movimiento comunitario) Kurt Lewin había impulsado una fructífera línea de implicación social bajo el rótulo de investigación-acción y al amparo de diversas instituciones como la Sociedad para el Estudio Psicológico de las Cuestionses Sociales (SPSSI es su acrónimo en inglés). Los psicólogos clínicos, incómodos con el limitado papel diagnosticador asignado y con la jerarquizacion médica imperante en

© Ediciones Pirámide

los hospitales de veteranos, buscan oportunidades de crecimiento profesional que el trabajo más abierto, posibilista e igualitario en la comunidad brinda. De forma que el intervencionismo psicológico y un cierto oportunismo profesional amparado por las universidades y el Instituto Nacional de Salud Mental coadyuvan para impulsar la PC (*American Journal of Community Psychology*, 1987). También, obviamente, el carácter cada vez más global y social de los problemas afrontados por los psicólogos que exige actuaciones más integradoras y atentas a las causas sociales de esos problemas. La estrategia comunitaria —multidisciplinar, integral, orientada hacia los recursos— es, en ese sentido, adecuada para confrontar tales demandas.

2.5. Estudio del cambio social

Si bien la PC es un campo más orientado hacia la acción que hacia la investigación y el análisis, la contumacia de los efectos secundarios de los programas sociales (especialmente de las experiencias de desinstitucionalización psiquiátrica) y las lagunas en los conceptos y conocimientos utilizables en la acción la han enfrentado con la necesidad de estudiar seriamente el cambio social, sus causas y sus efectos psicológicos. El campo es cada vez más consciente de la insuficiencia del intervencionismo basado exclusivamente en las buenas intenciones y el crudo empirismo y de que, como recordaba Lewin, nada hay tan práctico como una buena teoría. Mientras que el impulso investigador es bienvenido y saludable, no está claro, sin embargo, que sus frutos sean suficientes para entender los cambios sociales pasados y guiar las intervenciones futuras; sobre todo si se limita a dos grandes líneas que parecen desarrollarse en paralelo y sin apenas contacto o integración: el empirismo fragmentario predominante en el mundo anglosajón, y el activismo casi ateórico que bajo el nombre «investigación-acción» se practica en otros ámbitos. Parece, por el contrario, conveniente ampliar el espectro investigador para que en un sentido extenso incluya tanto líneas distintas como híbridos metodológicos que pueden ser de gran valor, como la «investigación de la intervención» *(intervention research)* de Rothman, la «investigación en la intervención» de Serrano, el cambio social experimental, la cuasiexperimentación, el estudio y análisis amplio del sentimiento de comunidad (capítulo 5) y del empoderamiento (capítulo 4), el estudio de la participación y el análisis de procesos participativos, el análisis de casos aplicado tanto a problemas como a intervenciones comunitarias y las distintas modalidades de evaluación de necesidades o programas (capítulo 6) usadas para generar conocimiento.

3. AMÉRICA LATINA: PSICOLOGÍA SOCIAL COMUNITARIA

En América Latina surgen a lo largo de los cincuenta y los sesenta del siglo XX focos dispersos de trabajo comunitario que algunos psicólogos tratan de articular posteriormente bajo el nombre «psicología social comunitaria» en un claro intento de diferenciarse de la contraparte norteña, vista como excesivamente clínica. A falta de una historia (o «historias») de la PC latinoamericana, recojo las impresiones históricas aportadas por Serrano (y Vargas, 1992; con Rivera, 1988), Montero (1987 y 1989, 2004), Lane (1996), Gois (1993), Freire (1976), Ander-Egg (1982) y Marín (1988) y, entre nosotros, Hombrados (1996), a las que uno mis propias impresiones.

3.1. Cronología, contextos y variaciones

Se coincide en señalar *finales* de los *cincuenta* como *origen* de experiencias comunitarias, con frecuencia multidisciplinares y ligadas a movimientos sociales de base que toman la forma de desarrollo comunal, autogestión comunitaria, educación popular u otras (cuadro 1.2). Serrano marca la cuenca caribeña como origen de esos trabajos, que algunos concretan en la actuación del sociólogo Fals Borda en una aldea colombiana. Los brasileños (Gois, Lane) destacan las campañas de educación popular y alfabetización de adultos impulsadas por Paulo Freire desde la filosofía de la educación como «práctica»

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.2

Origen y características de la psicología social comunitaria

Origen	Fines de los cincuenta en el Caribe: desarrollo comunitario, educación popular, autogestión comunitaria
Características	1. Autogestión de las personas para contrarrestar alienación y percepción de impotencia 2. Control de la comunidad frente a autoritarismo e intervencionismo externo 3. Unión de teoría y práctica: investigaciónacción 4. Práctica transformadora basada en 1 + 2 + 3 para combatir percepciones internas negativas y situaciones sociales que generan alienación e impotencia 5. Enfoque social, politización y compromiso social con los desposeídos 6. Condicionamiento de la dependencia exterior 7. Teoría: influencias externas, marxismo, pedagogía de Freire, teología de la liberación, teoría de la dependencia, Fals Borda, Martín Baró

liberadora en lo personal y fundamental para el desarrollo democrático. Otros (Ander-Egg) notan la encrucijada planteada en el desarrollo comunal por dos concepciones enfrentadas: la continuista, que supone el paso gradual del «subdesarrollo» al desarrollo capitalista según el modelo de los países occidentales industrializados, y la rupturista, que propone un cambio radical de modelo social buscando una sociedad socialista más justa al estilo de la Cuba surgida de la revolución. A pesar del desarrollo tardío y plagado de influencias extranjeras, la PC latinoamericana tiene un vigoroso crecimiento en todo el subcontinente. Se señala el fin de los años sesenta y comienzo de los setenta como momento de sistematización y organización de esfuerzos buscando un carácter propio para el campo a través de la clarificación ideológica y el relleno de las lagunas teóricas y metodológicas iniciales (Serrano). Se avanza en la institucionalización organizativa (Sociedad Interamericana de Psicología) y académica (cursos universitarios), registrándose esfuerzos convergentes para construir una «psicología social comunitaria» que se distinga de la salud mental comunitaria desarrollada en el norte (EUA) por tener a las ciencias sociales —no a la clínica y la salud mental— como base de la acción comunitaria.

Hay coincidencias con la PC norteña en el rechazo del enfoque individual a favor de un análisis e intervención más sociales. Pero existen, también, notables *divergencias*. Quizá la más notable es el *carácter* marcadamente *social*, anunciado por la etiqueta distintiva «psicología social comunitaria». Mientras que los impulsores de la PC en EUA son clínicos disidentes, en América Latina son psicólogos sociales que usan como plataforma teórica las ciencias sociales, la teología de la liberación, la reformulación radical y activista de la investigación-acción de Fals Borda, la concienciación ligada a la pedagogía liberadora de Freire, los planteamientos de Martín Baró y una matriz conceptual común esencialmente marxista. Ése es uno de los «polos» —el del cambio social— de la PC, porque hay otro que, como indica apropiadamente Serrano, está igualmente presente en la acción y el análisis comunitario. Se trata del *polo clínico-comunitario* destacable en México o Cuba pero presente también en mayor o menor grado en otras áreas. Otra diferencia apreciable es el carácter mucho *más político* del movimiento latinoamericano y la insistencia generalizada en el *compromiso social* con los más pobres o desvalidos. No es que esos elementos —politización y compromiso social— no existan entre los psicólogos comunitarios del norte (EUA o Europa), sino que, en todo caso, son menos relevantes, permaneciendo en general como rasgos periféricos, minoritarios e implícitos. Y tienen distinto significado: en el norte tendemos a pensar más en términos de *responsabilidad* social que de compromiso social. Otras diferencias, de matiz en apariencia, son igualmente reveladoras: en el norte se habla continuamente de libertad —de elegir y actuar de los individuos, se sobreentiende—, en América Latina se habla de *liberación*, sobreentendiendo unas condiciones sociales opresivas *de* las que hay primero que liberarse para poder acceder, como paso posterior, a esa libertad y autonomía personal sin condicionantes externos a las que nosotros hacemos referencia.

© Ediciones Pirámide

En América Latina se dejan, sin embargo, sentir las *influencias* teóricas y técnicas de la psicología europea y estadounidense y de las metodologías de planificación del cambio social; más en los programas que siguen el enfoque de salud mental comunitaria, pero también en el resto. Montero y otros han subrayado, por otro lado, la influencia de la *cultura de la pobreza*, el colonialismo y la *dependencia*, así como la necesidad de plantear una práctica transformadora en que la participación y la autogestión permitan el desarrollo de los sujetos devolviendo el foco del control y poder a la comunidad. Coincide con P. Freire (1976), que ha destacado el efecto perverso del colonialismo europeo y de las relaciones asimétricas que conllevaba, en que los locales habían de asumir un rol mudo, pasivo y de objeto del otro. En ciertas áreas (Brasil y Cuba) es bien visible la influencia del cognitivismo soviético —y de otras corrientes europeas— en concepciones comunitarias (Lane, Gois) centradas en «categorías» como la actividad comunitaria —«motor» del cambio—, la conciencia «desveladora» de la realidad y la cultura. La tarea comunitaria es así concebida como la transformación del individuo en sujeto o (la «constitución del sujeto social») a través del desarrollo de la conciencia crítica (que implica una «integración en el mundo») lograda mediante la actividad comunitaria y el cambio cultural. En Argentina hay una fuerte impregnación analítica del trabajo comunitario con influencias como la de Pichón Riviere o la «psicohigiene» (Bleger, 1984), que dan paso a una mayor pluralidad posterior. Otras influencias teóricas observables incluyen el interaccionismo simbólico, representación social o la versión de la fenomenología de Berger y Luckman (1968), los pensadores de la Escuela de Frankfurt (Adorno, Habermas, etc.), las nociones de «localización del control» e impotencia aprendida, la psicología existencialista y el humanismo cristiano o laico. En México se describen trabajos de desarrollo comunitario rural (Miller, 1976), la fusión de clínica analítica y trabajo comunitario llamada «psicocomunidad» (Cueli y Biro, 1975) y el injerto, más reciente, de experiencias de investigación-acción participativa (Almeida 1986; y Quintanilla, 1986). Experiencias de investigación-acción e intervención participante que se repiten en Colombia (Arango; Letelier; Roux; todos, 1990). Como en otros países, en Chile se notan modelos e influencias plurales que incluyen, junto a los «clásicos» indicados (pedagogía freiriana, investigación-acción, pensamiento crítico), otros como la salud mental comunitaria, el análisis de la pobreza —vieja y «nueva»— que centra el interés interventivo en un país en pleno desarrollo económico, los problemas y desequilibrios modernos y posmodernos derivados de ese desarrollo, las ideas sobre capital social.

El examen de algunas publicaciones colectivas (por ejemplo: Montero, 1997; Rocha y Bomfin, 1999) y la experiencia directa muestran, en todo caso, una considerable *variedad de prácticas* y un más que interesante y creativo *mestizaje* de elementos propios y ajenos en condiciones sociales con frecuencia bien distintas de las del norte europeo o estadounidense. Se nota también la coexistencia de metodologías y líneas de trabajo específicas locales (autoconstrucción de viviendas, alfabetización y educación popular, reeducación de «niños de la calle» y control de la natalidad, trabajo con poblaciones indígenas, etc.) con áreas y metodologías «universales» (problemas ligados a la industrialización) como la educación para la salud, el abuso de drogas o la organización comunitaria. Con frecuencia, la retórica justificadora es diferenciada según las líneas mencionadas, mientras que la práctica repite el modelo clásico de los programas planificados (evaluación de necesidades-intervención-evaluación de resultados) patrocinados por el

© Ediciones Pirámide

gobierno y con participación de la comunidad (Serrano y Vargas, 1992). Una discrepancia preocupantemente repetida, añado, en casi todas partes, norte y sur: la retórica del «gran» cambio social frente a una práctica, menos vistosa pero realizable, de reforma y mejora social. Discrepancia relacionada, pienso, con el utopismo y una cierta —ingenua o bienintencionada— omnipotencia del campo que debería propiciar una reflexión sobre sus propios límites y sobre la factibilidad de ciertos planteamientos grandilocuentes de cambio social desde la psicología. Alfaro (2000) ha distinguido en una visión panorámica de la PC latinoamericana tres grandes *tradiciones* de trabajo en el subcontinente: la *amplificación sociocultural* genérica —asociada al construccionismo psicosocial y al cambio sociocultural global—, que incluiría líneas como la educación popular, la psicología social comunitaria y la amplificación sociocultural propiamente dicha; la intervención y trabajo con *redes*, y el desarrollo de *competencias* (la línea socioconductista de la salud mental comunitaria). Es de señalar la presentación de Montero (2004), que por primera vez ha dibujado un panorama amplio, integrado y reflexivo de la PC latinoamericana como conjunto, así como de sus dimensiones históricas, teóricas y ético-valorativas, que, por el momento en que apareció, no ha podido ser incorporado en esta exposición.

3.2. Características: psicología social comunitaria

Maritza Montero (1989), una de las impulsoras y teóricas clave del movimiento comunitario latinoamericano, ha resumido en los siguientes principios las características de la PC latinoamericana (véase el cuadro 1.2):

1. *Autogestión* de los *sujetos*, que permite constatar las capacidades propias, combatiendo la alienación y el sentimiento de impotencia.
2. La *comunidad* como *centro de poder* y control del cambio. El psicólogo evitará cualquier forma de autoritarismo, paternalismo o intervencionismo haciendo posible la autogestión colectiva, contribuyendo a que la comunidad tome conciencia de su situación y necesidades y asuma su propia transformación.
3. *Unión teoría-praxis,* que en el aspecto metodológico suele tomar la forma de investigación-acción participante.
4. *Práctica transformadora,* basada en los principios anteriores (autogestión, control de la comunidad y metodología de investigación-acción) y que implica necesariamente la participación de la comunidad en el cambio social. Un *cambio social* que debe:

   - Contrarrestar tanto los factores internos ligados a situaciones de subdesarrollo y dependencia como las representaciones negativas de sí (autoimagen) que mantienen esas situaciones.
   - Subrayar la *toma de conciencia* liberadora y la *participación* desalienante en la acción colectiva que permitirá confrontar la *ideología* como racionalización de las formas de dominación existentes.
   - Abordar también los factores *externos* que generan *alienación* en los sujetos y los efectos psicosociales (extrañamiento del sujeto respecto de su entorno, reificación de sus relaciones, percepción de impotencia y pérdida de finalidad de la acción) de esa alienación. Se trata de ver las *situaciones* de desequilibrio social, también como *causas*, y no sólo como efectos, de esos procesos.

¿Qué decir de la denominación *psicología social comunitaria* con que la PC latinoamericana se quiere distinguir de la corriente desarrollada en el norte, vista como demasiado «clínica» (centrada en el individuo y la salud mental) e insuficientemente social, en el doble sentido de individualista y poco comprometida socialmente? ¿Es «otra» PC, o la misma, presentada con otro nombre y otra retórica verbal? ¿Justifican las diferencias, reales o alegadas, entre una y otra un nombre distinto o se trata de «marcar» diferencias para justificar la autonomía disciplinar? Aunque volvamos sobre el tema en el capítulo 2 al discutir las variantes norte y sur de la PC, en mi

© Ediciones Pirámide

opinión el adjetivo «social» añadido a «psicología comunitaria» es *redundante*: la cualidad social de la PC está plenamente expresada por el término «comunitaria». Tampoco se trata de minimizar las diferencias, reales o buscadas: y es que el añadido «social» puede remachar que el foco de interés es la temática social (problemas sociales como pobreza o desigualdad), no, como sucede en parte en el norte, la salud mental o la desintegración comunitaria (que por supuesto implican también dimensiones sociales relevantes). Otra cosa es que nos preguntemos si el campo en su conjunto ha sido suficientemente coherente a la hora de *asumir la socialidad* teórica y práctica implicada en «la comunidad» y lo comunitario; creo que la respuesta en el norte, pero también en el sur, es un tajante *no*. ¿Y la expresión «psicología clínico-comunitaria» adoptada para la otra corriente comunitaria? Pienso que el adjetivo «clínico» sí está justificado en la medida en que modifica la cualidad social de lo comunitario en la dirección —personalizada y de salud mental— indicada. El problema es aquí, en cambio, de coherencia entre dos enfoques —clínico y comunitario— que muchos ven incompatibles.

4. ESPAÑA: TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA Y PSICOLOGÍA COMUNITARIA

4.1. Apunte histórico

La historia de la PC en España está aún por escribir. Existen informes fragmentarios de los comienzos del campo y de sus influencias en algunas áreas: Carballo (1984), Ávila (1985), Costa y López (1986), Casas (1990), Musitu y Arango (1995) y Hombrados (1996). Integro aquí las distintas piezas informativas con mis anteriores relatos (Sánchez Vidal, 1985, 1990a y 1991a) buscando una narración coherente y legible, describiendo después las áreas práctica y académica de desarrollo y, finalmente, las raíces socioestructurales del campo en nuestro país, todo lo cual está sintetizado en el cuadro 1.3. El movimiento comunitario en psicología nace del engarce, a finales de los setenta (siglo XX) y comienzos de los ochenta, de las inquietudes sociales de los primeros psicólogos licenciados con las nuevas orientaciones de atención a los problemas mentales, de salud, psicopedagógicos y sociales, con las posibilidades abiertas por los nuevos servicios descentralizados como expresión de un incipiente «Estado del bienestar». El proceso es alentado por fuerzas sociales e intelectuales, como los movimientos sindicales, asociaciones barriales y ciudadanas, antipsiquiatría, democratización y globalización de la salud (Organización Mundial de la Salud, OMS) y salud pública, renovación pedagógica o análisis institucional.

Como en las otras áreas examinadas, la *emergencia* de la PC está íntimamente ligada a los acontecimientos sociopolíticos y económicos. La diferencia en España es el relativo aislamiento de un país sumido en una larga *dictadura* cuya vocación de autosuficiencia produce un considerable desfase social y cultural respecto de Europa. Aunque a partir de los sesenta la dictadura comienza a desmoronarse progresiva e irremediablemente ante el empuje convergente del desarrollo económico y las presiones sociales y políticas que exigen democracia y normalización política, hay que esperar a los años setenta y, sobre todo, al alud democratizador que sigue a la muerte de Franco (1975) para que las energías renovadoras acumuladas sean fecundadas por las corrientes sociales preexistentes y fructifiquen en múltiples iniciativas profesionales y sociales cargadas de la ilusión, la intención política y los límites intelectuales característicos de esa época de transición a la democracia. De forma que, en nuestro país, los convulsos sesenta se vivieron, con una década de retraso, en los setenta.

La *cronología* es reveladora de la evolución descrita. La psicología nace como carrera universitaria en 1967 (antes se ha estudiado en institutos psicotécnicos), de forma que los primeros psicólogos se licencian en los años setenta de una universidad muy politizada en un país que está experimentando un fuerte desarrollo económico acompañado de una extensa movilización social con las universidades y las empresas como focos principales. En esos mismos años se crean en algunas provincias los primeros centros de salud

© Ediciones Pirámide

mental (Calvé, 1983) para organizar el tratamiento sectorizado, comunitario e integrado en el sistema sanitario general. A lo largo de los setenta florecen en Cataluña y la Comunidad Valenciana gabinetes y equipos psicopedagógicos multidisciplinares —incluyendo psicólogos— que en algunos casos son asumidos por los ayuntamientos. A principios de los ochenta se crean en el área de Madrid y otros lugares centros de salud municipales orientados a la prevención y la atención primaria (Carballo, 1984; Icart e Izquierdo, 1984; Ávila, 1985). Algo similar sucede en Barcelona y su área de influencia con los centros de higiene mental (desde 1975 en Las Corts; Casalé y Mestres, 1984) y de atención primaria (Diputació de Barcelona, 1988) en salud mental. También se crean los servicios sociales (equipos de base y atención primaria) municipales, destacando por su liderazgo comunitario el Ayuntamiento de Barcelona.

Dado su carácter municipal o provincial y la voluntad de los nuevos ayuntamientos elegidos por los ciudadanos de acercarse globalmente a las necesidades de la gente, muchos de esos servicios de salud —o salud mental—, educativos o sociales, adoptan el enfoque comunitario como marco conceptual y operativo natural. Y los psicólogos que trabajan en ellos incorporan la nueva orientación, «practicando» de hecho una PC que aún no se enseña en las facultades de psicología, constituidas en 1978. Hay que esperar a finales de los ochenta para tener las primeras asignaturas de psicología comunitaria (1987, en la Universidad de Barcelona) con nombres variopintos como «intervención psicosocial», «psicología preventiva», «prácticas de psicología social» u otros. El Colegio Estatal de Psicólogos y el de Cataluña acogen e impulsan iniciativas y encuentros ligados a la PC y la intervención psicosocial y cursos sobre esos temas. Entre 1987 y 1990, y por iniciativa de las universidades de Madrid, Barcelona y otras, se celebran una serie de «encuentros» de docentes de PC en Madrid, Barcelona, Málaga y Valencia, que en esta última acaba siendo un verdadero congreso. Tras la interrupción de esos encuentros monográficos, la PC «académica» se integra en la psicología social como una de las áreas «aplicadas» de los congresos nacionales, se incorpora a los respectivos colegios profesionales o se «engancha» a agrupaciones supranacionales como la Red Europea de Psicólogos Comunitarios.

En cuanto a *publicaciones,* en 1988 aparecen los dos primeros textos, uno individual (Sánchez Vidal, 1988), elaborado a partir de una memoria preexistente (1986), y otro colectivo (Martín y otros, 1988) fruto de los encuentros de docentes de PC. Precedentes dignos de destacar son las propuestas de Rueda (1983 y 1986) en el trabajo social, la recopilación de Ávila (1985), las propuestas de Costa y López (1982) y Barriga (1984) y el libro de salud comunitaria de Costa y López (1986), ligado al trabajo comunitario en centros de salud municipales. En 1985 se celebran las Jornadas de Salud Comunitaria en Sevilla fruto del amplio impulso del gobierno autonómico al área de la salud. Los sucesivos congresos de psicología social, a partir del primero en Granada en 1985 (Barriga y otros, 1988), acogen «mesas» o áreas de PC, así como los congresos sobre psicología de la intervención social del Colegio de Psicólogos o las jornadas sobre dinámicas locales y trabajo comunitario organizadas por la Diputación de Barcelona (Patronat Flor de Maig, 1989). A partir de 1990 se ofrece un curso de posgrado, luego máster, en PC en la Universidad de Barcelona (Sánchez Vidal, 1991b). También las universidades de Valencia y Complutense de Madrid ofrecen cursos similares. Las publicaciones sobre teoría, técnica o práctica de PC —e intervención psicosocial— se han multiplicado en la década de los noventa. En cambio, se echan de menos —como en América Latina— revistas especializadas, de orientación teórica, empírica o práctica.

4.2. Áreas de desarrollo práctico

Incluyo aquí los desarrollos sectoriales de la PC (véase el cuadro 1.3) con frecuencia ligados a los impulsos políticos, liderazgos profesionales y prioridades presentes en cada zona.

Salud mental. Los psicólogos clínicos surgidos de la universidad en los setenta están muy influidos

© Ediciones Pirámide

CUADRO 1.3

Psicología comunitaria en España: historia, áreas y raíces sociales

Historia	1970	Primeros licenciados en psicología
	1975-1978	Transición democrática, ayuntamientos elegidos, Constitución, Pactos de La Moncloa
	1970-1980	Centros salud, psicopedagógicos, centros higiene/salud mental, equipos servicios sociales
	1980	Cursos psicología comunitaria en universidades
	1986	Libro: *Salud comunitaria*
	1988	Textos: *Psicología comunitaria*
Áreas de desarrollo	Salud mental Salud Psicopedagogía Servicios sociales Universidad	
Raíces socioestructurales	Desarrollo económico y urbanización de los sesenta y setenta Desintegración social y problemas psicosociales Democratización y demandas psicológicas Iniciativas asociativas políticas, ciudadanas, sindicales Emergencia y desarrollo psicología	

por las ideas y experiencias de la antipsiquiatría británica (Laing, Cooper) e italiana (Basaglia), psiquiatría comunitaria (comunidad terapéutica, terapia ambiental, etc.), ideas de Caplan y propuestas de los centros de salud mental comunitaria de EUA. Por otro lado, la crítica a las lamentables condiciones de los manicomios españoles y al abandono social de los «enfermos» mentales genera un movimiento (Conxo, Oviedo, Leganés, etc.) para humanizar los centros psiquiátricos, mejorar las condiciones de vida de los internos y, en lo posible, «desinstitucionalizarlos», organizando su atención en la comunidad. Florecen así los centros de salud mental, que ofrecen una atención primaria sectorizada y comunitaria desde concepciones preventivas y educativas basadas en las nuevas ideas y estrategias interventivas. Los psicólogos se incorporan así a los equipos multidisciplinares (junto a psiquiatras, asistentes sociales y, a veces, enfermeras) con un papel profesional legalmente reconocido en este ámbito a partir de 1985.

Salud. Muchos de los nuevos centros de salud creados en Madrid y otras ciudades tratan de poner en práctica las ideas y enfoques de la salud pública y comunitaria en el campo (atención primaria, prevención, educación para fomentar la salud, salud integral, etc.) realizando los psicólogos sus aportaciones desde los equipos multidisciplinares de trabajo (Ávila, 1985). Andalucía fue pionera (Musitu y Arango, 1995) en la reforma de la atención primaria a través de instituciones como el Servicio Andaluz de Salud. La reforma psiquiátrica se realizó allí con fuerte influencia comunitaria y con participación de los psicólogos en todos los niveles, incluida una reconocida Escuela de Salud Pública y un programa de psicólogos internos residentes (PIR). También en Cataluña se desarrollan un buen número de iniciativas y programas de salud en esta línea (Sánchez Vidal, 1993a). Si bien en conjunto se registra un notable avance del enfoque comunitario tanto desde el punto de vista interventivo (programas de fomento de la sa-

© Ediciones Pirámide

lud) como investigador y teórico (por la implicación de las universidades en los programas), también aquí se describe la deriva clínica que lleva a muchos a abandonar con el tiempo los conceptos y enfoques comunitarios.

Psicopedagógicos. Los primeros equipos psicopedagógicos municipales surgen en la Comunidad Valenciana tras las primeras elecciones municipales democráticas de 1977 como respuesta a las demandas socioeducativas no contempladas por ninguna forma de intervención psicológica desde otras administraciones (Musitu y Arango, 1995). En Cataluña (Casas, 1990) los primeros equipos surgen de iniciativas profesionales que son después asumidas, en parte, por los nuevos ayuntamientos democráticos. Resistencias profesionales y conveniencia política deslizan la orientación inicialmente comunitaria de no pocos de estos equipos hacia el simple apoyo escolar. Algo similar sucede en la Comunidad Valenciana, donde sólo una minoría de gabinetes psicopedagógicos conserva la vocación comunitaria ante una mayoría centrada en la atención individualizada y el trabajo clínico.

Servicios sociales. La atención primaria y los equipos de base se desarrollan en comunidades como Cataluña, Valencia, Madrid y Baleares a lo largo de los años ochenta generando un estimable conjunto de programas interventivos y elaboraciones teóricas (Huerta, 1990; Ministerio de Asuntos Sociales, 1989; Musitu y otros, 1993; Navalón y Medina, 1993; López Cabanas y Chacón, 1997). Destaca el dinamismo y liderazgo del Ayuntamiento de Barcelona, en el que Rueda (1998) contribuye a perfilar el papel del psicólogo comunitario en el área social.

4.3. Desarrollo académico

Como se ha visto, en nuestro país la PC aparece primero como práctica profesional, dándose la réplica académica apenas una década después en forma de asignaturas primero y cursos posgrado después que cumplen la doble función formación básica para los estudiantes (asignaturas) y fundamento teórico y metodológico para los profesionales que ya trabajan en base más a la intuición y a algunas lecturas. La incorporación de asignaturas y cursos en los planes de estudios de las facultades de psicología en la segunda parte de los ochenta y primera de los noventa señala una acelerada *institucionalización,* complementada con los encuentros de docentes citados y con la integración en los congresos de psicología social (indicativo de la afiliación social de muchos de los docentes de PC) y, a nivel internacional, en *European Network of Community Psychology*, la Red Europea de Psicólogos Comunitarios que en 2005 se convierte en la Asociación Europea de Psicología Comunitaria *(European Community Psychology Association).*

La expansión académica de la PC es vigorosa, brotando varios núcleos universitarios. En Madrid (Universidades Autónoma y Complutense), centrados en la animación soicocultural, la evaluación y el contacto con América Latina. En Barcelona, con una potente producción teórica y editorial ligada a la intervención comunitaria y, últimamente, a la ética interventiva social. Valencia destaca como núcleo de investigación del apoyo social y los servicios sociales. Sevilla destaca por la fuerte presencia del área de salud (y el apoyo social), y Málaga, por sus marcadas influencias ambientales. Cabe citar otras universidades donde, hasta lo que conozco, se dan cursos y realizan trabajos de PC: País Vasco, Salamanca, Granada, La Coruña y Murcia. En algunos casos (Valencia, Murcia) la PC tiene también presencia en las Escuelas de Trabajo Social y, en otros casos (Barcelona), en la formación de Enfermería.

En cuanto al carácter de la producción *editorial*, Musitu y otros (1993) han hecho un análisis de los trabajos sobre PC y salud presentados en los cuatro primeros Congresos Nacionales de Psicología Social. Se observa ritmo sostenido en el volumen de esas aportaciones que tienen un carácter predominantemente empírico, usan un enfoque básicamente psicosocial y social, se centran en actitudes y problemas sociales y en programas de intervención y recurren a una aproximación empírica casi siempre de tipo correlacional. Es claro, sin embargo, que muchas contribuciones a la PC escapan a este

© Ediciones Pirámide

estudio por haberse realizada a través de libros o de otros congresos (como los de Psicología del Colegio de Psicólogos o los de Psicología de la Intervención Social) o revistas (como la *Revista de Trabajo Social*). Además de las *publicaciones* ya mencionados en el apunte histórico, y dejando de lado los muchos libros aparecidos bajo el nombre de intervención psicosocial y similares, se pueden mencionar los libros de Sánchez Vidal (1993a) y de Musitu (1993) sobre programas de intervención, el volumen de Sánchez Vidal y Musitu (1996) sobre intervención comunitaria, la introducción de Hombrados (1996) y, desde la práctica profesional, la compilación de artículos de Rueda (1998).

5. RAÍCES SOCIOESTRUCTURALES

Como se ha dicho, el desarrollo de la PC española está vinculado a influencias «internacionales» y estructurales —ya explicadas en relación a la salud mental comunitaria estadounidense— pero, sobre todo, a los profundos cambios que acompañan los estertores del franquismo y a la transición a la democracia que permite recuperar las ilusiones y dinámicas que otras países vivieron en los años sesenta. Destaco algunos de esos procesos y sucesos, resumidos en el cuadro 1.3.

Desarrollo económico y urbanización. Tras el Plan de Estabilización de 1959, España experimenta un crecimiento económico e industrial acelerado (Flaquer y otros, 1990) que trae consigo importantes cambios sociodemográficos: urbanización por el transvase de la población agraria a las ciudad y las grandes migraciones hacia las zonas de mayor desarrollo (Madrid, Cataluña, País Vasco); crecimiento de la población obrera y expansión de los sindicatos de clase con un importante papel en los cambios sociales y las reivindicaciones democráticas; hacinamiento de los emigrantes en periferias urbanas carentes de servicios y de un sistema de protección social de corte europeo. La desaparición del dictador y los Pactos de La Moncloa (1977) entre las principales fuerzas sociales y políticas abren la puerta a la democracia parlamentaria cimentada en la Constitución y catapultan la modernización cultural y social del país.

Desintegración social y problemas psicosociales. La industrialización, la urbanización y los desplazamientos masivos asociados crean un sinfín de desequilibrios sociales y problemas personales a los que se han de enfrentar los primeros psicólogos que se acercan a trabajar en la comunidad desde las distintas áreas profesionales. Como ya escribía en 1991, el paso de una sociedad rural a una urbana, industrializada y moderna comporta cambios profundos y con frecuencia socialmente desvertebradores: debilitamiento de relaciones y grupos primarios (familia, comunidad, relaciones personales, etc.), individualismo, competitividad, declive de la solidaridad, desarraigo cultural y anomia personal. Todo ello plantea dramáticos problemas adaptativos a grupos de población (emigrantes internos y externos, mayores, parados, etc.), sobre todo en los cinturones industriales de las grandes ciudades, donde, no por casualidad, se inician muchas de las nuevas experiencias y programas comunitarios. Marginación y desarraigo traen consigo los problemas psicosociales ya familiares a otros países industrializados: droga, desintegración familiar, violencia doméstica, delincuencia, fracaso escolar, estrés laboral, etc. El declinar de los setenta evidencia la desilusión de la gente con la joven democracia y sus instituciones —el *desencanto*—, que no han satisfecho las expectativas casi mágicas de los ciudadanos. Si a ese desencanto se une la drástica reconversión industrial de los ochenta, tendremos una tensa situación social y una ampliación de la marginación («nuevos pobres», más parados, madres solteras, exclusión laboral, etc.) que a la vuelta del milenio y con los aires globalizadores cambia de signo con el impacto de la emigración exterior (norteafricana, sudamericana, asiática...): España pasa de «exportar» emigrantes a recibirlos masivamente. Como en otros países europeos, esa emigración despierta los fantasmas del racismo y la discriminación, pasando los inmigrantes a ser los «nuevos parias» y exigiendo su presencia la introducción de enfoques multiculturales de análisis y acción comunitaria.

© Ediciones Pirámide

Transición democrática y demandas psicológicas. Ya se ha visto en la revisión histórica que los cambios políticos que acompañan a la transición democrática son fundamentales para el desarrollo de servicios más cercanos a los ciudadanos y a sus necesidades de salud y salud mental, educación y servicios sociales. La formación de los ayuntamientos democráticamente elegidos (1977), la Constitución fruto del consenso político (1978) y la descentralización administrativa (comunidades autónomas) abren la puerta a un conjunto decisivo de leyes y reformas de los sistemas de prestación de servicios. La institución de un incipiente Estado de bienestar, el desarrollo de los servicios sociales municipales y las reformas en la sanidad permiten una modernización y ampliación de servicios que, en conjunción con los nuevos enfoques interventivos, consiguen una atención profesional más integrada y multidisciplinar, más cercana a la comunidad local y más acorde con las necesidades y aspiraciones de la gente.

Las iniciativas asociativas. La ilusión de las libertades recuperadas torna en efervescencia asociativa las iniciativas políticas, sociales y sindicales preexistentes y más o menos toleradas por la dictadura: partidos políticos, plataformas, asociaciones vecinales, movimientos sociales, grupos asamblearios y autogestionados, iniciativas profesionales, etc. Muchas de esas asociaciones (partidos y sindicatos de izquierdas, democristianos y otras) son origen, o están ligadas de una u otra forma, de la gestación de servicios para los marginados sociales o los perseguidos políticamente. Así, el sindicato Comisiones Obreras en relación a los derechos de los trabajadores; las asociaciones de vecinos se implican en la transformación de barrios y comunidades y la lucha contra la especulación inmobiliaria. Iniciativas profesionales, como la antipsiquiatría y otras, coinciden con frecuencia en su orientación y propuestas de cambio con estos grupos y asociaciones coaligándose en iniciativas comunes en los barrios o en las respectivas áreas de servicio.

Emergencia y desarrollo de la psicología. Los primeros licenciados en psicología surgidos desde principios de los setenta de una universidad muy politizada y expuesta a los efluvios sociales y profesionales que llegan desde Europa y América forman la base humana del movimiento sociocomunitario. Una parte de esos licenciados, mayormente clínicos (y más adelante ligados a la opción *psicosocial*), conecta con la nueva realidad social y se plantean, como sus colegas norteamericanos y sudamericanos, cómo contribuir desde su profesión a la solución de los problemas y tensiones sociales, abrazando los enfoques conceptuales y técnicos, como la antisiquiatría, salud pública, prevención, desarrollo humano, comunidad, aplicación psicosocial o psicología humanista.

6. EL «ESPÍRITU» COMUNITARIO: CREENCIAS Y VALORES ASUMIDOS

Todo campo de estudio o acción se construye sobre una serie de creencias y valores raramente desvelados o sometidos a escrutinio empírico, entre otras razones porque a menudo no son verificables. Por otro lado, esa cualidad dual de escondidas y fundamentales (en el doble sentido de fundamentar un campo y de ser irrenunciables hasta el punto de no estar dispuesto a someterlas a verificación empírica) delata la medida en que esas asunciones son reveladores del carácter del campo y de la necesidad de descubrirlas o explicitarlas para conocer verdaderamente ese campo. En el caso de la PC, la exploración de las asunciones temáticas, metodológicas o prácticas ha de redondear, además, el acercamiento histórico y social, destilando lo que, en resumidas cuentas, piensan y creen los psicólogos comunitarios: la *esencia de la PC*, su *espíritu*. Recojo y complemento aquí las asunciones cognitivas y valorativas contenidas en la edición anterior del libro (Sánchez Vidal, 1991a) usando un lenguaje lo más descriptivo y ateórico posible que minimice diferencias cosméticas debidas a la distinta codificación teórica de creencias o valores similares entre las variantes de PC narradas (dado que sólo en parte es eso posible, entrecomillo ciertos términos o expresiones —teóricamente «partidistas», aunque de uso común—, indicando un uso denotativo, no teórico: trato de describir algo que

© Ediciones Pirámide

muchos llaman así, sin suscribir necesariamente la teoría o ideología que hay detrás). Varios de estos supuestos, valores o conceptos son abordados más ampliamente, o desde otra óptica, en los capítulos teóricos, operativos o interventivos que siguen. El cuadro 1.4 extracta esas asunciones.

1. Los *sistemas sociales determinan* en gran medida la conducta humana, positiva o negativa. Por tanto, las *causas* de los *problemas* psicológicos y psicosociales no están tanto en los individuos como en los sistemas sociales y en la *relación* que individuos y grupos sociales mantienen con ellos.
2. El *cambio social* y la mejora de la *comunidad* contribuyen significativamente tanto a *solucionar* los *problemas* sociales como a reducir el *sufrimiento* humano.
3. La *sociedad* (el «contexto» social) no es necesariamente *fuente* de problemas o conflictos para personas y grupos, sino, también, origen potencial de *recursos* que pueden, y deben, usarse para fomentar el desarrollo personal y social.
4. El *fortalecimiento* de las *personas* y de su *competencia* para confrontar las dificultades vitales tiene un *efecto preventivo* en relación con los problemas sociales.
5. Necesidades *individuales* e *intereses sociales* son generalmente *compatibles*, aunque en ciertos casos y coyunturas pueden divergir y entrar en conflicto.
6. El *poder psicológico* (empoderamiento, competencia, potencia, etc.) es esencial para el *desarrollo humano*, fomentando la capacitación individual y colectiva de la gente. Su carencia impide o dificulta ese desarrollo y contribuye a generar *problemas* psicológicos y sociales.
7. Con ser importante, el poder no es, sin embargo, suficiente para mejorar la vida social y personal: el *conocimiento científico* de los temas tratados y las relaciones entre sus aspectos básicos, el *entrenamiento técnico* para diseñar, evaluar y ejecutar acciones o ayudar a conducir procesos adecuados para alcanzar ciertos objetivos y el trazado de una *estrategia* apropiada para hacer realidad las acciones o procesos esbozados en una comunidad concreta y con unos medios personales y sociales dados son ingredientes igualmente importantes para el éxito de acciones, procesos y programas comunitarios.
8. Cada persona es en parte única y diferente y en parte igual a los otros, con los que comparte aspectos básicos que identificamos con la humanidad y la socialidad. La *comunidad* psicosocial tiene una base mixta material y social: su desarrollo exige que *todos* tengan *acceso* a los *recursos materiales* (vivienda, renta, educación, trabajo, protección social, etc.) pero también *simbólicos* (derechos, libertades, salud mental y poder, seguridad, respeto y dignidad, etc.), existentes en la sociedad.
9. La *justa distribución* social de *recursos* y *poder* y la garantía de «mínimos vitales» materiales y simbólicos —dignidad y derechos humanos— son también necesarias para asegurar el desarrollo humano y la *legitimidad* de una sociedad.

CUADRO 1.4

El «espíritu comunitario»: creencias y valores de la psicología comunitaria

- Determinación social de los problemas sociales y el desarrollo humano
- Cambio social y aporte de poder ayudan al desarrollo de la comunidad y las personas y a la prevención
- Visión positiva de la sociedad: no es sólo fuente de problemas, aporta recursos y oportunidades de desarrollo humano
- Comunidad (solidaridad «natural») es la base del desarrollo humano y la persona/humanidad
- Distribución justa de poder/recursos sociales, base de la comunidad y el poder psicológico
- El poder no es suficiente: la mejora personal y social precisa también conocimiento, técnica y estrategia
- Derecho a la diferencia sociocultural
- Compromiso social con los más débiles/desposeídos

© Ediciones Pirámide

10. La distribución equitativa de bienes, poder y recursos es esencial para el desarrollo humano y social por ser:
    - Base de la *comunidad social*; si personas y grupos sociales no comparten —o tienen acceso a— los «bienes» del sistema social, difícilmente se sentirán parte —valiosa, útil y activa— de él. La distribución desigual o injusta de recursos genera, al contrario, *marginación*, *alienación* e *impotencia*.
    - *Prerrequisito* del *poder psicológico*. Difícilmente desarrollaremos un sentimiento de potencia y valor personal si no podemos participar en las decisiones sociales básicas o disponer de los recursos externos necesarios para desarrollar nuestras capacidades internas.
11. El *derecho a* ser *diferente* o a comportarse de forma diferente sin ser socialmente sancionado o estigmatizado. O, visto desde el otro lado, la necesidad de tolerancia social hacia modos de vida y posturas sociales diferentes, minoritarios o marginales.
12. El *compromiso social* con los marginados o desposeídos que niega el distanciamiento del científico y la neutralidad profesional al uso. Es éste, sin embargo, un valor operativo polarizador norte-sur: dominante en el sur, pero más matizado y polémico en el norte, donde, frente al compromiso social personal o ideológico más concreto, encontraríamos valores más «blandos» como la *responsabilidad social* genérica, la imparcialidad o la autonomía, entendida operativamente como la promoción de las *opciones* del *otro*.

¿Cuáles son, en conclusión, los *valores nucleares* de la PC y el movimiento comunitario (cuadro 1.5)? Dos, de entrada: la *comunidad* —como hermandad o solidaridad social «natural»— y el *desarrollo humano*, aspiración compartida y hecha realidad a través de la solidaridad y el poder compartidos. Existen otros valores asociados que podemos considerar en buena medida instrumentales en relación a esos dos básicos: el *poder* y empoderamiento personal y colectivo, el *activismo profesional*, la *responsabilidad* social o el compromiso con los más débiles o vulnerables (ligados a un tercer valor básico, la *justicia social*) y el *derecho* a la *diferencia* social, valor «posmoderno» útil en el manejo práctico de la multiculturalidad. Podemos añadir un último valor —o presupuesto interventivo—, la *asunción* de *recursos*, que vendría a resumir el valor positivo asignado a los otros valores de la constelación ética comunitaria, como la solidaridad —«natural» o «inducida» a través de la organización—, el poder y el potencial de desarrollo de personas y sociedades. Ingredientes que, en definitiva, son recursos profesionales, sociales y personales que permiten la mejora humana y la justicia social. Son, de otro modo, medios o instrumentos para los fines últimos de desarrollo personal y la justicia social que podrían ser, en sus distintas variantes y nomenclaturas, los objetivos básicos de la PC. Comunidad, desarrollo humano, justicia social, poder, solidaridad, activismo profesional, responsabilidad social, tolerancia y recursos humanos y sociales serían, en resumen, los valores nucleares de la PC, aquellas cualidades personales y aspectos sociales que, considerándolos valiosos, motivan la acción comunitaria y la «mueven» a actuar de manera que sus acciones maximicen ese conjunto de valores.

CUADRO 1.5

Los valores de la psicología comunitaria

Valores sustantivos y procesales	Comunidad Desarrollo humano Poder (y empoderamiento) Justicia social Solidaridad y cooperación Activismo social y profesional Responsabilidad social/compromiso social
Asunciones	Recursos personales y sociales

© Ediciones Pirámide

Por supuesto, no hay que olvidar los matices diferenciales, tanto terminológicos, ya mencionados, como de contenido real. Cada variante comunitaria tendrá, en ese sentido, su propia *constelación valorativa* o asuntiva, que incluiría tanto valores propios como comunes a otras constelaciones pero ordenados o ponderados de distinta manera. El caso del compromiso social ha sido ya apuntado. Compromiso social, antiautoritarismo y, en lo metodológico, la coordinación conocimiento-acción (investigación-acción) y la valoración del «saber popular» podrían ser valores propios o distintivos de la constelación latinoamericana.

7. BALANCE Y VALORACIÓN

Siendo interesante y revelador examinar los presupuestos y aspiraciones valorativas de un campo, no se puede olvidar la realidad: los logros prácticos del campo y las consecuencias positivas o negativas que la praxis de los profesionales, movidos por esos supuestos y valores, ha tenido para las comunidades y la sociedad en su conjunto: sin logros reales, asunciones y valores quedan en un simple discurso autojustificativo, una acusación siempre presente en las prácticas sociales ricas en utopía y pobres en conocimientos o técnicas transformadoras. Centro este examen de la PC en nuestro país, diferenciada, pero no desvinculada, de los logros de otras áreas, EUA y América Latina, que, por razones opuestas —exceso de documentación y falta de ella—, abordo mucho más brevemente.

7.1. Estados Unidos

Existen muchas evaluaciones del movimiento comunitario estadounidense en su conjunto y, en especial, de los programas de salud mental comunitaria: la anterior edición de este libro (Sánchez Vidal, 1991a) incluía varias; Costa y López (1986) han resumido las críticas a la salud mental comunitaria, especialmente en lo relativo al funcionamiento de los centros de salud mental; Levine (1981) ha detallado críticamente la historia del movimiento y el relativo fracaso de una desinstitucionalización psiquiátrica mal preparada.

Resumo el análisis, más equilibrado, de Bloom (1984), que opina que la PC estadounidense ha evolucionado positivamente ampliando sus conceptos y base empírica y reduciendo el evangelismo ideológico inicial, lo que le ha permitido alcanzar una institucionalización y desarrollo, aunque sea desequilibrado. En general, los logros de los programas de salud mental comunitaria están bastante alejados de las esperanzas originales, registrándose los mayores éxitos en el retorno de los servicios a la comunidad, los servicios indirectos a las agencias de ayuda y en las intervenciones de corta duración. Las realizaciones distan, en cambio, mucho más de lo esperado en aquellos objetivos más ambiciosos, como la articulación de un sistema comunitario e integrado de servicios, la implicación de la comunidad y el uso óptimo de agentes no profesionales, así como en la prevención y reducción de problemas —y desarrollo de recursos— de las comunidades. Es decir, los *logros* se dan en las *tareas más clínicas* y los *fracasos* en las menos clínicas y *más sociales*. Como parte de una revolución social más amplia, el movimiento ha contribuido, concluye Bloom, a llamar la atención sobre asuntos sociales relevantes como la prevención, las desigualdades en los servicios de salud mental, el progreso de los derechos civiles, el protagonismo de la comunidad y la participación ciudadana. O, usando su propia sistemática, podemos afirmar que la PC norteamericana ha cosechado los mayores *éxitos* en el desarrollo de *servicios alternativos* de salud mental, *menos* en el terreno intermedio de la *prevención* y los mayores *fracasos* en el área más ambiciosa y difícil del *cambio social* de la comunidad.

Para analistas locales más exigentes, como Sarason (1983), Rappaport (1977) o Levine (1981), sin embargo, el proyecto comunitario inicial de cambio y renovación social para redistribuir recursos y humanizar el entorno social ha fallado en buena parte, resultando en una «oportunidad perdida» y estando aún pendiente de realización. Si bien la salud mental comunitaria estadounidense es un referente —uno de los referentes— en otras áreas, visto desde Europa se le puede criticar por:

© Ediciones Pirámide

- Dedicarse a la salud mental subestimando *otras áreas* de actuación psicológica.
- *Ignorar* las *teorías del conflicto y la desigualdad* social que pudieran guiar operativamente el cambio social. También, y como se verá en otras áreas geográficas, se echan en falta teorías psicológicas que sitúen y definan «lo psicológico» en el conjunto de «lo comunitario» y del cambio social.
- *Carecer* de un *marco valorativo y político* «socializante» que desde la perspectiva de lo *público* cree un clima favorable a la acción social y el trabajo colectivo que en casi todas partes se entienden como esenciales para la perspectiva y el trabajo comunitario. Mientras que la *solidaridad* social, lo *público* y la *justicia social* son parte de la tradición social europea (e iberoamericana), EUA es una sociedad construida sobre la autonomía individual, la iniciativa privada, la eficacia y el éxito del más fuerte, valores, todos ellos, bastante antitéticos con el espíritu comunitario. El peso de la autonomía individual frente a las realizaciones colectivas pone, como se verá, en tela de juicio la naturaleza comunitaria de esfuerzo comunitario norteamericano.

7.2. América Latina

Resumo la valoración de Irma Serrano (con Vargas, 1992) de la PC sudamericana que contiene no pocos paralelismos con su homónima norteña. Destaca Serrano tres tendencias en la tríada teoría, práctica y metodología que constituyen la PC. Una, los aspectos prácticos y metodológicos están más adelantados que los teóricos: en América Latina, la PC arranca como parte de un esfuerzo *práctico* global carente de un marco teórico psicológico. La *metodología*, en cambio, encuentra en la *investigación-acción* participante un marco integrador general que, a diferencia de los enfoques cuantitativos y fragmentarios dominantes en otras zonas, aporta una coherencia global incluyendo los aspectos subjetivos. Segunda tendencia, la *búsqueda de «lo psicológico»* en la acción comunitaria tanto en los modelos teóricos «tradicionales» (mayoritariamente estadounidenses) como en aquellos, «más desarrollados», ligados a procesos cognitivos, emotivos y motivacionales (ideología, conciencia o subjetividad). Tres, se constata la consabida *discrepancia* entre una *retórica* del cambio social participativo y una *realidad* de los programas llevados a cabo desde instituciones estatales y siguiendo el esquema de intervención planificada con algunos añadidos participativos. Señala, por tanto, la autora la contradicción entre las conceptualizaciones y prácticas sobre la ideología y la conciencia, por un lado, y la implicación del psicólogo como actor y parte integrante del proceso de «construcción» ideológica. En la parte positiva, concluye Serrano, los psicólogos han ampliado sus horizontes disciplinares proponiendo intervenciones en que las personas: obtienen *soluciones* para sus *problemas inmediatos*, *fortalecen* las *organizaciones comunitarias*, se *acercan* a la *academia* con su propio saber e investigación, alcanzan una mejor *comprensión* de su realidad social y de su potencial transformador de esa realidad y acaban compartiendo *colectivamente* la vivencia, inicialmente individual, de sus *problemas*. Marca la autora una agenda de tareas (encuentros y grupos de trabajo, divulgación, etc.) que deberían contribuir a hacer realidad la acción colectiva con la comunidad sobre la base del diálogo, la confrontación, la complicidad y el compromiso.

No debe sorprender a estas alturas observar cómo, tras la obstinada búsqueda de autonomía y diferenciación respecto a la PC norteña, irrumpen una y otra vez en su contraparte sureña *similitudes* y paralelismos: prioridad inicial de la praxis, búsqueda de una teoría integradora, divergencia entre intenciones maximalistas y resultados más modestos, tendencia a «regresar» al papel clínico ante las dificultades, recurrencia de la planificación como marco metodológico de referencia de la actuación, etc. Estos paralelismos y semejanzas, repetidos en otros lugares, indican el parentesco de los «brotes» comunitarios surgidos en distintas latitudes y su convergencia como campo unitario. Se observan también, sin embargo, diferencias y

© Ediciones Pirámide

matices de peso. Así, en la teoría, el análisis micro y el trabajo empírico dominan en EUA, mientras que la búsqueda de marcos más comprensivos e integradores y el intento de revivir una variante de la investigación-acción son típicos de América Latina. La pervivencia del énfasis político y del compromiso social es otro elemento diferenciador destacable en el sur. Lo que, más allá de las pretensiones de coherencia interna y diferencia respecto al resto, llama la atención al observador externo de la PC latinoamericana es la pluralidad de enfoques teóricos y metodológicos y de prácticas reales (algo que se repite en casi todas partes) y, más inusual, las creativas *fusiones* de enfoques teóricos —y, a veces, de técnicas— provenientes de los ámbitos más variados y hasta, en ocasiones, aparentemente contradictorios.

7.3. España

Como se ha visto, la PC nace con la transición política de mediados de los setenta como fruto de procesos internos e influencias externas que buscan renovar la vida social y la atención profesional a los ciudadanos desde perspectivas más comunitarias y democráticas. Se institucionaliza y *avanza* vigorosamente en los *ochenta* y comienzos de los noventa y sufre, después, un cierto *estancamiento* e incapacidad para desplegar todo su potencial en el clima de desencanto político y de individualismo egoísta que acompaña a la estabilización democrática y la «contrarreforma» neoliberal. Agotado el aliento político y social que lo inspira inicialmente y enfrentado a la inexorable exigencia de «resultados» que acompaña a la racionalización de la administración pública, el trabajo comunitario registra el consabido deslizamiento hacia la atención clínica e individual, más vistosa y apreciada por las instituciones. Ya se sabe que en tiempos de *retroceso* social quedan las *aportaciones teóricas y los logros técnicos y sociales* de un campo. Y es precisamente lo *limitado* de esas aportaciones lo que queda al descubierto en el caso de la PC —aquí y en otros sitios— cuando la marea ideológica, que primero la impulsó, retrocede. Ello origina desalientos, abandonos y, cómo no, reflexiones críticas sobre esas dificultades.

Un primer punto es la constatación de la *dificultad* de la *cooperación* entre el mundo *académico* y el *profesional* debida tanto a diferencias institucionales (de objetivos y papel social, estructura organizativa, dinámicas internas, sistemas de recompensas, etc.) como a desencuentros de personas clave en ambas esferas. Mientras que la institucionalización académica de la PC le garantizó permanencia y posibilidad de influencia interna (a través de la psicología social, que pasó a ser su «mentor» académico reconocido), la alejó del mundo social real por las exigencias propias de la carrera docente tal y como es entendida habitualmente. Y la vinculación a la psicología social, si bien supone un apoyo relevante —a cambio de dar un decidido empujón práctico a una materia tan marcadamente teórica—, clausura la posibilidad de que la PC se constituya como campo autónomo con un perfil intelectual y social más rotundo.

En segundo lugar, varias de las tendencias apuntadas muestran, en mi opinión, la *dificultad*, si no la imposibilidad, de *institucionalizar un movimiento social* (espontáneo, emocional, vital, pegado al contexto social y al momento) o de convertirlo en *un programa social o una disciplina académica* regulados y estables. En la medida en que la PC es fruto de los movimientos sociales de los sesenta, su destino profesional y académico debía afrontar un dilema típico con el cambio del clima social: permanecer fiel a su espíritu inicial, aunque desacompasado con los nuevos tiempos, o cambiar lo suficiente como para convertirse en un campo de estudio o de actuación profesional más o menos formal, lo que casi seguramente conllevará la «domesticación» de sus rebeldes y utópicas ambiciones primeras. La psicología no podía, además, monopolizar unas aspiraciones y tendencias gestadas junto a otras profesiones y grupos sociales. No se puede ignorar la complejidad y dificultad del cambio social, tan diferente del cambio individual, más familiar para el psicólogo. Pero si ya el cambio social es difícil de por sí, la postura comunitaria —animar y atizar los intentos de cambios de otros en vez de protagonizarlos— exige para

© Ediciones Pirámide

ser consecuente estar en función de los deseos de cambio de la gente: si la *gente no quiere cambiar, no hay cambo comunitario posible*. Y ése es el dato clave que a menudo se pierde de vista: el apabullante conformismo y renuncia al cambio social real de unas sociedades instaladas en el bienestar material. En esa tesitura, el psicólogo comunitario debe necesariamente revisar sus pretensiones omnipotentes de cambio y, probablemente, reajustar sus expectativas, asumir un papel más modesto, buscar alianzas con otros actores profesionales y sociales. Pienso que no se trata de negar la utopía ni la voluntad del cambio y mejora social, sino de reconocerlos como tales, no confundiendo utopía y voluntad con realidad.

Tercero, las limitaciones citadas no nos deben ocultar el potencial del movimiento comunitario para transformar los enfoques teóricos y las prácticas profesionales. *Aportaciones* comunitarias que, en ese sentido, no sólo no deben perderse sino que merece la pena difundir a otros campos incluyen: la revitalización de la investigación-acción, la mejor comprensión de los contextos mesosociales, la exigencia de participación y la devolución de la capacidad de sujetos a las personas y la comunidad, la cooperación multidisciplinar, la inequívoca introducción del poder como variable analítica y práctica clave, la explicitación de los recursos y capacidades personales y sociales, la afirmación —si bien tímida— del estudio de la comunidad, la recuperación de la justicia social y de una ética social clara.

Vista en su conjunto, la PC española ha usado mayoritariamente los conceptos y enfoques interventivos estadounidense en la academia y en varias áreas de trabajo, no sólo la salud mental. Se ha servido también, sin embargo, de otros aportes teóricos y prácticos de procedencia europea o, más minoritariamente, latinoamercana: ideas marxistas, críticas, enfoques antipsiquiátricos y de terapia social, orientaciones sociales anarquistas y socialistas inspiradas por un cambio de modelo social desde un rol psicológico plenamente político, métodos de investigación-acción, etc. Parece en este sentido que nuestra realidad social nos sitúa más cerca de los *planteamientos de la PC «norteña»* que de la corriente sociocomunitaria latinoamericana.

7.4. Convergencias: éxitos y fracasos

No podemos concluir sin notar los paralelismos y tendencias comunes observados en las tres variantes —estadounidense, latinoamericana y española— de la PC (véase el cuadro 1.6), que tampoco niegan las diferencias o singularidades de cada una de ellas.

CUADRO 1.6

Evaluación de la psicología comunitaria

- Fracaso del «programa máximo»: cambio de la sociedad, restablecimiento de la comunidad social
  - — Desfase con ideología y valores sociales: individualismo, egoísmo, utilitarismo
- Logros medios, limitados
  - — Denuncia de la desintegración y desigualdad social
  - — Humanización de los servicios de salud mental y otros
  - — Conciencia de la importancia de la comunidad
  - — Fortalecimiento del papel como agente de sujetos
  - — Introducción de formas alternativas de conocimiento (saber popular)
- Tendencia a la planificación e institucionalización de las acciones
- «Deslizamiento» individualista de la acción manteniendo el discurso explicativo social
- Búsqueda de teorías psicosociales integradoras de aspectos psicológicos y sociales que orienten acción

© Ediciones Pirámide

1. *Fracaso* del «*programa máximo*» del gran cambio social autogestionado por la comunidad, en función de las dificultades notadas, con valiosas excepciones parciales y puntuales.
2. *Éxito* de objetivos y pretensiones *intermedios* y más limitados, a veces de carácter social y global, otros muchos de carácter más psicosocial y cercano a los conocimientos y habilidades más psicológicos, como:
   - Denuncia de la desigualdad y la injusticia social.
   - Fortalecimiento y ayuda a ciertos grupos sociales más necesitados o vulnerables.
   - Afloramiento de las capacidades y papel agente de las personas y de la necesidad de participación tanto en programas sociales como en la vida política en general.
   - Explicitación de la comunidad y lo comunitario en la agenda académica y social.
   - Humanización de la atención en salud mental y otros sectores, renovación técnica de la acción psicológica orientándola hacia la prevención, globalidad y colaboración multidisciplinar.
   - Introducción del saber popular en la agenda científica y reorientación del análisis e investigación psicológica hacia los problemas e intereses sociales de la gente.
   - «Traducción» mayoritaria de las experiencias comunitarias a la *planificación* de programas y el patrocinio institucional, con acompañantes metodológicos minoritarios distintos, como la investigación-acción.
3. *Deslizamiento* de la práctica comunitaria desde pretensiones maximalistas iniciales de acción y renovación comunitaria hacia el trabajo clínico reparador más asequible y con frecuencia mejor reconocido.
4. *Búsqueda* de *teorías sociales y psicológicas integradoras* que, incluyendo el cambio y el poder, orienten la práctica —espontánea y ateórica— y el contenido específicamente *psicológico* hacia el trabajo comunitario compartido con otras profesiones.

© Ediciones Pirámide

8. AGENDA DEL SIGLO XXI

No están los tiempos para predicciones o excesos utópicos: la conjunción de desconcierto moral, «reconversión» ideológica, desmovilización social, neoimperialismo militarizado y terrorismo integrista que vivimos en este principio del siglo dibujan un horizonte poco propenso al examen sereno del pasado o la proyección esperanzada hacia el futuro al que la PC no es inmune. ¿Qué hacer en esa coyuntura? ¿Volver a «las esencias» comunitarias como si nada hubiera pasado o «adaptarse» a los tiempos, aun a costa de desfigurar el campo? ¿Dónde situar el equilibrio entre la fidelidad al espíritu comunitario y la mudanza según la moda intelectual y social? Son preguntas que el conjunto del campo comunitario y cada una de sus corrientes deben debatir y responder desde su particular situación y punto de vista. Ofrezco aquí algunos temas adicionales de debate que, a partir del examen previo, pueden marcar las discusiones y opciones de los psicólogos comunitarios (en la España europea, al menos) en este comienzo de siglo. El cuadro 1.7 los sintetiza.

¿Revitalizar el *impulso inicial* o adaptarse? Aunque recuperar energías parece ahora conveniente, no podemos pretender volver sin más al punto de partida, tratando de repetir aquel impulso. Lo lógico es averiguar primero las *razones* del desencanto social y del desánimo de los profesionales para, a la vista de los logros y fracasos, reformular tanto la tarea comunitaria como el papel que en ella corresponde al psicólogo de manera que ambos, tarea y papel, sean realizables. Y es que una de las razones de los desalientos detectados es que los psicólogos comunitarios han aceptado —o se han autoasignado— *tareas* manifiestamente *irrealizables* con los medios técnicos y sociales con que contaban. De forma que no tendría sentido volver a colocar a las nuevas generaciones ante la misma tarea exigiéndoles, además, un entusiasmo impropio de los tiempos que corren. Sólo tras esa revisión y redefinición tiene sentido recuperar los ánimos y los deseos de cambio y mejora social.

Reafirmar y replantear la *participación* de la gente. Reafirmarla como valor central del campo:

CUADRO 1.7

Agenda comunitaria del siglo XXI

- **Revitalizar el impulso inicial a la luz del análisis causal de logros, fracasos y cambio de clima**
- **Reafirmar y replantear la participación y el empoderamiento a la luz del nuevo clima**
- **Tomar en serio una comunidad de carácter relacional e inclusivo de la diversidad**
- **Reafirmar la solidaridad y la fraternidad frente a individualismo como base de la humanidad**
- **Buscar formas de romper el círculo de conformismo y autoexclusión de la gente**
- **Repensar la dimensión política de intervención comunitaria con potencialidades y riesgos**
- **Asumir la importancia práctica de la ética y los valores comunitarios**

ayudar a *empoderar* y hacer partícipe a la gente de los procesos de cambio es la manera de asegurar que la PC no queda reducida a un haz de técnicas para investigar o mejorar la comunidad, sino que aspira a ser un punto de encuentro de los psicólogos y la gente, que es la que, en definitiva, ha de definir lo que desea y luchar por ello. De nuevo, tampoco valen aquí voluntarismos autistas: es preciso examinar las causas del desencanto y desafección social de la gente y conocer el punto de vista de los que *no* participan; el de los pocos que participan lo conocemos de sobra y de poco nos va a servir. Habrá, en este sentido, que tener en cuenta algunas dinámicas sociales autoritarias o desmovilizadoras como: el abuso de la técnica como sistema de control en el trabajo y la vida social en general, la manipulación y creación de necesidades artificiales de «bienestar» a través de la publicidad comercial y la propaganda política, las excesivas expectativas creadas por las transiciones hacia la democracia, el «déficit» democrático característico de la «construcción europea», el determinismo económico, la dominancia del credo neoliberal o la difusión de un clima generalizado de miedo e inseguridad. Tomadas en su conjunto, estas y otras dinámicas propician un clima social enrarecido, escéptico y medroso que favorece la conformidad, la retracción de la gente de los asuntos sociales y las demandas de seguridad a cualquier coste.

Tomar en serio a la comunidad. La sacralización del individualismo utilitarista en Occidente amenaza con desfigurar toda forma de pensar y actuar solidaria y social —como la PC— reduciéndolas a tareas moral y socialmente empobrecedoras, como fomentar la autonomía o la eficacia de los individuos. Cierto es que la PC nunca se ha tomado en serio la comunidad, y, seamos claros, una psicología sin comunidad, centrada en la promoción individual, no puede apellidarse «comunitaria». La tarea es, por tanto, tomarse en serio la comunidad y reafirmarla en la doble condición de concepto y *valor* director del campo y de *área de estudio* que integre la investigación empírica y el análisis social existentes. Se trata de desarrollar una nueva *concepción relacional* de la comunidad, cuyo núcleo es la vinculación y relación social, que sea compatible con la afirmación de la individualidad pero no con los excesos del individualismo como fuente única de identidad personal y realización social. Afirmaríamos así la convicción de que las vinculaciones y relaciones entre personas y grupos sociales son constituyentes fundamentales de la identidad personal y del desarrollo humano.

Emigración, diversidad y *multiculturalidad.* Los grandes movimientos migratorios impulsados por los desequilibrios económicos y la globalización y la creciente diversidad plantean, entre otros retos, la necesidad de introducir correcciones multiculturales en los conceptos y enfoques de trabajo comunitario. ¿Qué correcciones? Primero, pensar la comunidad como un grupo inclusivo y heterogéneo que, admitiendo la diferencia legítima y de acuerdo con lo ya señalado, se teje desde la *interacción* y *la experiencia compartida*, que el interventor comunitario debe, por tanto, facilitar. Segundo, debemos tener en cuenta las experiencias integradoras

© Ediciones Pirámide

—exitosas o fallidas— de países con tradición migratoria o multiétnica. Tercero, hay que tender puentes y cooperar tanto con los grupos y organizaciones inmigrantes en la comunidad como, si es apropiado, con organizaciones sectoriales o con sus homólogos profesionales en los países de origen de los emigrantes.

Sostener los valores de justicia social y fraternidad, propios de la tradición europea, denunciando el papel socialmente disolvente y humanamente empobrecedor (Sánchez Vidal, 2004) de competitividad, individualismo y utilitarismo, como valores «funcionales» que sostienen la lógica económica en que se *basa nuestro bienestar* material. No podemos ignorar, por tanto, la ambivalente adhesión popular: se es parcialmente consciente de los excesos y perjuicios asociados a esos valores pero se les considera necesarios para mantener el orden económico que genera nuestro actual «bienestar». Se les ve, además, difíciles de cambiar o sustituir por el masivo *conformismo* de la gente y por la aparente inutilidad de la protesta y la disidencia minoritaria... Es el clásico círculo vicioso que, aunque tiende a reproducirse, se puede romper o cambiar en un momento dado por cualquier punto o desequilibrio (cambio de clima social, contradicciones lacerantes en el ciclo, sucesos externos imprevistos, amplificación de los efectos negativos creados, saturación general de la mayoría, etc.), de forma que el deber de los convencidos y «concienciados» es seguir insistiendo y tratar de convencer a la gente sin caer en extremismos sectarios que acaban siendo contraproducentes. El psicólogo comunitario debe ser consciente de que, en estas circunstancias, recibe de la sociedad un *encargo imposible*: mejorar a las personas y comunidades *sin* alterar los mecanismos básicos —sobre todo la lógica económica— del sistema y sin contar con la voluntad de cambio de la gente, inexistente porque, además de vivir bien, sus eventuales deseos de cambio están anestesiados por el conformismo y la resignación. No hay salidas globales fáciles a estos dilemas. Una, ya citada, sería la denuncia de la situación; otra, la alianza con grupos sociales disidentes; y la tercera, y pienso que estratégicamente más fructífera, es la propuesta y puesta en marcha de alternativas de vida de nivel medio que atiendan anhelos y necesidades de la gente que los sistemas utilitarios de la sociedad (economía, trabajo, tecnificación, etc.), lejos de satisfacer, perjudican. La vivencia de la comunidad y la experiencia de la relación entre personas o la ayuda mutua (capítulo 13) serían, por ejemplo, elementos valiosos de cara a un posible cambio global.

Psicología comunitaria y *política.* Reconociendo, de entrada, el carácter polémico tanto de la relación de la PC con el poder (capítulos 2 y 4) como de la forma que debe tomar la relación entre psicólogos comunitarios por un lado y políticos e instituciones públicas por otro, no podemos ignorar las posibilidades, pero también los riesgos, asociados a la entrada abierta del profesional en el terreno político. Entiendo que, si bien el trabajo del psicólogo comunitario tiene siempre un componente político ligado al manejo del poder propio y ajeno, el componente primario de su papel es psicológico, ya que ni por formación ni por vocación somos políticos. Y, aun cuando en determinadas circunstancias decidiera el psicólogo asumir un papel primariamente político, ese papel habría de estar subordinado a la voluntad de la gente, la comunidad, que es finalmente el sujeto de la acción política desde abajo (o desde arriba, mediada en ese caso por el político, como «profesional» del poder). De manera que, en todo caso, el profesional comunitario no tendría más legitimidad en esta situación que la de mediador cualificado entre instituciones y comunidad cuando, en circunstancias excepcionales, falla el mediador «profesional» del poder (el político) y no hay otro agente social más adecuado para defender los intereses de los grupos más débiles o necesitados. No se puede olvidar que la adscripción política, ensalzada por unos y rechazada por otros, tiene, por tanto, sus propias «indicaciones de uso» y conlleva riesgos como la deslegitimación del papel psicológico o los conflictos planteados por los papeles duales (capítulo 9). Tampoco, que, en el otro extremo, la inhibición «política» en situaciones de violencia, explotación, injusticia o pobreza flagrante es moralmente inaceptable, desdiciendo los valores básicos del campo comunitario.

© Ediciones Pirámide

La ética y valores. Ya se va viendo que la PC tiene un perfil decididamente ético. Y, sin embargo, ése es un «punto negro» del campo que apenas ha recibido atención teórica y práctica abierta. Parece como si la PC, dando por sentada su superioridad moral, no viera la necesidad de hacer explícita su postura ética, examinando las dificultades existentes para trasladar esa postura a la realidad, proponiendo valores y métodos de análisis de los dilemas y cuestiones éticas más candentes en su práctica diaria y formando a los futuros interventores en esa área. A esa tarea, que debe ser situada entre los afanes centrales de la PC, se dedica aquí el capítulo 9.

RESUMEN

1. La PC tiene *orígenes* y desarrollos *diversos* pero convergentes según los contextos sociales e históricos norteamericanos, sudamericanos o europeos en que se desenvuelve a partir de los años sesenta del siglo XX.
2. En *Estados Unidos* la PC surge en los años sesenta de la conjunción de fuerzas sociales, activismo profesional e iniciativa política en momentos de cambio social y a partir de una línea de *salud mental comunitaria* centrada en la prevención y atención en la comunidad, educación para la salud y participación social. La Conferencia de Boston define el campo de la *psicología comunitaria* asignando al psicólogo el papel de agente de cambio social y «conceptualizador participante».
3. *Causas* de la PC en EUA —también presentes en otras áreas— son: la búsqueda de alternativas más humanas y eficaces de atención en salud mental rechazando el modelo médico y su símbolo: el hospital psiquiátrico; la corrección de la desintegración social y el desarraigo psicológico asociados a la industrialización y el desarrollo económico; el activismo profesional y social de los sesenta; la aplicación e intervencionismo psicosocial, y el estudio del cambio social.
4. En *América Latina* surgen a fines de los cincuenta focos de trabajo comunitario ligados al desarrollo comunal, la educación popular y la autogestión cuya dimensión psicológica se busca organizar teórica e institucionalmente más adelante con el nombre de *psicología social comunitaria*. La PC latinoamericana tiene un carácter más social, político y comprometido que su contraparte norteña, y contiene numerosas influencias externas a la vez que aportaciones originales, como la teología de la liberación, la pedagogía liberadora freiriana o la versión activista de la investigación-acción.
5. *Principios básicos* de la psicología social comunitaria son: la *autogestión comunitaria* como eje estratégico y condición para combatir alienación e impotencia; la *investigación-acción* como forma preferente de unir teoría y praxis; y la *práctica transformadora* tanto de las situaciones externas de pobreza e injusticia como de las condiciones internas (conciencia y cultura) que justifican ideológicamente esas situaciones. La dependencia exterior, las difíciles condiciones sociales (deuda externa, autoritarismo, populismo, etc.), la debilidad del Estado, el compromiso social, la politización y la influencia de los enfoques discursivos y «comprensivistas» y el saber popular son rasgos adicionales de la PC latinoamericana que no excluyen una gran pluralidad real de enfoques y prácticas.
6. En *España* la PC surge a fines de los setenta del activismo social de los psicólogos, las nuevas orientaciones de atención a los problemas de salud, educación y servicios sociales, la democratización política tras la dictadura y el impulso de movimientos sociales e influencias externas. Se desarrolla vigorosamente y se institucionaliza en los ochenta y noventa en la academia y en los ámbitos profesionales de salud mental y salud, psicopedagogía y servicios sociales, observándose después un cierto estancamiento.
7. *Raíces socioestructurales* de la PC española son: el desarrollo económico y la urbanización de los sesenta, que catapultan la modernización cultural y social pero generan desintegración social y marginación en las periferias urbanas; la transición democrática y las demandas psicológicas asociadas a la modernización económica y social y a los conflictos y problemas derivados; el florecimiento de las asociaciones políticas, ciudadanas y sindicales, y la emergencia y el desarrollo académico de la psicología como carrera autónoma.
8. La *PC asume* un conjunto de *creencias y valores* esenciales que subrayan: la causalidad social del desarrollo humano y los problemas psicosociales; el papel del cambio social, la comunidad y el poder psicológico en la solución de los problemas sociales y el desarrollo humano; la importancia de la justicia social y el acceso de todos a los bienes colectivos como base de la comunidad y el poder psicológico; el compromiso con los más vulnerables y desfavorecidos, y el derecho a la diferencia social y cultural.
9. Aunque globalmente *positivo*, el *balance* de la PC es ambivalente: se han renovado los enfoques interventivos en psicología, se han mejorado y humanizado los servicios de salud mental y otros y se ha concienciado a la sociedad sobre problemas e injusticias sociales favoreciendo la participación de la gente y tratando de fortalecer la comunidad local. *No* se han *cumplido*, sin embargo, las *propuestas «máximas»* de cambios sociales y comunitarios profundos difíciles de alcanzar por la falta de voluntad de la gente y de técnicas psicosociales adecuadas. Se observa una redefinición del campo y del papel psicológico implícito asociada al agotamiento de los movimientos sociales que lo impulsaron inicialmente y a los amplios cambios sociales posteriores.
10. Se propone un *programa* para la PC del *siglo XXI*, buscando combinar metas utópicas orientadoras y tareas realizables en base a: actualizar el impulso renovador a partir del análisis de las causas de logros y fracasos del pasado; reafirmar y replantear la participación y el empoderamiento en tiempos de desánimo y pasividad; tomar en serio una comunidad basada en la relación y enriquecerla con la noción de diversidad y los enfoques de trabajo multiculturales; sostener los valores de justicia social y fraternidad como fundamento de humanidad y solidaridad frente a un modelo de desarrollo económico de base competitiva e individualista que produce estragos psicológicos y sociales; buscar formas de romper el círculo de conformismo y pasividad actual; repensar la dimensión política del trabajo comunitario sin ignorar sus riesgos ni sus potencialidades, y asumir la relevancia de los valores y la ética en el trabajo comunitario y en la formación de sus practicantes.

TÉRMINOS CLAVE

- Salud mental comunitaria
- Psicología comunitaria
- Desintegración social
- Aplicación psicosocial
- Psicología social comunitaria
- Transición democrática
- Espíritu comunitario
- Comunidad

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

LECTURAS RECOMENDADAS

Bloom, B. L. (1984). *Community Mental Health* (2.ª edic.). Nueva York: Brooks/Cole.
Contiene un resumen equilibrado de la historia y los principios de la salud mental comunitaria en EUA.

Levine, M. (1981). *The history and politics of Community Mental Health.* Nueva York: Oxford.
Visión crítica de la historia de la salud mental comunitaria en Estados Unidos.

Musitu, G., Berjano, E. y Bueno, J. R. (comps.) (1990). *Psicología comunitaria. Actas del IV Encuentro Nacional de psicología comunitaria.* Valencia: Nau Llibres.
Narra los orígenes históricos de la PC en distintas comunidades españolas.

Serrano García, I. y Vargas, R. (1992). La psicología comunitaria en América Latina. Estado actual, controversias y nuevos derroteros. *Actas del I Congreso Iberoamericano de Psicología.* Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
Valoración crítica de la PC en América Latina.

© Ediciones Pirámide

Psicología comunitaria: concepto y carácter 2

El capítulo 1 mostró tanto las diversas circunstancias en que surge la PC y sus variantes regionales desarrolladas como la forma similar en que unas y otras evolucionan hacia una concepción de lo humano y una práctica social semejantes reflejadas en el «espíritu» valorativo del campo. Concepción y práctica que, aunque adopten distintas formas o se expresen en diferentes lenguajes, coincidían en la rebelión contra las formas tradicionales de concebir y hacer la psicología de las que la PC se quiere claramente distinguir construyendo un campo práctico-teórico dedicado a la mejora de las personas y el desarrollo de las comunidades por medio del cambio social protagonizado por las propias personas y comunidades. Este capítulo trata de definir y explicar las características analíticas e interventivas de la PC desde la dialéctica unidad-diversidad apreciada en el campo. La diversidad es patente en las formas diferentes de entender la PC en el norte y el sur; la unidad se manifiesta en una definición y modelo integrador, que recoge rasgos paralelos o comunes a las distintas formas de entender y practicar la PC.

Mientras que la primera edición del libro (Sánchez Vidal, 1991a) incluía una gran variedad de conceptos y definiciones de la PC —generalmente provinientes de EUA—, aquí me limito a destacar aquellas que, con la perspectiva que da el tiempo, he juzgado nucleares al campo dentro de una visión global más próxima a los modelos del norte —en general más apropiados a la realidad social española— pero que también incorpora aspectos de los modelos del sur en una propuesta final integradora de la PC y de sus características teóricas y operativas. Tratándose, por otro lado, de un área esencialmente práctica, la PC quedará mejor perfilada desde sus características interventivas, visión de los problemas y soluciones y valores implicados que desde los conceptos o la teoría, siempre secundarios y «a rastras» de la forma de actuar. Dado que las diferencias de la PC con las formas individuales de trabajo psicológico y con el modelo médico asociado carecen ya de la importancia que inicialmente tuvieron en la definición del campo, me limito a resumirlas aquí buscando una definición sustantiva —*qué es* la PC—, no una diferencial que sólo indica lo que *no* es el campo, de qué quiere distinguirse.

1. DIFERENCIAS CON LA CLÍNICA Y EL MODELO MÉDICO

Ya se vio en el capítulo anterior que la PC nace con una vocación rupturista respecto de las formas «establecidas» de entender y resolver los problemas psicológicos y sociales, de los que trató de distanciarse. Eso la llevó a definirse por oposición a los modelos clínicos centrados en la atención individual y al modelo médico asociado a ellos, de forma que una buena aproximación inicial a la PC consiste en revisar las diferencias entre ambos modelos —comunitario y el clínico-terapéutico— a la hora de prestar servicios. Aunque esas diferencias están pensadas

© Ediciones Pirámide

para la salud mental, se pueden aplicar sin mayor problema a otras áreas de intervención comunitaria. La pretensión de definirse por oposición a algo suele, por otra parte, producir una visión distorsionada, «en blanco y negro», del campo: clarifica las diferencias pero oculta continuidades y semejanzas ignorando otros rasgos importantes de la PC no referidos al trabajo psicológico tradicional que deberemos explicar en otros apartados. Describimos sintéticamente las once diferencias principales de la PC con los modelos individuales de tratamiento psicológico que son resumidas en el cuadro 2.1.

Asunciones sobre las causas de los problemas. Mientras que los modelos psicológicos clásicos asumen, con algún matiz, causas psicológicas o «internas» a los individuos, la PC supone que las causas de los problemas psicosociales son relacionales y *socioculturales*: tienen que ver con los procesos sociales y culturales y con las interacciones que con ellos tienen las personas y los grupos humanos. Las consecuencias prácticas de esta asunción causal son esenciales: la *intervención* debe centrarse en las *relaciones* entre personas y contextos y no, como en la clínica, en los individuos. Y las implicaciones éticas también: si buena parte de las causas son sociales y ambientales, *no* se debe *culpar a las víctimas* (Ryan, 1971) de los problemas que padecen.

Modelos teóricos relacionales y sociales. Si los determinantes de los problemas —y del desarrollo humano— son predominantemente sociales, los conceptos y teorías de base individual que habitualmente ha usado la psicología (la personalidad, psicología diferencial, psicopatología u otras) son esencialmente inválidos para las nuevas tareas. La PC necesita conceptos y enfoques teóricos supraindividuales que, contemplando las dimensiones y determinantes relacionales, sociales políticos y ambientales de los temas comunitarios, pongan en relación a las personas con los grupos sociales de que son parte activa: modelos relacionales, de adaptación, sistémicos, sociales, de «activación social», ecológico-sociales. Modelos, habría que añadir, cuyo núcleo deber ser *social* —con un añadido micropolítico ligado a la importancia del poder en los fenómenos comunitarios—, no, como pretenden los paradigmas ecológicos tan comunes hoy en día en el mundo anglosajón, relaciones casi biológicas organismo-entorno para las que la ecología podría ser más adecuada.

Localización de la intervención. Mientras que la práctica clínica se realiza en centros artificiales y segregados —un hospital, un centro de servicios, un despacho—, la actuación comunitaria debe llevarse a cabo *en* la comunidad o lo más cerca posible de ella. ¿Por qué? Porque si queremos modificar los determinantes sociales básicos de los problemas o alcanzar el desarrollo personal, habrá que intervenir en el propio entorno social y cultural en que operan esos determinantes, sin esperar en nuestro despacho a que los individuos vengan a pedir ayuda. No es, simplificando, el «enfermo» el que tiene que buscar al psicólogo comunitario, sino el psicólogo quien ha de buscar al «enfermo» o, más precisamente, a los grupos vulnerables y los procesos y «nutrientes» sociales que, siendo en parte responsables de los problemas psicosociales, habrían de permitir su prevención de esos problemas y el desarrollo humano del conjunto de la comunidad.

Destinatario: la *comunidad*, no los individuos. No se trata sólo de que la PC se haga *en* la comunidad, sino que se centre en ella y no en ciertos individuos: la comunidad es el destinatario, además de la localización de la acción comunitaria. Mientras que el trabajo clínico se dirige a individuos que sufren, la PC se dirige a la comunidad como grupo social asentado en un territorio. La comunidad es una realidad sociopsicológica compleja, con frecuencia representada por unidades administrativas, como los barrios o distritos urbanos, al conjunto de cuyos pobladores va destinada la intervención, aunque *no* siempre se corresponden con el tejido social denso (capítulo 3) que forma la verdadera comunidad. Y, como se verá más adelante, esa complejidad hace que muchas veces la intervención se centre no en el conjunto de la comunidad, sino en ciertos temas o sectores de población, buscando implicar de una u otra forma al conjunto de la comunidad en los procesos. E, incluso, cuando la acción se dirige a «la comunidad», a menudo se trabaja realmente

© Ediciones Pirámide

CUADRO 2.1

Diferencias entre la psicología comunitaria y el enfoque clínico-médico

Concepto	**Psicología comunitaria**	**Psicología clínica, modelo médico**
Causas de problemas	Socioambientales: en contexto social y relaciones entre personas y contexto	Internas, intrapsíquicas
Modelo teórico	De adaptación, sistémicos, relacionales, ecológicos, acción social	Psicología individual, personalidad, psicopatología
Lugar de intervención	La comunidad: contexto social inmediato	Instituciones distantes: hospital, centros de servicios
Destinatario	La comunidad en conjunto	Individuos etiquetados como enfermos, con retraso escolar, delincuentes, etc.
Áreas de intervención	Salud, bienestar, justicia, tiempo libre, desempleo, etc.	Salud mental
Fines	Desarrollo humano y comunitario Liberación de opresión Prevención de problemas	Tratamiento terapéutico, cambio individual
Tipo de **intervención**	Intervención global, totalizadora, contextual, multidisciplinar	Intervención individual, especialista, descontextualizada
Tipo de **servicios**	Renovación técnica Ayudadores no profesionales Organización global: continuidad, coordinación, integralidad Búsqueda problemas/clientes	Servicios terapéuticos individuales según modelo médico en mercado; atención pública, residual, complementaria
Centro de **poder**	Comunidad, gente	Profesional
Papel del **psicólogo**	Más amplio y flexible según demandas situación Agente de cambio social	Ayudador profesional Contenido limitado: terapeuta, diagnosticador, consejero
Relación con el destinatario	Igualitaria: colaboración psicólogo-comunidad (de abajo-arriba: al servicio de la comunidad)	De arriba abajo: psicólogo diagnostica y prescribe soluciones; paciente las sigue

© Ediciones Pirámide

con la parte socialmente «viva» y *organizada* de ella (instituciones y asociaciones, grupos movilizados o motivados, etc.), dejando de lado amplios sectores comunitarios.

Multisectorialidad interventiva. Dado su carácter totalizador e integral, el enfoque comunitario no se limita al ámbito de la salud mental, feudo tradicional del psicólogo, sino que se extiende al conjunto de áreas de problemática y potencial de desarrollo psicológico y social: educación, servicios sociales, pobreza, trabajo, política, desarrollo rural y urbano, etc. Ahí radicaría una de las diferencias entre salud mental comunitaria, limitada a esa área, y PC, abarcando la totalidad de esferas y servicios sociales.

Fines. Mientras que la clínica persigue la «curación» terapéutica —resolver los problemas psicológicos de los individuos—, la PC busca, en su versión más modesta, la prevención de problemas y conflictos y el *desarrollo* de *personas y comunidades* en su versión más utópica, que para no pocos implica —en el sur— la *liberación* de condiciones sociales opresivas. Ya se ve que la PC se marca metas más ambiciosas pero con un carácter menos psicológico y de más difícil realización que las metas más limitadas, pero también más psicológicas y realizables, de la clínica.

Globalidad e integralidad. A diferencia del enfoque clínico —especializado y parcial—, el enfoque comunitario es totalizador e integral: persigue realizar acciones que abarquen no sólo los aspectos psicológicos o de salud mental, sino todos los aspectos de la comunidad o los asuntos sociales. Lo que implica que el trabajo comunitario ha de ser, por fuerza, *multidisciplinar*, de forma que exista un conjunto de profesionales que evalúan y actúan sobre los distintos aspectos —psicológicos, biomédicos, sociales, económicos, educativos, etc.— de los problemas o asuntos de interés. También exige desde el punto de vista macrosocial la *coordinación* de los distintos tipos de servicios sectoriales (salud, educación, sociales, etc.) de forma que funcionen integrada y eficazmente, garantizando la continuidad del servicio para las personas y grupos sociales con necesidades y recursos diversos.

Renovación de servicios y formas de ayuda. La ampliación de las asunciones causales, destinatario, fines y áreas de intervención y la pretensión de globalidad exigen de la PC un replanteamiento de la concepción y funcionamiento de los servicios de ayuda, modificando también el papel del psicólogo y la forma de relacionarse con sus clientes. Se renuevan, por un lado, las *estrategias* interventivas: si en clínica bastaba con la terapia, la orientación y la asesoría, aquí se amplía a la prevención, intervención de crisis, consulta, organización social, investigación-acción, concienciación, etc. Se amplía el personal de ayuda para incluir a voluntarios, *no profesionales*, organizaciones no gubernamentales, grupos de ayuda mutua y otros: para la PC todas las personas y grupos sociales son ayudadores y agentes de cambio en potencia. Cambia también, como se ha sugerido, la forma de hacer llegar la ayuda al destinatario: en lugar de esperar pasivamente a que los clientes vengan a pedir ayuda (modalidad de espera, *waiting mode*; Rappaport y Chinski, 1974), el psicólogo debe ir a la comunidad y «buscar» a los posibles «clientes» o problemas *(seeking mode).* Si bien esa modalidad «activa» de búsqueda es esencial para prevenir y entender las dinámicas comunitarias, conlleva también importantes dificultades técnicas y motivacionales a tener en cuenta.

Foco de control y poder. Si en el modelo clínico el profesional es el centro de poder que determina el problema del cliente y las soluciones que ése se limita a ejecutar, en la acción comunitaria el poder reside en la comunidad, que será quien marque los objetivos y tome las decisiones, con la ayuda del psicólogo u otros profesionales, que pasan así a ser colaboradores o asistentes cualificados de la comunidad. El cambio del titular de la iniciativa es preciso para que sea la comunidad, no el profesional, quien, al protagonizar las acciones, se atribuya los resultados positivos logrados consiguiendo el empoderamiento efectivo. La acción comunitaria exige que la gente participe en las acciones de cambio y asuma colectivamente la responsabilidad de esas acciones.

© Ediciones Pirámide

Papel del psicólogo. La acción comunitaria supone, como ya se va viendo, una redefinición de la ecología de los papeles sociales —profesional y clientes— incluidos en varios aspectos. En el aspecto *procesal,* el psicólogo *pierde parte de la responsabilidad* e iniciativa a favor de la gente, la comunidad, que ha de tener, por tanto, un mayor protagonismo y actividad. En cambio, el *contenido* del papel psicológico —las funciones a desempeñar— *aumenta* notablemente en la dirección social y política, pasando de desempeñar unas pocas funciones clínicas (terapeuta, diagnosticador, consejero) a un conjunto más amplio: analista social y evaluador, dinamizador, mediador social, planificador, consultor, etc. Ello plantea, a su vez y en el plano dinámico, dificultades para identificar la función adecuada a cada situación y para integrar las diversas funciones a asumir. Globalmente, el psicólogo pasa de *ayudador* profesional (clínica) a *agente de cambio social* o, al menos, mediador cualificado entre instituciones y comunidad.

Relación con el destinatario. También la relación entre psicólogo y destinatario cambia, y pasa de la tradicional relación distante, de arriba abajo (el profesional decide, el cliente se limita a seguir sus indicaciones), a una más *igualitaria y colaboradora* —horizontal— o bien, para algunos, de abajo arriba: el psicólogo estaría al servicio de la comunidad.

2. VISIONES DE LA PC

Revisemos ahora brevemente, y antes de entrar a profundizar en las diferencias norte-sur y ofrecer una formulación integrada, tres visiones de lo comunitario que corresponden a la salud mental comunitaria (SMC) norteamericana, los conceptos, diferenciados como PC, generados en ese mismo ámbito y a la psicología social comunitaria (PSC) latinoamericana. Estas aproximaciones a lo comunitario desde la psicología se ilustran y amplían en el abanico de definiciones recogidas en el cuadro 2.3.

2.1. Salud mental comunitaria

La salud mental comunitaria (SMC) aborda los problemas de salud mental con un enfoque comunitario conformando un híbrido, también llamado psicología clínico-comunitaria, que acoge un conjunto de alternativas a las estrategias clínicas clásicas. Aunque se considere a la SMC un campo a medio camino entre el trabajo clínico individualizado y la PC, llevada al extremo (asumiendo los once puntos diferenciales anteriores y usando sus estrategias más sociales y comunitarias), no se diferencia gran cosa de la PC, salvada su limitación al ámbito de la salud mental. De hecho, y como ha mostrado el repaso histórico del capítulo precedente, buena parte de las razones que llevan a desarrollar la PC frente a la clínica u otras formas de actuación psicológica tradicionales están formuladas —al menos en EUA— en el área de la salud mental y organizadas, precisamente, como SMC. De forma que, si bien las distinciones conceptuales y prácticas entre ambos campos son a veces reales, en otras ocasiones son apenas cuestión de matiz y grado, más que de modelo o enfoque global. La SMC se desarrolla en EUA a partir de experiencias de la posguerra mundial, aportando Caplan buena parte de su base teórica y operativa y constituyendo su libro (1964/1979) y los de Bloom (1984) y Korchin (1976) (capítulos 17 a 19) las mejores explicaciones del campo.

La SMC comprende un conjunto de estrategias de intervención sustentado en unas bases teóricas valorativas y metodológicas ya descritas en sus diferencias de principio con la clínica y resumidas en el cuadro 2.2. Las *estrategias* son: intervención de crisis, consulta de salud mental, utilización de ayudadores no profesionales, educación y promoción de la salud mental y prevención; pueden también añadirse la comunidad terapéutica y la terapia social o del medio. Multidisciplinariedad y participación de la comunidad son *principios operativos* básicos. Y cada estrategia está asociada a ciertas áreas teóricas, metodológicas y de actuación multidisciplinares. Así, la intervención de crisis está ligada a la teoría del estrés y al campo de las emergencias psiquiátricas; la educación para la salud y la prevención a la salud pública; la terapia social

© Ediciones Pirámide

CUADRO 2.2

Salud mental comunitaria: estrategias y bases teóricas y metodológicas

Intervención en crisis y emergencias para minimizar los efectos del estrés y recuperar el nivel de funcionamiento inicial
Consulta: colaboración con instituciones o líderes comunitarios para resolver problemas o alcanzar objetivos en el propio entorno social
Voluntarios y no profesionales que por sus cualidades pueden, con la cooperación y seguimiento profesional, ayudar a personas o grupos vulnerables o necesitados
Prevención: anticipación a los problemas de salud mental o psicosociales para evitar su surgimiento, facilitar el tratamiento efectivo y minimizar sus secuelas
Educación y promoción de la salud: educación y provisión de aportes para fomentar la salud global implicando a la comunidad en el cuidado propio y del ambiente
Otras: terapia social y ambiental, ayuda mutua
Bases teóricas-metodológicas: epidemiología, teoría del estrés y afrontamiento, apoyo social, modelos sistémicos

y comunidad terapéutica son prácticas ligadas a la psiquiatría social y el movimiento comunitario. Caplan ha sentado las bases teóricas de intervención de crisis, consulta, apoyo social y desarrollo humano introduciendo el modelo de prevención en el campo de la salud mental.

Las estrategias de salud comunitaria tienen a menudo una *orientación poblacional* y *social*, de forma que van dirigidas a grandes masas de población que incluyen a los más necesitados y desfavorecidos —que no suelen usar los servicios normalizados— y acercan la atención de salud mental a la comunidad. Tratan, además, de optimizar los recursos de ayuda para ponerlos a disposición del mayor número de personas, estando, a la vez, mejor definidos y técnicamente probados que las estrategias comunitarias más directamente sociales. El carácter *multidisciplinar* del campo es valorado de manera mixta y ambivalente: mientras que unos ven ventajoso poder colaborar con otras disciplinas no psicológicas y hacer aportaciones a la salud mental sin caer en el sectarismo propio de cada profesión, otros encuentran negativa la imposibilidad de contemplar los aspectos específicamente psicológicos del campo y del papel involucrado. Tras esta panorámica sumaria, expongo varias estrategias y métodos de la SMC a lo largo del libro, integrándolos en la PC: prevención en el capítulo 12, intervención de crisis y consulta en el 11 y salud mental positiva —base de la promoción de la salud mental— en el 4. Otros aspectos operativos compartidos con otras visiones de lo comunitario son expuestos en la parte final, interventiva: participación y multidisciplinariedad, en el capítulo 8, y papel comunitario, en el capítulo 10.

2.2. PC estadounidense: ciencia aplicada, cambio social y poder

El cuadro 2.3 recoge un conjunto de definiciones de la PC de procedencia norteamericana, sudamericana y europea seleccionadas para mostrar la variedad de formas en que el campo, sus conceptos teóricos, tareas prácticas y el papel psicológico implicado son concebidos desde distintas regiones y ámbitos ideológicos. El muestrario descubre también la complementariedad de las definiciones tomadas en su conjunto y las amplias coincidencias visibles tras las disparidades conceptuales y de lenguaje. Mien-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 2.3

Definiciones de psicología comunitaria

Autor	Definición
Caplan (1979)	Conocimientos profesionales teóricos y prácticos que pueden usarse para planificar y realizar programas para reducir la duración y efectos de los trastornos mentales en una comunidad
Bloom (1984)	Campo conceptual y académico centrado en el análisis y modificación de los sistemas sociales y en el manejo de las cuestiones sociales desde la psicología
Rappaport (1977)	Busca el bienestar de las distintas subcomunidades sociales por medio del desarrollo de recursos humanos, la acción política y la aplicación de la ciencia social
Newbrough (1973)	Campo que intenta integrar el conocimiento de distintas áreas de la psicología y otras disciplinas para desarrollar una teoría general y unificada de la conducta humana
Goodstein y Sandler (1978)	Intervención en los sistemas sociales que controlan la desviación y realizan el apoyo social, humanizándolos, denunciando sus fallos y creando alternativas en que el psicólogo asume el papel de crítico del sistema y agente de cambio social
Bender (1981)	Intento de hacer los campos de la psicología aplicada más efectivos en la prestación de sus servicios y más sensibles a las necesidades y deseos de las comunidades a las que sirven
Sánchez Vidal (1988)	Estudio de la relación entre sistemas sociales entendidos como comunidades y comportamiento personal y de su aplicación interventiva a la potenciación y el desarrollo humano integral y a la prevención de los problemas psicosociales desde la comprensión de sus raíces socioambientales y a través de la modificación de los sistemas sociales y de la comunidad
Montero (1989)	Estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder de los individuos sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios ambientales y en la estructura social
Gois (1993)	Área de la psicología social que estudia la actividad psíquica resultante de la forma de vida de la comunidad, las relaciones y representaciones, identidad, conciencia y pertenencia de los individuos; busca desarrollar la conciencia de ésos como sujetos históricos y comunitarios a través de un esfuerzo multidisciplinar de organización y desarrollo de los grupos y la comunidad

© Ediciones Pirámide

tras que las definiciones estadounidenses y europeas (como las de Caplan y Bender) son más descriptivas, concretas y técnicas, especificando, junto a los conceptos y valores básicos, las estrategias y tareas prácticas implicadas, las latinoamericanas (como la de Gois) son más globales y comprensivas, usando un lenguaje más discursivo y abstracto. Varias definiciones en cambio (Bloom, Goodstein y Sandler, Rappaport, Sánchez Vidal) comparten características de uno y otro enfoques aunque usan palabras o conceptos distintos para expresar ideas y misiones parecidas o, al menos, de carácter muy similar: «sistemas sociales», «bienestar», «cuestiones sociales» frente a «conciencia», «cultura», «modo de vida», «sujeto». Diferencias y semejanzas son más adelante integradas en un cuadro coherente.

Resumo ahora dos visiones estadounidenses de la PC que, trascendiendo la SMC, «traducen» de alguna manera el espíritu radical del movimiento comunitario en aquel país y de la conferencia fundacional de Boston: la de Rappaport (1977), muy influyente y conocida, y el intento de Goodstein y Sandler (1978) de perfilar una PC radical, distinta de otras modalidades de actuación psicológica. En la segunda edición de este libro (Sánchez Vidal, 1991a) se pueden encontrar otras propuestas de PC generadas en EUA.

Recursos humanos, ciencia social y acción política. Según Rappaport, la psicología aplicada ha tendido, como otras profesiones dedicadas a ayudar, a resolver los problemas de desviación social surgidos del clásico conflicto entre individuo y sociedad etiquetando a los diferentes y ayudando a que se ajustaran a la norma social prevalente. La PC debe, por el contrario, encontrar alternativas sin recurrir al control social, afirmando el derecho de los individuos a ser *diferentes*, pero también a ser *iguales*, de manera que tengan parecido acceso a los recursos sociales existentes. La PC es un campo constitutivamente político y valorativo por estar ligado a la definición de los problemas sociales y a la distribución de recursos sociales. Pero al tratar sobre el bienestar de los individuos en las subunidades sociales que son las comunidades, ha de incluir otros dos aspectos —desarrollo de recursos y ciencia social— además del político. Sus tres componentes estructurales son, pues:

- *Desarrollo de recursos humanos* que en las personas y entornos sociales contribuyan a fomentar el bienestar de los individuos necesitados incluyendo, además de la prestación de servicios a las comunidades locales, la prevención y el cambio social en los sistemas que generan problemas.
- *Acción política* para realizar los cambios o reformas sociales que puedan llevar a prevenir o paliar los problemas sociales a través de la justa distribución de los recursos y servicios entre los grupos sociales prestando especial atención a los más débiles y necesitados.
- Aplicación de la *ciencia social* que usando el método científico aporte los conocimientos necesarios para prevenir y paliar los problemas sociales.

Para ser eficaz, la acción comunitaria ha de combinar los tres elementos. Sin los conocimientos y la metodología científica, la acción social tendría efectos muy limitados; sin la actividad política, la información científica no tendría utilidad al no llevarse a la práctica; y, por fin, conocimiento científico y acción política sin unas personas competentes y con recursos para ejecutar los cambios resultarían igualmente insuficientes. Posteriormente Rappaport (1981) ha dado un paso más en el descubrimiento de la naturaleza política de la PC, proponiendo la idea de *empowerment* (empoderamiento, poder personal) como tema teórico-práctico central del campo (véase el capítulo 4) que, además de alejarse de metas deficitarias o preventivas, señala el objetivo básico a perseguir por personas y comunidades para obtener el dominio de sus propios destinos.

Cambio de los sistemas de apoyo social y control de la desviación. Goodstein y Sandler tratan de distinguir la PC de otros campos psicológicos dedicados a promover el bienestar humano (como psicología clínica, SMC o psicología política) partiendo de los cuatro componentes básicos de cualquier intervención: destinatario, contenido, proceso y conocimientos de base.

© Ediciones Pirámide

A diferencia de otras formas de intervención psicológica, la PC no busca sólo soluciones individuales, sino cambios sociales en los sistemas de control de la desviación y los de apoyo social que serían los *destinatarios* de la acción comunitaria. La misión no es, como en la SMC, ampliar los papeles de los afectados y sus «otros significativos», sino denunciar los fallos y abusos de aquellos sistemas, reformar los procesos de control de la desviación (como el encarcelamiento o encierro psiquiátrico) y construir alternativas más apropiadas para los individuos en ambos sistemas, de apoyo social y control social; ése es el *contenido* de la intervención comunitaria. También los conocimientos teóricos y prácticos requeridos por la PC son diferentes de los de sus contrapartes psicológicas; incluirían áreas como psicología social, psicología de las organizaciones, psicología ambiental, ecología o sociología de la desviación. Pero donde la PC se distancia más rotundamente de otras formas de ayuda psicológica es en el proceso o *estilo* interventivo, la forma de actuar: en lugar de limitarse a ayudar o «prestar servicios», el psicólogo comunitario debe asumir los papeles de *crítico* del sistema y *agente* de *cambio* que, además de facilitar el análisis y cambio de los sistemas sociales, resuelva sus discrepancias de valores con los clientes.

La propuesta de Goodstein y Sandler constituye, junto con la de Rappaport, la apuesta más radical y ambiciosa de la PC estadounidense, «rompiendo» drásticamente con cualquier tipo de planteamiento clínico o psicológico. El problema es si, como se le ha criticado, es realizable y, con su contenido esencialmente sociológico, puede aún ser llamada «psicología» cuando traspasa con mucho las fronteras de lo psicológico y desdibuja el papel correspondiente.

2.3. Psicología social comunitaria

Se trata, como ya se dijo en el capítulo precedente, de una visión más social, política y comprometida hecha en la América Latina y formulada con una clara voluntad de diferenciarse de la SMC y PC estadounidenses. Más que una propuesta teórica y práctica acabada, se trata de una orientación y una manera de abordar la acción comunitaria desde una base más social que clínica —ligada a las ciencias sociales, el marxismo, la teología de la liberación o la pedagogía liberadora— con pretensiones de cambio radical comprometido con la justicia social global cuyas ideas y principios básicos son:

- La *autogestión comunitaria* como vía para que la comunidad *tome conciencia* de su situación y asuma su propia transformación a través de la *acción liberadora* de la opresión social y de los sentimientos de alienación e impotencia, permitiendo que la gente reconozca sus propias capacidades.
- El *control* y la participación de la comunidad en los procesos de cambio que el psicólogo facilitará evitando posturas intervencionistas y autoritarias.
- La confrontación de la *ideología* como racionalización colectiva de la dominación social.
- La *práctica transformadora* de la realidad *social* y la *investigación-acción* participante como unión de teoría y praxis, sin olvidar el saber popular.
- El *compromiso* social y político con los más necesitados y desposeídos.

Lo que la PSC plantea es, en resumen, transformar a los individuos en *sujetos* a través de la toma de conciencia y la acción colectiva, teniendo en cuenta no sólo los procesos psicológicos y psicosociales al uso sino, también, procesos y categorías sociales e históricos más globales, como la identidad, la cultura y el significado (también presentes, aunque de una forma más implícita y expresados en otro lenguaje, en el análisis y la acción en otras áreas). La PSC es, como ya se dijo, un planteamiento más global, retórico y explícitamente político que sus contrapartes comunitarias norteamericanas y europeas, más individualistas y técnicamente explícitas y codificadas en un lenguaje más descriptivo y analítico. Al igual que la propuesta de Goodstein y Sandler, la PSC rebasa claramente el ámbito de lo psicoló-

© Ediciones Pirámide

gico. Contiene un exceso de voluntarismo utópico que la hace difícilmente viable en circunstancias y ambientes sociales «normales» y un exceso de retórica y abstracción en su lenguaje que dificulta muchas veces la comprensión exacta de lo que se trata de decir. Tampoco podemos olvidar que, como se verá a continuación al examinar las divergencias norte-sur, la PSC está pensada para contextos sociales bien diferentes de los norteños, lo que puede explicar algunas de esas diferencias.

3. PSICOLOGÍA COMUNITARIA: NORTE Y SUR

Retomamos, tras revisar las distintas visiones de la PC, el tema de la diversidad y la unidad del campo. En el capítulo 1 se desmontó el mito de que existe una única historia y contenido del campo, que corresponde a la corriente comunitaria desarrollada en EUA, que, como hemos visto, tampoco es homogénea. ¿Podemos explicar coherentemente las variantes regionales y sectoriales de la PC tomando en consideración no sólo las propuestas (sus contenidos) sino, también, los contextos sociohistóricos en que se originan? ¿Y podremos, tras ese análisis, hacer una propuesta coherente y unitaria de PC válida para todos los contextos? Trato de responder a la primera pregunta explorando las diferencias y semejanzas en los constituyentes básicos del campo de las corrientes comunitarias desarrolladas en EUA y América Latina, que, en función de sus características, pretensiones y contexto social, he identificado (Sánchez Vidal, 2001a) respectivamente como PC del norte y PC del sur. La segunda cuestión se aborda más adelante.

3.1. Concepto «mínimo» de psicología comunitaria

Para hacer esa comparación propongo una definición «mínima» de la PC que servirá de marco de referencia, al recoger cinco componentes nucleares de la PC (objetivo, método, base social, rol y base científica y metodológica) que pueden variar según el contexto o sector de actuación comunitaria examinado. La consideración conjunta de los contenidos específicos de cada una de las cinco «casillas» de la definición dará perfiles sectoriales o sociales que «retratarán» las diferentes formas de entender y practicar la PC, permitiendo, además, situar y entender globalmente coincidencias, singularidades y discrepancias. Así, la comprensión de los objetivos planteados en cada enfoque puede aclararse mucho si se relacionan en cada caso con la base comunitaria, social y de problemática desde la que se formulan esos objetivos. Comencemos con la definición «mínima» de la PC.

> **La psicología comunitaria es un campo práctico-teórico que busca la mejora de las personas a través del cambio «desde abajo» —gestionado por los propios sujetos— y basado en la comunidad territorial y psicosocial en que el psicólogo desempeña un papel indirecto de dinamizador o catalizador de esfuerzos**

La definición especifica los cuatro elementos clave en cualquier forma de acción psicológica o social: objetivo perseguido, proceso seguido y metodología usada para alcanzarlo, punto de partida (o realidad sociopsicológica inicial) y papel del interventor psicológico en el proceso. Y los describe con la suficiente generalidad conceptual y simplicidad lingüística como para ser compatibles con muchos de los enfoques o modelos comunitarios existentes que, de alguna manera, concretarían las distintas visiones de cada elemento y de la PC en conjunto. Añado un quinto aspecto, la base teórica e investigadora, que, aunque no es parte de la definición (por ser esa dimensión secundaria en la PC), es útil en la comparación. Revisemos brevemente el «mínimo común denominador» de cada aspecto que junto a las características diferenciales descritas al comienzo del capítulo contribuirá a aclarar el concepto integrador de PC que se elabora más adelante y que aparece en la primera columna del cuadro 2.4 junto a cada aspecto.

- *Objetivo: mejora de las personas, desarrollo humano integral.* A diferencia de otras formas de actuación psicológica empeñadas en resolver déficit o problemas, se coincide en asignar a la PC metas positivas, de mejora de las personas como tales personas y no sólo en alguno de sus aspectos (como la salud mental) o desempeños sociales parciales. Es decir, se busca una mejora totalizadora y equilibrada (integral) que puede resumirse en el desarrollo humano integral.
- *Metodología* y *proceso* interventivo: *cambio autogestionado*, o «desde abajo», en que los sujetos afectados son protagonistas (o, al menos, coprotagonistas) que se embarcan activamente en *su propio* proceso de cambio. Este tipo de cambio se suele definir por oposición tanto al cambio psicológico individual como al cambio social planificado —«desde arriba»— en que los afectados son sólo objeto del cambio, no sujetos de él. En la PC los afectados/interesados son, además de objeto de cambio, sujetos (más o menos activos) de ese cambio. Lo que implica, además de la cualidad de *agentes* (no *pacientes*) con capacidad de *activación* social que ayuda a hacer efectiva el psicólogo comunitario, que su *participación* en los cambios es característica metodológica central de la intervención.
- *Base social*: la *comunidad territorial o psicosocial*. La actuación tiene como punto de partida —y con frecuencia se centra en— la comunidad local o la comunidad simbólica, los vínculos psicosociales y los elementos socioculturales compartidos. Es importante tener también en cuenta la *problemática* característica y la *sociedad* que forman, respectivamente, el objeto inicial de trabajo y el contexto global (que incluye la comunidad simbólica) de la acción comunitaria.
- *Papel* interventivo. Existe un amplio acuerdo en que el psicólogo no debe limitarse a prestar directamente servicios —de salud mental o de otro tipo—, sino que ha de asumir un papel indirecto de *dinamizador o activador social* que cataliza el cambio sin protagonizarlo. No puede ser de otro modo si se asume que el objetivo de mejora personal o comunitaria debe ser alcanzado en un proceso protagonizado o autogestionado por la propia comunidad.
- *Base* conceptual y *teórica* preferida para comprender y explicar los fenómenos de interés, así como el *método de investigación* usado para acumular el conocimiento explicativo o comprensivo.

© Ediciones Pirámide

4. DIFERENCIAS NORTE-SUR

El cuadro 2.4 resume los constituyentes básicos usados y su contenido en cada orientación polar, norte y sur, de la PC que describo reduciéndola a sus tendencias centrales, con el consiguiente riesgo, inevitable en estas comparaciones diferenciales, de esquematización y excesiva homogeneización de fenómenos sociales siempre complejos y heterogéneos.

4.1. Objetivo: cambio social radical, calidad de vida y empoderamiento

Muchos psicólogos comunitarios latinoamericanos proponen —o asumen implícitamente— como meta de la PC alguna modalidad de cambio social radical que a veces se concreta —o se concretaba hace un tiempo— en una «sociedad socialista» utópicamente entendida como sociedad más igualitaria y socialmente justa, capaz de satisfacer las necesidades básicas de todos y de superar las situaciones de explotación, dependencia y colonialismo que se sobreentiende subyacen al desarrollo económico-social de las sociedades capitalistas. Como ya se vio en las definiciones ofrecidas más arriba, algunos resumen esa pretensión en la «construcción» de un nuevo sujeto histórico. Este tipo de propuestas suscita serias dudas sobre la vigencia ideológica de las ideas de base, la viabilidad de los cambios a realizar y el carácter psicológico de las tareas involucradas.

PC del norte: calidad de vida, humanización, empoderamiento. En las sociedades ricas y de tradición democrática, el cambio social radical (el

© Ediciones Pirámide

CUADRO 2.4

Perfiles norte y sur de psicología comunitaria

Aspectos comunes	**Norte** **Salud mental comunitaria** **Psicología comunitaria**	**Sur** **Psicología social comunitaria**
Objetivo Mejora personal, desarrollo humano	Salud mental positiva *Empowerment,* empoderamiento Autonomía personal Humanización de sistemas de prestación de servicios	Sociedad justa Comunidad autogestionaria «Construcción» de sujeto consciente y agente
Método/proceso interventivo Cambio «desde abajo», participativo	Participación social Organización comunitaria Desarrollo de destrezas personales y sociales	Autogestión comunitaria Concienciación Activación social Investigación-acción
Planificación-coordinación acciones	Evaluación-planificación	Evaluación-planificación
Base: comunidad territorial y psicosocial	Debilitada: preocupación por pérdida de comunidad	Solidaridad «natural»; comunidad fuerte, valores colectivos
Sociedad	Organizada, contractual Estado de bienestar	Poco organizada Debilidad del Estado; Carencia del Estado del bienestar
Problemas sociales centrales	Industriales (postindustriales)	Problemas «preindustriales»: pobreza, desigualdad (Industriales + postindustriales)
Papel Dinamizador, catalizador	Dinamizador social Catalizador del cambio Técnico socialmente consciente Repartidor de recursos	Activista social comprometido Más sociopolítico que técnico
Base teórica	Clínica con orientación psicosocial	Social (psicología y filosofía social, marxismo, educación popular...)
Metodología de investigación	Más empírico-positivista	Más cualitativo-procesal

© Ediciones Pirámide

verdadero cambio social) ha desaparecido prácticamente del ideario comunitario. Esa explicable «pérdida de ambición» transformadora tiende a reducir el objetivo del psicólogo comunitario a la búsqueda de reformas sociales que mejoren la vida de las personas o sus oportunidades de desarrollo planteando metas más limitadas, realizables y de contenido más psicosocial y personal, como la calidad de la vida, la humanización de los sistemas de atención, el *empowerment*, o empoderamiento, o la autonomía personal o comunitaria.

4.2. Método de actuación: participación, autogestión comunitaria y planificación

En la medida en que el método de actuación marca las estrategias a usar para alcanzar unos objetivos prefijados, podemos esperar también divergencias norte-sur de peso dentro de una línea general común y diferente de otras maneras de actuar, de cambio desde abajo, participativo y autogestionado. Aunque esas divergencias son en general de graduación (grado de participación, protagonismo de la comunidad y autonomía de ésa respecto al psicólogo), algunos aspectos en la forma de hacer la PC del sur —indicados después— marcan diferencias profundas con la PC norteña. Pero hay también, no nos engañemos, un importante —casi universal— elemento metodológico compartido por las dos orientaciones que, además, ni siquiera tiene carácter estrictamente comunitario: la *evaluación* y *planificación* de los programas. También hay coincidencia en la *importancia* que se da al *proceso* frente a los resultados y acciones concretas, aunque esa importancia adquiere carácter casi definitorio en orientaciones y enfoques comunitarios latinoamericanos, como la investigación-acción o la educación popular, lo cual señala una diferencia adicional.

Las metodologías comunitarias usadas en el *norte* son el desarrollo de *destrezas personales*, la *participación*, *abogacía social* para reformar y humanizar los sistemas de asistencia acercándolos a las necesidades de sus usuarios y la *organización* comunitaria. Aunque la dimensión política está más o menos presente en esos métodos (sobre todo en la organización comunitaria), raramente se hace tan explícita ni tiene un papel tan relevante como en el sur. En cuanto a la metodología usada en el sur, se pueden señalar diferencias en aspectos y procesos específicos como la *concienciación* sobre las condiciones sociales y personales y la persistencia de las utopías y alternativas en el «imaginario colectivo» (o, al menos, en algunos sectores); la insistencia en la *liberación colectiva* de unas condiciones sociales adversas (pobreza, dominación...) frente a la persecución generalizada de la libertad *individual* en unas sociedades más ricas y posibilistas en las que la idea de «liberación» o no encaja o habría de tener un contenido distinto, y la *autogestión colectiva y solidaria*, en lugar de la acción concertada de muchos individuos que en el norte buscan la autonomía personal. Como se ve, el estado real de la sociedad circundante y los valores (colectivismo/comunidad frente a individualismo) asumidos impregnan el tipo de métodos usados y procesos seguidos en unos y otros contextos.

4.3. Comunidad, sociedad y problemas sociales

Comunidad, solidaridad «natural» y organización social. La PC busca potenciar a las personas no individualmente sino a través de las agrupaciones sociales inmediatas de que son parte: las comunidades. La *comunidad* (capítulo 3) se entiende como el contexto social más cercano en el triple aspecto territorial o geográfico, psicológico (vinculación afectiva) y sociocultural, redes sociales y cultural. Es claro que sólo en el sur podemos asumir la existencia de una comunidad entendida como solidaridad social y vinculación afectiva que conforma un tejido social denso y «natural». En el norte (Europa y EUA), en cambio, la industrialización y los valores (individualismo, racionalidad, utilitarismo y egoísmo ético, etc.) de la modernidad han erosionado severamente la comunidad «natural» intentando substituirla por el pacto contractual basado en los *intereses* compartidos por individuos autónomos que reclaman sus derechos. La erosión ha alcan-

© Ediciones Pirámide

zado tales proporciones que la reivindicación de la comunidad es un tema central en la literatura y el debate del norte; hay, pues, una enorme diferencia entre norte y sur en el papel que la comunidad desempeña como punto de partida y meta reivindicada de la PC. Mientras las sociedades del sur pueden basar la acción comunitaria en su gran «reserva» de solidaridad natural (en proceso de erosión con la industrialización y globalización neoliberal) y vinculación psicosocial, las del norte, carentes de esa reserva de solidaridad, basan su actuación en la organización de intereses, la autonomía personal y la «reconstrucción social» ligada a la reivindicación de la comunidad perdida.

Sociedad: norte y sur. En el norte, el desarrollo industrial, la urbanización y la racionalización han tendido a generar una sociedad menos solidaria (en el sentido descrito), más fragmentada, organizada sobre intereses, con un volumen de pobreza y desigualdad limitado y con un Estado del bienestar (en Europa y en EUA es distinto) que actúa como colchón de seguridad frente a la adversidad. Las sociedades del sur, en cambio (y dependiendo de su grado de desarrollo y la trama sociocultural de partida), conservan una robusta solidaridad «natural», están menos articuladas socialmente en torno a intereses y derechos, presentan mayores niveles de pobreza y desigualdad y en ellas la protección social brindada por el Estado es bastante limitada, si es que existe. El tipo de PC concebida y practicada en uno y otro contextos ha de ser, por fuerza, diferente.

Problemática social. También los problemas sociales a los que se enfrenta la PC varían. En las sociedades del *norte*, con las necesidades básicas (alimentación, vivienda, seguridad personal, trabajo, etc.) cubiertas para la mayoría, predomina la problemática «*industrial*» (fracaso escolar, drogas, estrés, desintegración social, violencia familiar, desarraigo personal, etc.) y, últimamente, *postindustrial* (hiperindividualismo, desorientación, adicciones informáticas, confusión de papeles de género y de esferas pública y privada, etc.). En las del *sur*, aunque esos problemas están presentes, quedan en segundo plano frente a necesidades y problemas más básicos y perentorios *(preindustriales)* como son la pobreza, el hambre, la sobrepoblación, la carencia de vivienda o trabajo viable, las grandes desigualdades entre las élites y las masas o la debilidad de los estados y la sociedad civil que alimentan el populismo y el autoritarismo militar o personalista.

4.4. Papel: colaboración, servicio comunitario y política

El acuerdo general sobre el carácter dinamizador o activador social del papel psicológico-comunitario da paso a diferencias norte-sur apreciables cuando se pasa a precisar su contenido o dimensión política. En efecto: sobre el papel, la PC del norte subraya los contenidos más *técnicos* (evaluación, diseño de programas, gestión de dinámicas colectivas, etc.) del papel (sin olvidar algunos matices políticos de fondo), mientras que la PC enfatiza en el sur los contenidos más políticos (generar conciencia de posibilidad de cambio, inducir conciencia de poder colectivo, defender al más débil, etc.) y el *compromiso social,* y usa un vocabulario más explícitamente *político*. Hasta qué punto la postura política y el compromiso social proclamados se hacen realidad en la práctica es otro asunto. La importante diferencia de tono sociopolítico es, en todo caso, coherente con las desigualdades sociales existentes y con las carencias democráticas, especialmente llamativas en épocas de dictadura o, como se observó en el capítulo 1, de transición hacia la democracia, en que la tarea comunitaria adquiere inevitablemente una impregnación marcadamente política.

4.5. Base teórica e investigadora

La literatura comunitaria muestra una importante diferencia de la base teórica de la PC en una y otra regiones: en la norteamericana, predominan los conceptos clínicos y de personalidad con añadidos psicológico-sociales del entorno sajón; en la latinoamericana dominan (dominaban, mejor) los conceptos sociales y la ideología marxista, más apropiados en principio para el cambio social radical propues-

© Ediciones Pirámide

to. Esto refleja tanto el diferente *origen* de ambas corrientes (la salud mental en Estados Unidos, el desarrollo comunitario y la educación popular en América Latina) como la señalada diversidad de bases sociales a que esas teorías se refieren. En América Latina se detecta también una incómoda conciencia de dependencia de las teorías foráneas acompañada de una búsqueda de modelos propios (explicable por el deseo de autonomía de la PC del sur) y de interesantes síntesis de unos y otros. Mientras las ideas clínicas derivan de una práctica psicológica existente —facilitando por tanto la adopción de un papel psicológico práctico y realizable—, resultan menos adecuadas para la PC que las ideas sociales, que, aunque desconectadas de una tradición práctica específicamente psicológica, son más adecuadas para la comprensión social de los fenómenos y las acciones comunitarias y el trabajo multidisciplinar. Se echa también en falta una mayor atención de la PC del norte hacia las ideas y modelos del sur, que, por otro lado, se publican y difunden mucho menos de lo deseable.

Metodología investigadora: empirismo y fenomenología. La investigación es bastante secundaria en un campo de vocación activista como la PC, centrándose, además y con frecuencia, en asuntos —como el estrés o el apoyo social— bastante periféricos para la teoría y práctica comunitaria y realizándose abrumadoramente en el norte anglosajón desde plataformas universitarias de base metodológica empirista y «objetivista», con añadidos cualitativistas y fenomenológicos minoritarios. La limitada investigación realizada en el sur muestra una mayor penetración de los enfoques cualitativos que permiten una comprensión más subjetiva, global y dinámica de la acción y fenómenos comunitarios pero que, como se ha notado, se expresan con frecuencia en un lenguaje abstracto y poco claro (hay que admitir que tampoco el lenguaje de los informes empíricos al uso es atractivo ni fácil de seguir). Otra característica del sur es la insistencia en la investigación-acción como marco general en que la acción tiene casi siempre un peso mucho mayor que la investigación o la generación de conocimiento.

© Ediciones Pirámide

5. CONCEPTO SINTÉTICO DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA: INTERVENCIÓN Y DESARROLLO PROCESAL

Tras examinar las diferencias externas —con el enfoque clínico— e internas —variantes norte-sur—, estamos ya en condiciones de ofrecer una definición que amplíe, desde unos supuestos, la definición mínima antes avanzada que se muestra en el siguiente recuadro.

> La psicología comunitaria es un campo emergente de actuación e investigación del comportamiento humano en sus contextos sociales inmediatos, comunitarios. Como forma de intervención se ocupa, en lo negativo, de la prevención de (y atención globalizada a) de los problemas psicológicos con raíces sociales (drogas, exclusión, desintegración social, violencia doméstica y pública, trastorno mental, fracaso escolar, delincuencia juvenil, etc.) y, en lo positivo, de promover el desarrollo humano integral. Todo ello desde la participación de los afectados como sujetos activos (agentes) de la acción psicológica. Como área de estudio se interesa por la dimensión comunitaria de la conducta humana: el desarrollo humano y sus determinantes, el poder personal y colectivo, el sentimiento de comunidad y el cambio social participativo.

Soy consciente de que la definición ofrecida incluye elementos, como la atención globalizada a los problemas psicosociales, que en puridad no deberían formar parte de la «verdadera» PC. En la medida en que la práctica real del campo está casi siempre ligada, en nuestro contexto al menos, a la atención a problemas sociales o psicosociales, excluir esos aspectos y ver la PC sólo en positivo, en relación al desarrollo humano o comunitario, sería identificarla con lo que *debería* ser, no con lo que es, introduciendo una indeseable duplicidad pedagógica al definir el campo como una cosa y ejemplificarlo como otra. La definición está pensada para mi propio contexto, «norteño», de referencia, por lo que, para ser apli-

cable a contextos sociales del *sur,* habría que añadir a la problemática psicosocial industrial citada los *problemas* sociales «preindustriales»: pobreza, hambre, desigualdad, sobrepoblación, infravivienda, niños de la calle, inseguridad y violación de derechos básicos, sida y problemas epidémicos de salud, etc.

La figura 2.1 esquematiza gráficamente el proceso de actuación comunitario y sus distintas «partes» en forma dual, recogiendo dos conceptos complementarios de lo comunitario subyacentes a las distintas visiones y la polaridad norte-sur revisadas: A, correspondiente a la definición anterior de la PC como intervención psicosocial en que el psicólogo tiene un papel relevante; B, como proceso de desarrollo de la comunidad que el psicólogo se limita a animar o activar.

La PC como intervención. En el proceso A, el punto de partida es una acción externa (intervención) en que el psicólogo intenta conseguir, junto a otros, un cambio social, no individual, realizado

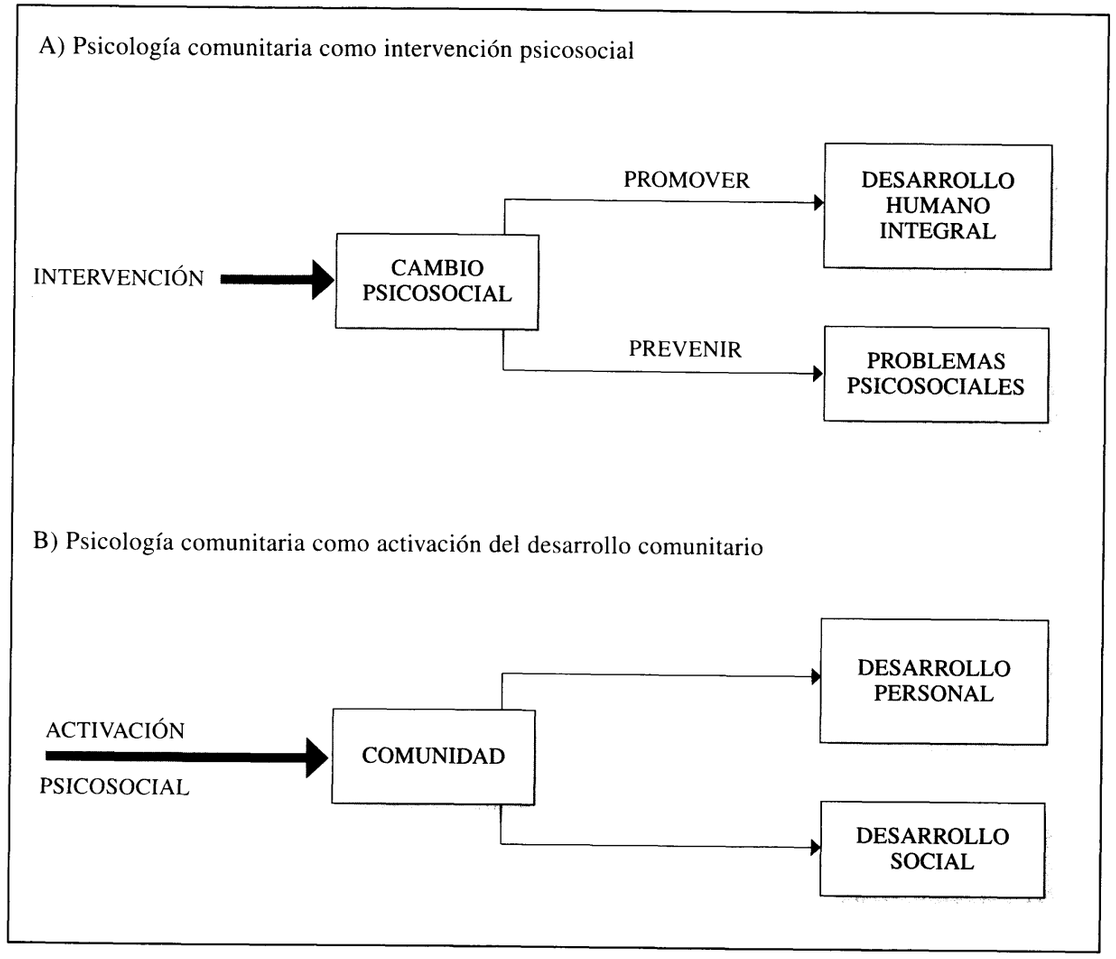

Figura 2.1.—Dos visiones de la psicología comunitaria: intervención psicosocial y desarrollo comunitario.

© Ediciones Pirámide

«desde abajo» y con *participación* de la gente que, por ser sujeto —no sólo objeto— del *cambio*, llamo *psicosocial*. Ese cambio psicosocial pretende, como indica la definición, el desarrollo humano completo y equilibrado (integral) y la prevención de los *problemas* que por ser, de alguna manera, a la vez psicológicos (afectan a personas) y sociales (afectan a muchas personas y tienen determinantes en parte sociales) llamo *psicosociales*. El cambio psicosocial es, pues, lo que «se introduce» (la «entrada») en un sistema o colectivo social, y el desarrollo humano o la prevención, los resultados esperados, la «salida» prevista de la intervención. Las metas positiva y negativa están conectadas: se espera que el desarrollo de recursos humanos ayude (por medio del voluntariado, los paraprofesionales y mediante la solidaridad social efectiva) a prevenir y resolver los problemas psicosociales.

Desde el punto de vista *teórico*, el proceso *asume* que *conocemos la relación* entre el *contenido* de la *intervención* que genera el cambio psicosocial y los resultados de *desarrollo humano* y *prevención* psicosocial que esperamos alcanzar. De tal modo que la teoría comunitaria debería definir cada uno de esos *conceptos* (intervención, cambio social participativo, desarrollo humano integral y problemas psicosociales) y aportar *modelos operativos* que expliquen las relaciones entre lo que manipulamos o «introducimos» en el sistema social (las «variables independientes»: intervención, cambio psicosocial) y lo que esperamos modificar («variables dependientes» o de salida: desarrollo humano y social, prevención psicosocial, desalienación, etc.). El esquema especifica una visión, quizá más limitada pero relativamente factible y con carácter *psicológico*, en los distintos aspectos especificados de la PC; una visión que, por corresponder más con la práctica habitual de la PC en nuestro entorno, y por involucrar abiertamente el papel psicológico, seguiré a lo largo de este capítulo y del libro en su conjunto. Incorporaré también, sin embargo, elementos de la visión B, más procesal y «despsicologizada», que, como se habrá adivinado, se ajusta más a los enfoques de la PSC latinoamericana. Lo cierto es que muchas experiencias utilizan elementos de uno y otro enfoques, que sólo en sus extremos son excluyentes.

© Ediciones Pirámide

La PC como proceso comunitario. El proceso B tiene su centro de gravedad en la *comunidad,* cuya autogestión o *desarrollo,* sea del conjunto de sus miembros (asimilable al desarrollo humano integral citado en el esquema A), sea de sus dimensiones sociales (solidaridad, liberación, participación, etc.), es el objetivo o asunto principal de la acción comunitaria. ¿Dónde estaría el *input* psicológico? En la parte izquierda del diagrama donde el psicólogo podría, junto a otros, ayudar a dinamizar, animar o *activar* socialmente la comunidad para que ésta se embarque en el proceso de su propio desarrollo. Si se quiere precisar más el papel psicológico podría hablarse de activación *psicosocial*, un concepto interesante que habría, sin embargo, que precisar. La lectura teórica de este esquema sería similar a la del anterior utilizando, como prefieren algunos, conceptos y modelos teóricos más globales y comprensivistas. Al final, de todas formas, habrá que justificar teórica y empíricamente que la dinamización o activación psicosocial conduce al desarrollo personal y social, entiéndase como se entienda cada uno de esos conceptos. Esta visión procesal tiene la virtud de subrayar dos aspectos esenciales de la tarea comunitaria: el *proceso* de acción y aprendizaje, frente a los meros resultados, y el papel central de la comunidad frente a cualquier aporte, profesional o de otro tipo, externo. Presenta dos dificultades obvias. Una: la mayoría de problemas no se resuelven con una mera activación o dinamización social, precisan de la aportación, como ayuda técnica externa (intervención), de otros elementos materiales, psicológicos o sociales. Dos: como ya se dijo antes respecto de la visión sociologista de Goodstein y Sandler, el modelo subraya el carácter comunitario de la tarea pero borra, casi, el psicológico, cuya función acaba reducida a la de mero apéndice o agente de la comunidad, algo difícilmente aceptable para muchos.

La visión interventiva es más concreta e informativa sobre el papel y la tarea del psicólogo (porque lo incluye en el esquema de acción), pero tiene sus propias dificultades derivadas precisamente del planteamiento de un esquema «intervencionista» y de los riesgos, simétricos pero opuestos a los de la visión procesal, que comporta: profesionalización y «psicologización» de la PC y desdibujamiento del

papel de la comunidad y la gente frente al papel del psicólogo. Nos topamos aquí, como se ve, con dos opciones —con sus correspondientes riesgos— entre las que ha de elegir continuamente el psicólogo comunitario: mantener el purismo ideológico, con los riesgos de tener una menor eficacia y de negarse a sí mismo, o ser más pragmático y mantener la identidad psicológica en la intervención comunitaria pero a costa de la mala conciencia de traicionar de algún modo los ideales comunitarios. Un compromiso obvio, y en principio deseable, de una y otra posibilidad sería la postura de *colaboración* igualitaria, y corresponsabilidad psicólogo-comunidad. Retomaré la dualidad intervención-acción comunitaria y los temas ético-políticos asociados al hablar, en el capítulo 7, de intervención comunitaria y de las cuestiones previas implicadas.

6. INGREDIENTES Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

Conviene, para aclarar los términos de la definición y esquemas precedentes, tratar de responder a las siguientes preguntas: ¿cómo enfoca teórica y prácticamente la PC los asuntos y situaciones de la realidad social y psicológica a los que se enfrenta? ¿Cuáles son sus intereses nucleares y las características analíticas e interventivas centrales frente a otros enfoques y campos psicológicos y sociales? Expliquemos esos intereses y características en seis puntos —extractados en el cuadro 2.5— sin perder de vista ni la sustancia psicológica del campo ni su cualidad comunitaria.

Comunidad personal. Como psicología que es, a la PC le interesan las personas, pero no en lo que tienen de único, individual o diferente, sino en lo que les es común o *compartido,* comunitario, tanto en la vertiente negativa o problemática (sentimientos de impotencia, marginación, pobreza, etc.) como en la positiva (deseo de mejorar, solidaridad y relaciones, intereses compartidos, cultura, espacios sociales comunes, etc.). Frente al pertinaz individualismo que empapa la psicología tradicional, la PC reafirma los espacios de encuentro y coincidencia, no los de separación e individualidad, de las personas. Los elementos compartidos, la comunidad personal, serán, en consecuencia, el punto de partida de la intervención comunitaria, que será tanto más viable y promisoria cuantas más cosas (simbólicas y materiales) compartan —o estén dispuestas a compartir— las personas.

Comportamiento: *personas-entornos sociales inmediatos*. No nos interesa la conducta humana per se (en relación a determinantes internos, psicológicos), ni tampoco los sistemas sociales como tales (como agregados despersonalizados), sino *el comportamiento humano en relación a* esos sistemas o agrupaciones sociales de que las personas son a la vez parte y actor: instituciones sociales, organizaciones funcionales, grupos de amigos e iguales, equipos de trabajo, asociaciones voluntarias, etc. Específicamente nos interesa la interacción de las personas con las comunidades, entendidas como contextos sociales inmediatos a ellas en un triple sentido: territorial (comunidad local), afectivo (comunidad psicológica) y sociocultural (redes relacionales y de adscripción cultural). De momento entendemos simplificadamente la *comunidad* como un *tejido de relaciones e interdependencias* personales y *no* como un simple «contexto» social. Y entendemos la relación personas-comunidad como posibilidad de interacción mutua, aunque asimétrica: las personas constituyen las comunidades de las que acaban siendo —o no— parte y son constituidas por ésas y por sus cualidades y dinámicas globales. Y por supuesto, como en toda psicología social, la interacción incluye dimensiones de acuerdo e integración, pero también de *conflicto* persona-comunidad y entre personas y grupos intermedios. Y nos interesa, sobre todo, cómo se puede cambiar la relación —incluyendo los dos términos, personas y contextos, que se relacionan— para ayudar a prevenir problemas o a desarrollar a las personas y a las comunidades.

Los temas o *asuntos* de interés centrales de la PC son, por tanto: el *cambio social* «desde abajo» (cambio social *participativo* o, como lo he llamado, psicosocial) y el *desarrollo humano integral*. Simplificando: el cambio social es la parte comunitaria o social de la PC; el desarrollo humano, la psicológica.

© Ediciones Pirámide

Otros asuntos y procesos de interés teórico e interventivo son: la intervención social, la dinamización o *activación* social, la participación, el *desarrollo comunitario*, el *empoderamiento* (el poder personal) y el poder social y los *problemas sociales* (y psicosociales, si se puede hacer esa distinción).

El *fin* de la PC es, entonces, *promover racionalmente el cambio social participativo para conseguir el desarrollo humano* integral, como queda claro en la definición sintética y en los dos esquemas, interventivo y procesal, anteriores. Enriquecimiento personal, potenciación o capacitación de las personas, «producción» de seres humanos más saludables, o de «sujetos históricos» conscientes, son otras propuestas de metas alternativas al desarrollo humano. También podemos pensar que la PC persigue aportar medios y alternativas sociales para que la gente (situada en cualquier punto del continuo disfunción-funcionamiento pleno) pueda *controlar* —o ser dueña— *su propia vida*, eligiendo qué hacer de ella. La PC trata de añadir, en pocas palabras, «grados de libertad» social *a la autodeterminación* de las personas.

Proceso: participación, agencia de los sujetos. Independientemente de la meta perseguida (*qué* se busca), en PC es fundamental el *cómo* se busca, el proceso seguido y la metodología usada para alcanzar esa meta. Que la comunidad sea parte activa de los cambios implica reconocer a personas y colectivos el carácter de sujetos agentes. Aunque participación y agencia son características distintivas de la PC en general, tienen un mayor peso y centralidad en las opciones procesales —modelo B— que subrayan la

CUADRO 2.5

Psicología comunitaria: características analíticas e interventivas

1. *Interesa lo común*-compartido, no lo individual-único
2. *Comportamiento* humano entendido *en relación* a contextos sociales próximos:
   Comunidades { Territoriales / Afectivas (psicológicas) / Psicosociales
3. *Temas* básicos { *Cambio social* participativo / *Desarrollo humano* integral
4. *Fin*: promover racionalmente un cambio social participativo para lograr un desarrollo humano integral
5. Proceso intervención/activación { Máxima *participación* posible / *Sujetos agentes*, no pacientes, pasivos
6. *Rol* básico psicólogo comunitario { Activador, *dinamizador* / Mediador, educador, evaluador, consultor

© Ediciones Pirámide

autogestión colectiva y la «toma» de conciencia de la situación y de las propias capacidades de cambio, en detrimento de otros aspectos como la técnica y el papel del interventor profesional. Asumir la cualidad de sujetos *agentes* (no meros receptores pasivos) de las personas implica, por un lado, reconocerles una capacidad potencial de *activación* social —de llegar a ser socialmente activos— que el psicólogo comunitario ayuda a hacer efectiva y, por otro, que la participación es un ingrediente imprescindible de la metodología interventiva. Las características procesales de la actuación comunitaria se detallan en el apartado del estilo interventivo.

Papel básico: activador social (*mediador*, educador, consultor...). Si la activación psicosocial es un contenido importante de la actuación comunitaria, dinamizar, concienciar o activar serán funciones medulares en ella. Esas funciones son apropiadas en situaciones de pasividad o impotencia frecuentes en PC y definen el papel psicológico básico de activador o dinamizador social que toma la forma de organización de intereses (norte) y concienciación en el sur. Sin embargo, y según las demandas de la situación, otras funciones (capítulo 10) pueden ser igualmente precisas y definitorias del papel psicológico-comunitario. En situaciones de conflicto, el papel central no será activador, sino mediador; en muchos otros casos puede ser indicado hacer de educador, analista y evaluador, consultor, abogado social, organizador o agente partidista o, muchas veces, habrá que combinar varias de esas funciones.

7. EL ENFOQUE O «ESTILO INTERVENTIVO» COMUNITARIO

Como se dicho repetidamente, el enfoque, estilo interventivo o forma de actuar es, para muchos, el aspecto más importante y definitorio de la PC, hasta el punto de que las concepciones más *procesales* definen el campo casi exclusivamente por la forma de abordar los temas, despreciando, en cambio, los contenidos teóricos y habilidades prácticas asociados a la acción comunitaria. Pero hay que reconocer que, por importante que sea la forma de trabajar, sólo marca una orientación y dirección en función de unos valores; es, sin embargo, y según se ha sugerido, por sí sola insuficiente para generar cambios reales: la voluntad y la forma de trabajar deben estar respaldadas por unos conocimientos y análisis teóricos, por un lado, y por una panoplia técnica y estratégica adecuada, por otro. Según Goodstein y Sandler (1978), el estilo interventivo incluye aspectos procesales, como el papel de cada parte (agente de cambio y destinatario) en el proceso de intervención, la forma de definir el destinatario y los fines de la intervención o el tipo de «contrato» (derechos y deberes) pactado. Describo a continuación en nueve puntos (extractados en el cuadro 2.6) los rasgos centrales del enfoque interventivo comunitario prestando especial atención a sus derivaciones e implicaciones prácticas para el psicólogo,

Colectivos y comunidades, no individuos. La intervención comunitaria no se dirige a los individuos, sino a *comunidades*, como unidades sociales «totales» (contienen toda la gama de fenómenos y actores sociales) donde se pueden llevar a cabo actuaciones integrales territorializadas e integradas; *colectivos sociales* que, aunque no forman una verdadera comunidad, comparten ciertas características positivas y problemas (mayores, drogadictos, pobres, parados, etc.). Y, a diferencia de la acción psicológica individualizada, la acción debe centrarse en dos tipos de aspectos psicosociales. Uno, los *elementos* positivos o negativos *compartidos* por las personas: intereses, valores, afectos, formas de ver las cosas, problemas, sufrimiento, deseos de cambio y mejora, etc. Dos, la interacción y *relaciones*, existentes o potenciales, entre las personas y los grupos.

Como ya se indicó, cuanto más compartan las personas y más intensas y extensas sean las relaciones entre ellas (es decir, cuanto más densa sea la trama comunitaria), más viable y «fácil» será la intervención comunitaria. Si, por el contrario, apenas existen elementos compartidos y relaciones entre las personas y grupos destinatarios, la intervención se dirigirá a desarrollar unos y otros creando espacios de convivencia y acción social comunes y aceptados por la gente. Así, en un conflicto escolar

© Ediciones Pirámide

que implique a jóvenes inmigrantes, puede ser muy provechoso averiguar los intereses o aficiones compartidas por los adolescentes locales y los inmigrantes o sugerir grupos de discusión, trabajo u otros en la escuela o la comunidad con objetivos y actividades que puedan interesar a unos y otros y en los que puedan relacionarse positivamente. Las soluciones comunitarias no pasarían en ese caso por sacar a esos chicos de sus grupos de clase, creando grupos especiales de estudiantes «retrasados» o con «necesidades especiales», sino por mantenerlos en los grupos que les corresponden (fortaleciendo el sentimiento de pertenencia en una comunidad plural) y tratando de aumentar la interacción, que, es de esperar, generará relaciones positivas y comunidad y disminuirá la conflictividad intergrupal.

Integralidad e integración, no especialización y parcialidad. El trabajo comunitario es:

- *Integral:* abarca los distintos aspectos (económicos, sociales, psicológicos, etc.) de los problemas y fenómenos en que se interviene. Esto exige una intervención *multidisciplinar* en que colaboren armónicamente los profesionales que se ocupan de cada aspecto relevante del asunto tratado (capítulo 8) y una coordinación de servicios dentro de una intervención globalizada.
- *Integrador:* busca soluciones *globales* que incrementen el sentimiento de pertenencia y no soluciones individuales que llevan a la exclusión o estigmatización de algunos considerados, diferentes, incapaces o inadaptados. Se buscan pues acciones que, en línea con las características ya indicadas de la PC: 1) consideren a las *personas* no aisladas, sino *en sus contextos sociales*; 2) traten de mantener o incrementar la *comunidad* de las personas con que se trabaja y la *interrelación* personas-contextos. El mantenimiento de los adolescentes inmigrantes en sus grupos escolares «naturales» sería, así, un paso fundamental para mantener, a través de la integración en la escuela, el sentimiento de pertenencia y la autoestima de ese grupo vulnerable.

Recursos y capacidades, no sólo problemas y necesidades. Asumimos que personas, colectivos y comunidades tienen recursos, unos actuales, otros potenciales. La misión del interventor comunitario es, en consecuencia, usar los recursos existentes y activar o ayudar a desarrollar los potenciales, comentando así el desarrollo de la gente y la comunidad. El problema de la clínica y los enfoques deficitarios es que *sólo* asumen déficit y necesidades, olvidando las capacidades personales y los recursos colectivos. Recursos personales y sociales son: el interés por el asunto en que se actúa, el deseo de mejorar o ayudar al otro, el nivel educativo, la riqueza económica y ecológica, las capacidades afectivas y relacionales, las habilidades sociales, etc. Recursos sociales básicos son, no se olvide, la *motivación* e interés por el asunto tratado y la *solidaridad social*. Asociaciones, grupos de interés sectorial, plataformas reivindicativas, redes relacionales y sociales, instituciones funcionales, clubes deportivos o recreativos y peñas son algunos de los soportes y recursos sociales. El *enfoque positivo* y la asunción de recursos se traducen en dos orientaciones a la hora de actuar.

- La intervención debe *comenzar por los recursos existentes, apoyándolos y fomentándolos*. El psicólogo comunitario se preguntará: ¿quién (asociación, grupo, institución, etc.) está trabajando en el asunto X de interés en esta comunidad?, ¿cómo puedo ayudarle a potenciar lo que está haciendo o qué necesita para hacerlo mejor?
- El interventor no puede limitarse a diagnosticar problemas o clasificar personas y grupos, sino que ha de *ofrecer soluciones y aportar recursos técnicos* (apoyo, evaluación, información, formación, coordinación, activación o mediación, etc.) que los «ayudadores» o agentes de cambio «naturales» o la gente directamente puedan usar para resolver problemas o hacer realidad sus aspiraciones colectivas.

Maximizar la participación y el protagonismo de la comunidad en todas las fases del proceso de intervención, sobre todo al definir los problemas

© Ediciones Pirámide

prioritarios y al establecer los objetivos de la intervención. Como se ha señalado, la participación traduce operativamente el mandato genérico de tratar a las personas como sujetos agentes y capaces y se deriva de la asunción anterior: la gente tiene capacidades para identificar sus propios problemas y metas vitales y, con ayuda externa, para resolver los unos y alcanzar los otros. En la medida en que la asunción de recursos se corresponda en cada caso con la realidad, la participación será eficaz y útil. Si, en cambio, olvidamos los recursos pensando que la gente sólo tiene problemas que únicamente el profesional sabe resolver, estaremos reproduciendo un esquema «asistencialista» de intervención que, aunque sea eficaz, no permitirá el desarrollo y empoderamienteo de la gente. La participación, protagonismo y autogestión de la comunidad son, pues, «*vehículos*» básicos del *desarrollo humano* en nivel macrosocial. Si, por otro lado, se asumen recursos o potencialidades que no existen, la participación —y la intervención— puede resultar un fiasco: es ingenuo pensar que la participación de la gente va a solventar por sí sola, y sin aportación de otros elementos técnicos y sociales, los conflictos o necesidades presentes.

Relación igualitaria y cambio de papel. La condición de que la gente, que tienen recursos y capacidades, sea parte activa del cambio no cuadra con la relación profesional clásica, distante, prescriptiva, de arriba abajo. Necesitamos otro tipo de relación: o bien el psicólogo se pone al servicio de la comunidad —relación de «abajo arriba»—, o bien ambos, psicólogo y comunidad, colaboran en pie de igualdad. Dando por sentado que, en general, el psicólogo trabaja para la comunidad, entiendo que la primera postura relacional es indeseable como pauta generalizada: el psicólogo *no* debe convertirse en un mero *medio para los fines de la comunidad* (como tampoco debe tratar de convertir a la comunidad en objeto de su acción profesional), pues haciéndolo renuncia a su condición de sujeto y «disuelve» su entidad ética y, en parte, técnica. La posición más correcta sería, entonces, colaboración igualitaria, que tampoco está exenta de dificultades: la colaboración se da entre iguales y las dos partes (comunidad e interventor) son desiguales en términos de saber, poder y estatuto social. Ese cambio de postura relacional tiene, al menos, y en todo caso, tres implicaciones interventivas.

- Supone una *voluntad* de iniciar un *proceso* de colaboración entre las dos partes en que el psicólogo *renuncia* al poder y prestigio social que de entrada se le supone, para trabajar *con* la comunidad, sin perder su condición de psicólogo, *facilitando*, al mismo tiempo, consciente y activamente, la iniciativa y actuación de la gente.
- Es fundamental, para *promover*, en el nivel psicosocial, el *desarrollo humano* posibilitar la expansión, el crecimiento —no restringido por paternalismos o dependencias relacionales— y la experimentación activa de las personas y grupos comunitarios que harán, en consecuencia, atribuciones causales internas de los efectos de las acciones.
- Supone una *redistribución de poder* en el nivel micro: el interventor lo cede y la gente lo gana. Ambos procesos pueden, sin embargo, generar resistencias: a perder poder y estatus social y a redefinir su papel preponderante en el experto y a salir de una cómoda postura de pasividad y dependencia para moverse y asumir responsabilidades en los grupos comunitarios.
- Exige una notable *redefinición del papel profesional,* que, como se ha dicho, pasa a ser más difuso, menos directamente técnico y más social, incluyendo funciones más sociopolíticas de colaboración en los cambios sociales, no de mera ayuda psicológica. A eso hay que unir la redefinición requerida por el trabajo multidisciplinar (capítulo 8), que limita y expande, a la vez, el cometido profesional.

Empatía sociocultural *y desprofesonalización de la ayuda.* No basta el acercamiento geográfico a la comunidad, trabajar *en* la comunidad. Dado que, a diferencia de otras formas de actuación, la posición social y la cultura del interventor comunitario pueden diferir notablemente de las de sus

© Ediciones Pirámide

«clientes», es también preciso un *acercamiento* social y cultural —en valores, significados y visiones de la realidad— a la comunidad o colectivo con que se trabaja. Ello *evitará*, por otro lado, que inadvertidamente *impongamos* a los otros nuestros propios puntos de vista, valores y soluciones. Entendámonos, no es que la proximidad sociocultural vaya a resolver por sí sola los problemas objetivos existentes; se trata simplemente de un prerrequisito para establecer una relación que permita «entrar» en la comunidad y comenzar a dialogar con la gente. Este acercamiento se puede hacer por dos vías —una interna, externa la otra— complementarias.

- La *empatía sociocultural* que permita al interventor acercarse a la forma de vivir y ver

CUADRO 2.6

Estilo interventivo comunitario

1. Intervención dirigida a { comunidades / colectivos } no a individuos

   Centrada en { elementos compartidos / interacción + relaciones }

2. Integral ⟶ multidisciplinar, no especialista parcial
   Integrador ⟶ busca comunidad e integración social, no soluciones individuales desintegradoras

3. Positivo de recursos { Personas y comunidades tienen recursos / Intervención fomenta recursos existentes / Interventor aporta recursos y soluciones, no sólo diagnostica problemas }

4. Maxima participación y protagonismo de la comunidad ⟶ base del desarrollo humano

5. Relación más igualitaria { Proceso ⟶ interventor facilita iniciativa de destinatario / Base desarrollo humano / Redistribuyen poder (intervento ⟶ comunidad) / Redefinen rol de interventor + comunidad }

6. Empatía sociocultural (empatía psicológica + experiencia social)
   Uso de mediadores y agentes de cambio «naturales» (acercamiento sociocultural a la comunidad + desprofesionalización ayuda/cambio social)

7. Proactividad (prevención), cercanía territorial a la comunidad, flexibilidad metodológica (multimétodos) y optimización (coordinación e integración) de recursos de ayuda

8. Evaluación + actuación global y contextualizada según cada comunidad concreta

9. Perspectiva temporal largo plazo
   Flexibilidad temporal (objetivos a corto + medio + largo plazo)

© Ediciones Pirámide

la realidad de la comunidad. A la capacidad de sentir con el otro (empatía psicológica) se ha de unir aquí la *experiencia* psicosocial —adquirida a través de prácticas o estancias en la comunidad— con los asuntos de interés y forma específica en que la gente los percibe y afronta. Las «prácticas» serían, así, esenciales para la formación integral del psicólogo comunitario.

- *Mediadores* y agentes de cambio *locales*. Cuando las diferencias sociales o culturales son muy grandes (trabajo con comunidades indígenas, emigrantes, gitanos, grupos muy marginados, etc.), no basta con la empatía, necesitaremos la ayuda de mediadores cualificados que hagan de «puente» con la comunidad. Los mediadores pueden ser líderes locales, personas con una cierta formación que entienden los valores de clase media y cultura ilustrada típicos del interventor o personas con especiales cualidades psicológicas y sociales. Se puede también formar a *agentes* locales como interventores o dinamizadores reales, limitándose el profesional a facilitar y seguir el proceso como consultor externo.

Proactividad, cercanía a la comunidad, *búsqueda, flexibilidad y optimización de recursos.* El trabajo comunitario busca anticiparse a los problemas y conflictos atajando sus causas y buscando sus orígenes sociales, ambientales y psicológicos (capítulo 12), en vez de limitarse a eliminar o revertir las consecuencias o efectos de esos conflictos o problemas. La adopción de un modelo activo y «de búsqueda» y el acercamiento territorial y sociocultural a la comunidad son estrategias que facilitan mucho la prevención al permitir el contacto directo con las dinámicas psicosociales comunitarias; el uso de indicadores sociales objetivos (capítulo 6) y los informes de los mediadores comunitarios formales o informales también son de gran utilidad. La flexibilidad en el uso de métodos de evaluación y de intervención —según las demandas situacionales— y la optimizacióon e integración de recursos ya descrita al diferenciar el enfoque comunitario del clínico-médico son, también, características propias del enfoque interventivo comunitario.

Globalidad y contextualización. La *evaluación* comunitaria debe ser global y contextual (usando la «imaginación sociológica» glosada por W. Mills en 1959) para entender los distintos aspectos de los asuntos comunitarios en su mutua relación y con respecto al contexto social inmediato. Y es que no sólo las personas son variables, sino también las comunidades, cuyas características, recursos y perspectiva social y cultural pueden diferir notablemente, por lo que el mismo fenómeno problemático o positivo puede adquirir significados diferentes en comunidades o contextos sociales distintos. Algo similar sucede con la *intervención*: no hay soluciones prefabricadas universalmente válidas; una estrategia que ha funcionado bien en una comunidad puede fracasar en otra con parámetros contextuales o estratégicos (interés de la gente, recursos económicos, historia reciente con el tema, estructura social, sistemas de solidaridad, etc.) distintos. Con frecuencia habrá que modificar los programas o las estrategias de acercamiento e intervención en función de la visión global obtenida mediante la evaluación inicial del contexto concreto.

Perspectiva procesal de largo plazo. El cambio social es mucho más lento y dificultoso que el cambio individual al que el psicólogo está acostumbrado. Es preferible, por tanto, adoptar una concepción procesal de largo plazo en que la intervención comunitaria sea vista más como un intento de *modificar* ciertos *procesos* sociales *en una dirección deseable* que como una acción específica que resolverá problemas o alcanzará metas específicas. No es, entendámonos, que los *objetivos* no sean importantes, sino que importan más por *señalar orientaciones* y direcciones que guíen los procesos sociopsicológicos que como hitos o metas a alcanzar a través de acciones seleccionadas. Es mejor, por tanto, que el interventor comunitario adopte una perspectiva temporal de largo plazo situando los objetivos en un continuo temporal

© Ediciones Pirámide

(corto, medio y largo plazo) según la «profundidad», dificultad o resistencia a ser modificados que presenten los asuntos de interés. Situaciones o temáticas en que, por ser particularmente resistentes al cambio, habremos de esperar progresos lentos y plazos de tiempo largos incluyen: los problemas con *raíces culturales* profundas —como el racismo o el cambio de roles de género— que, al ser interiorizadas en la socialización primera, resultan difícilmente reversibles en los adultos; los fenómenos que comportan *beneficios* psicológicos o sociales *secundarios* de los que la gente será reacia a desprenderse, como la discriminación, los privilegios sociales o distintas formas de dominación; procesos que conllevan un grado notable de disciplina o de *sacrificios* —económicos, de tiempo, de esfuerzo, etc.— a largo plazo; cualquier modificación de la situación que suponga *cambios* grandes o repentinos *del papel* de los actores sociales; si el cambio genera temor o ansiedad ante lo desconocido, podemos asumir que, cuanto más cambio de rol impliquen, más resistencias podemos esperar de los afectados.

Ilustremos la globalidad y perspectiva temporal en el caso del maltrato a mujeres. ¿Qué planteamiento temporal de solución haríamos? Teniendo en cuenta los distintos tipos de factores involucrados, sería útil considerar acciones en tres momentos temporales: a corto, medio y largo plazo. En el *corto* plazo, deberíamos crear refugios para acoger a las mujeres que están siendo maltratadas y garantizar su seguridad física y psicológica. A *medio* plazo, convendría establecer programas psicosociales —de «reinserción» social— para facilitar la vuelta a la comunidad de las maltratadas en base al apoyo psicosocial (recuperación de autoestima y relaciones sociales), jurídico (asesoría legal) y formativo para iniciar la búsqueda de trabajo. A *largo* plazo, deberíamos poner en marcha programas de sensibilización y educación en la escuela —para los niños y niñas— y en la comunidad para los hombres y mujeres adultos, sobre el problema en sí y, sobre todo, sobre las actitudes —machismo, sumisión, etc.— asociadas. Es importante notar que, para atajar el maltrato, no debemos elegir uno u otro componente de intervención —o uno u otro plazo temporal—: los tres componentes —y sus respectivos planteamientos temporales— son necesarios; cualquiera de ellos por separado es insuficiente.

© Ediciones Pirámide

8. ACCIÓN COMUNITARIA: ESENCIA Y SIGNIFICADO

¿Cuáles son los *ejes* de la acción o intervención comunitaria, los vectores desde los que despliega como forma de actuar tanto sus contenidos psicosociales (PC) como de otro tipo? Los siguientes (esquematizados en el cuadro 2.7.

- *La comunidad local*; destinatario y soporte *territorial* de la intervención comunitaria y de procesos y características —integralidad, recursos, participación y organización global y contextual; cuadro 2.6, puntos 2, 3, 4 y 8— que nacen de la comunidad geográfica o se organizan siguiendo su estructura territorial.
- La comunidad *psicosocial y cultural* punto de partida y de llegada —a la vez que objetivo a desarrollar en la intervención comunitaria— promoviendo relaciones, integración y recursos personales y sociales (puntos 1, 2 y 3 del estilo interventivo comunitario).
- *Desarrollo humano,* objetivo perseguido por la PC partiendo de los *recursos* humanos y sociales existentes y usando la participación y activación social y el establecimiento de relaciones más igualitarias (punto 5, cuadro 2.6) como «métodos» microsociales.

El desarrollo humano es, pues, el referente utópico básico de la acción comunitaria, tal y como es aquí entendida: el *despliegue de aquello que* —como *personas en relación y como miembros de una comunidad— podemos llegar a ser.* Marca el concepto nuclear que la PC debe investigar y definir en la teoría y promover y ayudar a alcanzar en la práctica, orientando hacia el análisis y evaluación iniciales, de manera que, en un caso o situación, nos haríamos tres preguntas básicas:

CUADRO 2.7

Los ejes de intervención comunitaria (IC) y psicología comunitaria (PC)

Eje	Significado/contenido	Papel/objetivo en IC/PC
1. Comunidad territorial	Localidad	Destinatario Mejorar + aumentar pertenencia
2. Comunidad psicosocial	Vínculos-interacción Elementos compartidos-cultura	Objetivo Aumentar, potenciar
3. Desarrollo humano Recursos	Lo que podemos llegar a ser Potencial de mejora personal + social Persona = sujeto activable ⟶ agente	Referente analítico Objetivo básico Enfoque actuación
Psicología comunitaria	Se hace en la comunidad (territorial) ⟶ 1 Para fomentar: la comunidad psicosocial ⟶ 2; el desarrollo humano ⟶ 3 Con un enfoque potenciador de recursos ⟶ 3	

- ¿Cuál es *potencial* por desarrollar de estas *personas* o de esta *comunidad*?
- ¿Qué *obstáculos* impiden realizar ese potencial?
- ¿*Cómo* puede el psicólogo (o el equipo interventor en su conjunto) ayudar a *remover* esos obstáculos y *facilitar el desarrollo* de las *potencialidades* personales y comunitarias?

De forma que es en los factores y procesos que impiden que la gente llegue a ser todo lo que personal y socialmente podría ser donde la acción comunitaria debería centrar su actuación inicialmente. Los problemas o conflictos (alcoholismo, privación económica, marginación social, conflicto intergrupal, etc.) presentes serían así sólo, para la PC, dificultades a desanudar o superar para estimular las capacidades y procesos conducentes al desarrollo. Así, en un problema de alcoholismo, nos preguntaremos: ¿cómo es que unas personas en principio sanas y capaces están desperdiciando sus capacidades y energía en la bebida, condenándose a una esclavitud de una sustancia (el alcohol) en lugar de relacionarse con los otros y dedicarse a otras actividades personalmente más satisfactorias y socialmente más productivas? O, en un caso de fracaso educativo y conflicto escolar en adolescentes, ¿cómo es que unos adolescentes, que en una sociedad moderna pueden llegar a ser lo que se propongan, despilfarran sus energías en agredir a otros, en vez de relacionarse armónicamente con ellos, y se desentienden de las actividades escolares que son el vehículo central de su desarrollo personal, profesional y social? ¿Qué falla en esa escuela o en sus programas y propuestas docentes? ¿Qué falla en las familias de esos adolescentes o en su comunidad y en el tipo de relación que uno y otro plantean a esos jóvenes? ¿Qué falla en *esos* adolescentes —o en los adolescentes en general— y en las trayectorias vitales que en esta sociedad se les proponen (o imponen)? Estamos, como se ve, situando los obstáculos en varios niveles (personales, familiares y comunitarios, sociales)

© Ediciones Pirámide

que, según el análisis y evaluación inicial, indicarán el blanco concreto de la intervención.

9. TAREAS Y PROCESOS PSICOSOCIALES INVOLUCRADOS

Dado que la PC se suele servir de unos conceptos y un vocabulario ajenos a los de la ciencia social, puede ser útil «traducir» sus significados y propuestas operativas a los conceptos y terminología social al uso. Trato aquí de contribuir a ello, explorando los procesos psicosociales y sociales implicados en las tareas comunitarias, en especial, en el papel psicológico que llevan implícito. El cuadro 2.8 recoge esas tareas, que son explicadas a continuación; el cuadro 2.9 muestra otros procesos e ingredientes psicosociales más genéricos, no desarrollados aquí, pero sí en la anterior edición (Sánchez Vidal, 1991a) del libro. La exploración de las dimensiones psicosociales del papel comunitario es, por otro lado, necesaria para evitar que ese papel pueda quedar limitado a la realización de tareas técnicas individualizadas («prestación de servicios» a las personas) con que se suelen identificar los papeles técnicos en psicología o trabajo social. Examinemos seis tareas psicosociales básicas de la acción comunitaria (ampliadas y especificadas en su dimensión más práctica en el capítulo 10).

Desarrollo y fomento de *recursos humanos y sociales*. Si el desarrollo humano es el eje o meta directora de la acción comunitaria, el desarrollo de recursos humanos y sociales será la tarea básica del campo con una misión o sentido global triple: como camino para lograr el desarrollo humano, como expresión de ese desarrollo y como ayuda para solucionar problemas y conflictos. Participación, igualación relacional y reconocimiento del carácter agente de las personas (ampliando su papel social) han sido ya reconocidos como bases del desarrollo de recursos. Indico cuatro procedimientos más específicos que ese desarrollo toma en la acción comunitaria.

- El uso de *mediadores* y *agentes de cambio* locales que, según se señaló, actúan como «puente» con comunidades social o culturalmente alejadas del interventor o como promotores «naturales» del cambio.
- Los *colaboradores terapéuticos* o *educativos* seleccionados para ayudar a otros a resolver ciertos problemas o para fomentar su desarrollo casi siempre como parte de programas globales que incluyen el asesoramiento y formación de voluntarios y paraprofesionales por parte de expertos.
- La ayuda a los *agentes de socialización naturales* que, como mediadores autorizados, tienen algún tipo de influencia —afectiva, informativa, autoridad social o laboral, etc.— vital para el desarrollo de las personas: padres, maestros y educadores, jefes y capataces laborales, etc. Ayudar a estos agentes a realizar adecuadamente su misión socializadora es, sin duda, la forma más importante de contribuir al desarrollo humano global y a la prevención de los problemas ligados a la detención o el mal rumbo que ese desarrollo puede tomar. Se trata de ayudarles a ser mejores padres, maestros, jefes o jueces y de corregir sus «vicios» y «funcionamiento» como agentes facilitadotes del desarrollo de aquellos sobre los que ejercen uno u otro tipo de influencia social.
- La *organización social*: el interventor colabora con grupos marginales o desposeídos en un proceso de articulación de objetivos comunes y acción conjunta para alcanzar esos objetivos que genere, primero, conciencia de poder y, después, si la acción es eficaz, poder colectivo real.

Aunque éstos son procedimientos específicos de desarrollo de recursos, prácticamente todas las tareas y procesos comunitarios contribuyen de una u otra forma a desarrollar recursos, tienen, en otras palabras, componentes *inespecíficos* de desarrollo de recursos, si bien ese componente es central en procesos de desarrollo comunitario, organización en torno a intereses, ayuda mutua, educación y «entrenamientos» de habilidades sociales.

Climas sociales y redes que satisfagan necesidades de vinculación y faciliten la resolución de pro-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 2.8

Tareas psicosociales básicas en intervención comunitaria

- **Desarrollar y fomentar de recursos humanos y sociales**
- **Crear climas sociales y tramas relacionales**
- **Corregir y encauzar positivamente procesos de socialización y resocialización**
- **Diseñar y regular instrumentalmente valores**
- **Crear papeles y modelos sociales de comportamiento**
- **Diseñar programas institucionales y organizativos**

blemas o el desarrollo personal. La creación de un clima social positivo y favorable al cambio es un punto de partida esencial en la mayoría de procesos de desarrollo y transformación. Se trata de desarrollar una ilusión por lo que se quiere conseguir, o una comunidad de acción en torno a los objetivos y tareas marcados, una conciencia y sentimiento de que el cambio es posible y se puede lograr uniéndose colectivamente en un proceso social organizado para desarrollar la comunidad o el conjunto de participantes. O de establecer un clima afectivo positivo en instituciones que trabajan con niños o adolescentes (aunque sabemos que es casi imposible hacer de «padre» o «madre» de todos), etc.

Corrección y encauzamiento de los *procesos de socialización* y *resocialización*. Dado que gran parte de los problemas psicosociales del industrialismo están ligados a la entrada a, o salida de, ciertos sistemas sociales o a la transición entre ellos —transición escuela-trabajo, jubilación, acceso a la vivienda o a la pareja y los hijos, etc.— y a las ambigüedades y dificultades que los acompañan, la reforma o reversión de los procesos de socialización en una dirección positiva que minimice el «maltrato institucional» y los riesgos de problemática, favoreciendo el desarrollo de sus miembros, es una tarea de especial relevancia visible en instituciones reformadoras, de acogida, comunidades terapéuticas u otras como la propia familia. Dos grupos sociales merecen en esta perspectiva especial atención: los adolescentes que pasan del mundo escolar al del trabajo (o que han abandonado la escuela y pueden tener, además, problemas familiares) y los mayores que, al jubilarse, sufren pérdidas de valor social —al dejar de ser «productores»—, que se suman a otras pérdidas psicológicas y físicas relevantes. Las nuevas condiciones de producción («desregulación», trabajo temporal, etc.) están multiplicando en los países desarrollados las situaciones de transición, vacío social y marginación en grandes grupos crecientes de personas: parados, prejubilados, «nuevos» pobres, mujeres y hombres recién separados, familias monoparentales, etc.

Diseño y modulación instrumental de *valores*. Dado que los valores sociales median entre la cultura social y la conducta personal, su modificación ha de ser parte —condición previa o resultado— de cualquier intento de cambio social profundo, que nunca puede entenderse simplemente como cambio conductual o de habilidades, pues habilidades y conducta se «insertan» en la vida personal a través de pautas profundas como los valores, afectos y significados adquiridos en la socialización temprana. En ese sentido es instrumental el cambio de valores: lo perseguimos para modificar comportamientos perniciosos o fomentar otros deseables desde la mediación citada. Se pueden de esta forma «crear» o «modular» valores según los objetivos sociales o comunitarios. Así, si se desea paliar los efectos dañinos que la falta de *trabajo* acarrea en los jubilados que «pierden» gran parte de su valía social, asociada en las sociedades industriales al trabajo, habrá que relativizar el valor del trabajo o bien proponer tareas (como ayudar a la educación de los niños) que sustituyan al trabajo como fuentes de valor social. En cambio, en un país en desarrollo, será preciso fomentar el valor trabajo

© Ediciones Pirámide

para trasladar a la gente la valía que la sociedad le asigna como medio para crear riqueza (y, también, para el desarrollo personal). El fomento del valor *salud* es una tarea inicial necesaria en los programas preventivos en un intento de que, desde el punto de vista comunitario, la gente se responsabilice de su propia salud y conciba la vida como un desarrollo «saludable» y positivo, no como una sucesión de riesgos de enfermedad «administrados» por profesionales de la salud.

Creación y uso *de modelos de comportamiento* necesarios para grupos en situación de desorientación y «anomia» (carencia de creencias y valores claros) vital: adolescentes, ciertos sectores marginados, padres en relación con el desarrollo de los hijos, mayores en una sociedad «joven», etc. Puede ser, por ejemplo, muy útil utilizar deportistas o ídolos juveniles como modelo positivo en programas dirigidos a los adolescentes o, a otro nivel, implicar como modelos de rol a personas que, habiendo realizado provechosamente el cambio que se persigue (desintoxicación de drogas, abandono de la prostitución u otras formas de vida, etc.), tienen una autoridad «experiencial» de que el profesional carece (capítulo 13).

Diseño de *programas institucionales y organizativos*. Si, como se tiende a pensar, las distintas formas de intervención social se limitan en el fondo a paliar —en los países industrializados, al menos— las carencias de la familia y las consecuencias de su destrucción, no basta con crear un clima positivo y modelos de comportamiento adulto favorables: debemos diseñar programas globales que, cubriendo el conjunto de funciones y actividades que la familia realizaba, logren el desarrollo personal. El diseño —y realización— de programas psicosociales que sustituyan lo que la familia hace «naturalmente» es, pues, una de las tareas centrales del quehacer comunitario: ya veremos en el capítulo 13 que la familia es, precisamente, el modelo «natural» de los grupos de ayuda mutua. Ejemplos de programas institucionales son, además de esos grupos, la comunidad terapéutica para drogadictos, los centros para niños abandonados, los correccionales o las comunidades de desarrollo personal.

© Ediciones Pirámide

Ya se puede ver que, salvado el desarrollo de recursos humanos —tema central de la PC—, estas tareas psicosociales están dirigidas a problemas ligados a la desintegración social y a la destrucción de la comunidad, asuntos en todo caso típicos de las sociedades industriales (el norte) pero no necesariamente del sur preindustrial. Tienden, por otro lado, a definir tareas globales a realizar en principio desde arriba —como la socialización o regulación de valores—, importantes para el cambio social pero difíciles de compatibilizar con el espíritu comunitario de trabajar «desde abajo». Es deseable tratar de que la actuación del psicólogo comunitario esté también orientada a que la gente las «hagan suyas», aunque no resultará sencillo por el carácter global y más fácilmente dirigible desde arriba mencionado, por darse a veces en períodos de desarrollo formativos en que las personas tienen una capacidad limitada de pensar y decidir por sí mismas y porque la gente puede muy bien carecer de conciencia subjetiva de la necesidad y dirección del cambio deseable, condiciones todas ellas que dificultan, aunque no imposibilitan, el cambio desde la base.

Procesos y factores básicos anteriormente descritos en la intervención comunitaria y su vertiente psicológica, la PC, son (cuadro 2.9):

- El *papel* social, globalmente ampliado en la comunidad y personas destinatarias de la acción, reducido en el interventor y modificado en ambos, hacia un mayor protagonismo de la primera y una menor directividad y una mayor difusión en el segundo.
- La *solidaridad* social como tema amplio ligado a la pérdida de comunidad y otros fenómenos sociohistóricos complejos que enmarcan la tarea comunitaria y las relaciones entre personas y «climas» sociales, como fenómenos más microsociales ligados a la evolución de la cohesión social global pero también a la práctica comunitaria.
- La calidad de la vida, noción más aséptica y menos direccional que la de desarrollo humano, común en el análisis y la acción sociopo-

CUADRO 2.9

Procesos y factores psicosociales centrales en psicología comunitaria

- Papel social: ampliado en sujetos, reducido en interventor
- Solidaridad social, relaciones interpersonales y climas sociales
- Calidad de vida, vida cotidiana y hombre común, destinatario de la PC
- Procesos de socialización y efectos sobre el desarrollo humano
- Comunidad y sentimiento de comunidad
- Poder y su distibución social
- Necesidades sociales
- Expectativas como arma de doble filo, movilizador y frustrante
- Sistemas de definir objetivos y tomar decisiones en la comunidad
- Sistemas de premios y castigos para desarrollar recursos sociales
- Sistemas de apoyo social
- Sistemas de exclusión y control de la desviación social

líticos actuales; también la *vida cotidiana* y el *hombre común* como referentes a los que van dirigidos las acciones comunitarias.

- Los *procesos de socialización* y sus fallos desde el punto de vista de la comunidad y el desarrollo humano, cuyo papel en el entramado práctico-teórico comunitario ha quedado ya sobradamente ilustrado en páginas precedentes.
- La *comunidad* y el sentimiento de comunidad, fenómenos social y psicosocial, respectivamente, centrales al campo comunitario y, sin embargo, groseramente ignorados o simplificados por él en su generalidad; serán abordados en los capítulos 3 y 5.
- El *poder* y su distribución social, asuntos operativos nucleares de la acción (y por tanto de la teoría) comunitaria que sólo últimamente han recibido parte de la atención que merecen (capítulo 4).
- Las *necesidades sociales*, un tema más propio del trabajo social que, junto a los «problemas sociales» —más elaborados en la sociología—, marcan un interesante horizonte operativo del campo comunitario, siempre que no se olviden, como complemento, las potencialidades y recursos sociales.
- Las *expectativas* como arma de doble filo, movilizadoras y frustrantes, que el agente de cambio debe manejar cuidadosamente en la intervención junto con los procesos de *definir objetivos* y *tomar decisiones* de la comunidad, decisivos para que se dé una participación efectiva.
- Sistemas de *premios y castigos* como vía para el desarrollo de recursos sociales.
- Sistemas de *apoyo social* y de *control* de la *desviación social* que muchos consideran centrales en la intervención; los primeros, en la generación de apoyos sociales suplementarios, y los segundos, en la evitación de los problemas psicosociales y la humanización de las alternativas de actuación comunitaria.

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. La PC se ha definido por oposición a la psicología clínica y otras formas de *acción psicológica individuales* y *de orientación terapéutica* o reparadora. Se alegan *diferencias* de la PC con esos enfoques en: las asunciones causales de los problemas psicosociales, modelos teóricos usados, localización y destinatario de la intervención, ampliación de las áreas de actuación más allá de la salud mental, fines de la actuación, globalidad e integralidad, renovación y ampliación de los servicios y formas de ayuda, focalización del poder y control de la acción en la comunidad, papel psicológico implicado y relación del psicólogo con el destinatario de la acción.
2. La *salud mental comunitaria* —también llamado psicología clínico-comunitaria— es un campo multidisciplinar, particularmente desarrollado en EUA, que combina la tradición clínica con el enfoque comunitario. Abarca una serie de *estrategias* de *intervención* como la prevención, intervención de crisis, consulta, uso de no profesionales, educación y promoción de la salud mental, comunidad terapéutica y terapia social. *Bases teóricas* y metodológicas incluyen la epidemiología, el enfoque sistémico y las teorías del estrés y el apoyo social; multidisciplinariedad y participación comunitaria son sus *principios operativos*.
3. La *psicología comunitaria* ha sido *definida* de *distintas formas* que van desde un enfoque preventivo y participativo correspondiente a la salud mental comunitaria hasta visiones globales y técnicamente menos precisas centradas en el cambio social radical y el desarrollo de las personas como sujetos históricos y culturales.
4. La PC *estadounidense* es plural en sus concepciones. Rappaport la ha descrito como una empresa con tres componentes centrales: desarrollo de *recursos humanos*, acción *política* para realizar los cambios sociales necesarios y aplicación del método y la *ciencia social*. Otras visiones, más sociologistas, separan claramente salud mental comunitaria y PC, que se centraría en la crítica y denuncia de los fallos de los sistemas sociales de control de la desviación y de apoyo social, proponiendo cambios y alternativas más humanos.
5. Dentro de su pluralidad, la PC *latinoamericana* es más social, politizada y comprometida y menos perfilada técnicamente que la practicada en EUA. Principios básicos de su tendencia radical, la *psicología social comunitaria,* son: la *autogestión de la comunidad* que controla la acción, rechazando el intervencionismo y el autoritarismo externos; la *toma de conciencia liberadora* de la situación y capacidades propias; la *investigación-acción* como paradigma integrador de los dos papeles nucleares de lo comunitario, y la *práctica transformadora* que confronte alienación e ideología y se comprometa con los más débiles y desposeídos.
6. Para explorar diferencias y semejanzas en el concepto y la práctica de lo comunitario, partimos de una *noción «mínima»* que recoge los aspectos comunes —objetivo, método de trabajo, base social, papel del interventor— de diversas corrientes. Según ella, la PC es un campo centrado en la mejora de las personas a través del cambio «desde abajo», basado en la comunidad territorial y psicosocial en que el psicólogo asume un papel indirecto de dinamizador.
7. Existen diferencias sustanciales entre las corrientes de la PC desarrolladas en EUA *(norte)* y América Latina *(sur)* en los cuatro aspectos básicos indicados y en un quinto, base teórica y metodológica, añadido. *Objetivo*: comunidad autogestionaria y sociedad igualitaria (sur) frente a calidad de vida y *empowerment* (norte); *método* de intervención: autogestión comunitaria frente a participación de los sujetos, con la planificación como esquema organizativo común; *base social*: comunidad

© Ediciones Pirámide

social fuerte, problemas sociales «preindustriales» (sur), frente a una sociedad desintegrada y poco comunitaria pero organizada, con problemas sociales industriales y postindustriales (norte); *papel*: agente de cambio comprometido, frente a dinamizador y reformador social; *base teórica* y *metodología* investigadora: más global, comprensiva y ligada a investigación-acción en el sur, más analítica, microscópica y empírica en el norte.

8. Se propone una *definición sintética* de la PC como campo dedicado, en la práctica, a la prevención de los problemas psicosociales y al desarrollo humano integral desde la participación de los sujetos, asumidos agentes, y, en lo teórico, a la dimensión comunitaria de la conducta humana y al cambio social participativo. Caben, sin embargo, dos visiones complementarias de la PC: como *intervención* externa para producir cambios en que el profesional tiene un papel relevante, más extendido en el norte; como *proceso* de desarrollo protagonizado por la comunidad con el auxilio técnico externo, más propio del sur. Cada visión tiene sus ventajas e inconvenientes: la intervención es conceptualmente más abierta y explicita el papel psicológico; el proceso comunitario es más fiel al «espíritu» comunitario y resalta los aspectos procesales (el «cómo») más que los resultados (el «qué»).
9. *Características básicas* de la PC como forma de entender la realidad y la acción psicológico-social son: partir de lo *común* o compartido por las personas; ver el *comportamiento* humano *en relación a* los *contextos sociales* inmediatos, *comunitarios*; tener el *cambio social* participativo y el *desarrollo humano* como temas centrales, siendo su *fin* promover el primero para lograr el segundo en un proceso *participativo* que reconoce la capacidad de *agentes* de las personas y en que el *psicólogo* tiene un papel genérico de *activador* o dinamizador *social* a especificar según las demandas de la situación.
10. La forma de trabajo o estilo interventivo es el aspecto que mejor define la PC. Según el *estilo interventivo comunitario*, la IC: se centra en *colectivos y comunidades*, sobre todo en sus elementos compartidos y relaciones; es *integral* (temáticamente completo), multidisciplinar e *integrador*, tratando de fomentar la comunidad de las personas; *positivo*, asumiendo y fomentando los *recursos* personales y sociales; maximiza la *participación* y el protagonismo de la comunidad en la acción; adopta *una relación más* igualitaria interventor-comunidad que supone redistribuir el poder y modificar el papel de ambos; usa la *empatía* sociocultural y la *desprofesionalización* de la ayuda y el cambio social; es *proactivo*, cercano a la comunidad, flexible, y trata de optimizar recursos; usa la evaluación y actuación *global* y *contextualizada* a *largo plazo* contemplando el corto, medio y largo plazo de los cambios buscados.
11. *Comunidad territorial, comunidad psicosocial* y *desarrollo humano* (y recursos) son los tres ejes básicos de la intervención, y psicología, comunitarias. La PC se hace *en* la comunidad territorial, para *promover* la comunidad psicosocial y el desarrollo humano (objetivos), desde un *enfoque* potenciador (de recursos) de colaboración *con* la comunidad.
12. *Tareas psicosociales* básicas ligadas con fines paliativos, preventivos o potenciadores a la práctica comunitaria son: el desarrollo de recursos humanos y sociales, la creación de climas relacionales y sociales, el diseño y regulación instrumental de valores, la creación de modelos de rol y el diseño de programas institucionales y organizativos. *Procesos* y factores psicosociales clave incluyen: el papel social, la solidaridad y el clima social, la vida cotidiana y hombre común, el poder, su significado psicológico y su distribución social, las necesidades y expectativas sociales, los métodos de definir objetivos y tomar decisiones, los sistemas sociales de premiar y castigar y los de apoyo social y control de la desviación.

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Salud mental comunitaria
- Psicología social comunitaria
- Diferencias norte-sur en PC
- Concepto «mínimo» de PC
- Definición sintética de PC
- Características analíticas e interventivas
- Estilo interventivo comunitario
- Tareas psicosociales básicas

LECTURAS RECOMENDADAS

Sánchez Vidal, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención* (2.ª edic.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU).

Exposición integrada de los conceptos y operaciones y métodos generales de la PC; combina el punto de vista estadounidense con aportaciones españolas y europeas.

Martín González, A., Chacón, F. y Martínez, M. (comps.) (1988). *Psicología Comunitaria.* Madrid: Visor.

Visión más ecléctica del campo desde distintos autores españoles.

Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values, research, and action*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Documento inicial básico del campo como concepción social e ideológica diferenciada de la salud mental comunitaria.

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Presentación integral, documentada y reflexiva de la PC latinoamericana; incluye, además de los aspectos históricos y teóricos, los ético-valorativos.

Heller, K. H., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S. y Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

El clásico más informativo desde el punto de vista metodológico y práctico.

Nelson, G. y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology. In pursuit of liberation and well-being*. Nueva York: Palgrave Macmillan.

Puesta al día amplia y legible desde una perspectiva crítica.

© Ediciones Pirámide

BIBLIOTECA PÚBLICA SALAMANCA

3 Comunidad y psicología comunitaria

Una psicología comunitaria sin comunidad. ¿Se puede hacer una «psicología comunitaria» sin comunidad? Parece un contrasentido, pues, como se ha repetido una y otra vez, la comunidad es el sujeto y destino de ese campo, que se distingue precisamente de otras áreas psicológicas por su cualidad de «comunitaria». El examen de manuales y escritos evidencia sin embargo, lo contrario: se está haciendo una PC sin comunidad; la comunidad es la gran ausente conceptual del campo donde parece tomarse como algo genérico y de alguna manera ya sabido que casi nadie se molesta en explicar, mas allá de la referencia a una forma de trabajar («comunitaria») o a un tipo de «sistema social» (norte) o tejido histórico-cultural (sur) titulares de la acción comunitaria. Es como si quisiéramos hacer psicología de la personalidad sin explicitar qué entendemos por «personalidad». La comunidad es tratada como algo subordinado y menor que ninguna de las aproximaciones (salud mental comunitaria, psicología social comunitaria u otras) descritas en el capítulo anterior aborda por sí misma, como la realidad social específica, compleja e ideológicamente polémica que es. Y es que, en general, a los psicólogos no nos ha interesado mucho la comunidad, de forma que los análisis y estudios relevantes se han de buscar en otras ciencias sociales como la sociología. Si acaso en PC se ha enfocado la comunidad desde concepciones —sistémicas, redes, marxistas...— pensadas para otras realidades, o se han estudiado aspectos parciales, más específicamente psicológicos de ella, como el sentimiento de comunidad.

Y, sin embargo, es obvio que la comunidad ha de ser el fundamento de un campo psicológico apellidado «comunitario» porque, como se ha visto (capítulo 2), se hace *para* la comunidad, *con* la comunidad y *en* ella. Debemos entonces conocer esa realidad tanto sustantivamente, como sujeto teórico y práctico, como adjetivo calificador de una práctica psicológica —comunitaria— que nos es propia. Necesitamos un conocimiento teórico y práctico que permita responder a la cuestión general planteada en este capítulo: *¿cuáles son el significado y el papel de la comunidad y lo comunitario en PC?* Una pregunta sobre cuya respuesta ya hemos ido sembrando «pistas» en el examen histórico y teórico del campo realizado en los dos capítulos precedentes. Esos datos iniciales son ampliados conceptual y operativamente en éste, que comienza con un análisis histórico y conceptual amplio, pasando después, y tras hacer una síntesis de lo «sabido» y concretar las dimensiones básicas de la comunidad, a considerar los aspectos más cercanos a la práctica: evaluación y estudio (enfoques y componentes estructurales y guía operativa) y formas de «construir» comunidad. El capítulo 5 se ocupará de la visión psicológica de la comunidad, el sentimiento de comunidad. Sintetizo, por un lado, el material incluido en la edición anterior (Sánchez Vidal, 1991a) reescribiendo, por otro, la parte histórica y teórica desde la perspectiva actual.

© Ediciones Pirámide

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA: MODERNIDAD, GLOBALIZACIÓN Y COMUNIDAD

Comunidad y modernidad mantienen un largo pleito del que pensadores y activistas sociales han sido notarios y comentaristas apasionados. En general, uno tiene la impresión de que la comunidad ha sido una «víctima» de la modernidad y de las grandes turbulencias sociales (capitalismo, industrialismo, urbanización, movimientos obreros...) e intelectuales (individualismo, secularización, utilitarismo, razón, progreso) que la acompañan a lo largo de siglo XIX y que dividen y polarizan a los analistas. Con frecuencia se destacan los cambios en las formas de la cohesión o «solidaridad social». Durkheim constató el paso gradual de formas «mecánicas» de solidaridad, propias del mundo rural, basadas en la similitud de intereses y valores, a formas «orgánicas», urbanas, ligadas en la interdependencia funcional y la impersonalidad. Cooley y McIver apuestan por distinciones similares (grupos primarios y secundarios; relaciones comunitarias y asociativas); Tönnies (1947) propone la clásica dicotomía entre formas de organización social comunitarias, de base afectiva y experiencial, y asociativas, de base instrumental e interesada, que, por su importancia para definir la idea de comunidad, se amplía más adelante. El cuadro 3.1 recoge algunos hitos sociales e históricos ligados a la evolución histórica de la comunidad durante la modernidad y la actual globalización y posmodernidad.

1.1. Modernización, industrialización y declive de la comunidad

Uno de los fenómenos centrales destacados por muchos analistas como efecto de la industrialización y sus acompañantes sociales e intelectuales es la erosión de la solidaridad comunitaria y los deletéreos efectos sociales (desintegración e inestabilidad social, debilitamiento de los grupos primarios y redes de apoyo) y psicológicos (anomia, desarraigo, impersonalidad, falta de sentido vital) que la acompañan. La conciencia de la pérdida de vínculos y lazos comunitarios es frecuentemente acompañada en el siglo XX por un extendido rechazo de los excesos del racionalismo ilustrado y el capitalismo industrial y por una vindicación de la comunidad y de formas de vida más humanas y solidarias. Y, como vamos a ver, se prolonga hasta nuestros días de «globalización», capitalismo «informacional» y posmodernismo en forma de conflicto entre «lo local» y «lo global» o entre liberalismo y comunitarismo. Lo peor es que, a falta de soluciones teóricas y prácticas a ese conflicto, parece que el ciclo se repite en cada nuevo proceso de industrialización en un país en desarrollo que paga como «peaje» obligatorio la brutal destrucción de la comunidad y el tejido social a manos de las exigencias sociales y culturales, primero de la modernidad y después de la globalización y el neoliberalismo. Y, para cerrar el círculo, se acuñan «nuevos» conceptos —«apoyo social», «capital social»— que vienen a certificar esa destrucción y a ponerla —casi siempre demasiado tarde— en la agenda de las ciencias sociales y las preocupaciones ciudadanas.

No hay, de todos modos, consenso entre los observadores sociales sobre las causas precisas del declive comunitario: unos las sitúan en la industrialización y la importancia del trabajo y de las relaciones utilitarias frente a las personales; otros, en la urbanización, masificación y anonimidad urbana; otros, en el auge del comercio, los transportes, la movilidad social y, hoy, la informática; otros, en el desarrollo de las burocracias centralizadas: gobiernos y corporaciones industriales, y otros, en fin, en la prominencia de los valores ilustrados, como el individualismo, la razón, el progreso o la eficacia. Esos procesos no son, de todas formas, excluyentes, sino complementarios y probablemente acumulativos en su efecto de degradación de los sistemas de vinculación y comunidad social. Nisbet (1953), por ejemplo, destaca la desorganización social, la desintegración cultural y la inseguridad generada por la pérdida de función social de los grupos sociales primarios (familia, religión, comunidad local) en sociedades excesivamente racionalizadas en que el poder

© Ediciones Pirámide

de las grandes burocracias industriales y estatales fomentan hasta tal punto el individualismo y la racionalidad impersonal que privan al individuo de sus «raíces» comunitarias condenándolo a encontrar por sí solo sentido y hermandad humana. Tal estado de cosas sólo podría paliarse fortaleciendo el poder de los grupos sociales intermedios entre el individuo y la sociedad impersonal. Para Sarason (1974), el debilitamiento del sentimiento de comunidad es la fuerza más destructiva de las sociedades occidentales modernas, de forma que la PC debe centrar sus afanes en reconstruir el sentimiento de comunidad, que (capítulo 5) pasa por tanto a ser su «centro conceptual».

CUADRO 3.1

Comunidad: evolución histórica

Período	Cambios sociales/comunitarios	Fenómenos históricos
Modernidad (Renacimiento a siglo XIX)	Individualismo y autonomía Declive funcional del lugar Debilitamiento de la comunidad Búsqueda de comunidad Utilitarismo Secularización Ilustración y racionalidad Burocracias centralizadas Liberalismo Socialismo y movimientos obreros	Capitalismo Industrialización Urbanización Revolución Francesa Luchas obreras
Posmodernidad globalización	Homogeneización cultural Aumento de la desigualdad Neoliberalismo y «Estado mínimo» «Flexibilidad» laboral Exclusión social Hiperindividualismo Consumismo Conformismo social Movimiento antiglobalización Comunitarismo y propuestas híbridas	Predominio de los servicios Nuevas tecnologías Hundimiento del socialismo Globalización económica Exaltación del «mercado» (capitalismo «informacional») Imperialismo estadounidense

1.2. Búsqueda de comunidad

La constatación de la pérdida de comunidad y la venenosa estela de deshumanización, marginación, anomia, soledad y fragilidad personal que la ruptura de la «ecología social» deja tras sí han generado una intensa búsqueda de comunidad (Nisbet) que ha puntuado el devenir del siglo XX, haciéndose presente en los movimientos sociales de los sesenta. Esa búsqueda de comunidad ha estado también, como ya se vio en el capítulo inicial, en el origen de la PC estadounidense constituyendo, según Sarason, su base ideológica como modelo alternativo de relación social distanciado tanto del atomismo individualista como de la homogeneización global (Kirkpatrick, 1986).

Kanter (1976) ha retratado certeramente la búsqueda histórica de comunidad notando que cada

© Ediciones Pirámide

vez que el cambio social ha desorganizado lazos y lealtades sociales o las instituciones sociales se han vuelto demasiado grandes, impersonalmente poderosas o tan complicadas que separan a ciertos sectores sociales de las experiencias humanas básicas la gente se ha reunido en comunidad para buscar una existencia más simple, integrada y significativa regida por valores alternativos como el contacto existencial con uno mismo, el crecimiento personal, la experiencia fraternal en familia, el contacto con la naturaleza y la tierra o la búsqueda de la igualdad. En momentos de transición social o de excesivo dominio de fuerzas deshumanizadoras como la tecnología o la burocracia, las comunas han desempeñado un importante papel en la reorientación personal, renovación social y lucha por la igualdad. Pero no todas las comunas son iguales: el grado de comunidad varía entre la comunidad ideal, que tiende a ser una experiencia intensa pero poco duradera, y las comunidades más realistas, que exigen un trabajo constante en forma de sacrificio, inversión en la vida colectiva, renuncias, comunión con el «nosotros» y renovación identitaria y búsqueda espiritual. Esas cualidades se encuentran en los monasterios occidentales y orientales, los movimientos milenaristas —que buscan la salvación colectiva en momentos de crisis—, los utopismos socialista o hippy y las comunas de los años sesenta. El riesgo, señala Kanter, es que, sin tales cualidades, las nuevas estructuras, que pretenden romper con el orden establecido, corren el riesgo de duplicarlo.

La búsqueda de comunidad es, según este análisis, un «termómetro» del rechazo de un orden social determinado en función de la deshumanización al que ese orden somete a sus miembros, y de la consecuente necesidad de buscar formas de vida más humanas y apropiadas a las necesidades básicas de las personas. La PC «norteña» sería, en esta línea y enlazando con las ideas de Sarason, punta de lanza de los movimientos de recuperación de la comunidad frente a los desastres de la industrialización capitalista y su cortejo de valores disolventes; esa recuperación sería condición indispensable para el desarrollo humano.

1.3. Globalización, posmodernidad y localidad

Así como en la segunda parte del siglo XIX se forjó la era industrial moderna, a fines del XX habríamos entrado, según diversos observadores y analistas, en una nueva era, que, según el aspecto destacado, se ha llamado postindustrial, capitalismo «informacional», posmoderna, ultramoderna o modernidad reflexiva o tardía (véase, por ejemplo, Webster, 2002). Se trataría de un mundo «monocromático» —sin alternativas, socialistas o de otro tipo— uniformemente capitalista, centrado en los servicios y el consumo —frente a la industria y la producción de bienes materiales propios de la era industrial—, en que la «información» —cierto tipo de datos e imágenes— es la nueva savia vivificadora del desarrollo económico. Y que, en lo sociocultural, registra una dura contestación a las ideas y valores de la modernidad (razón, progreso, utilidad, socialismo, capitalismo), un desesperanzado escepticismo ideológico, ético y estético, el auge de la diversidad y el multiculturalismo, junto a la extensión global de ciertas pautas culturales occidentales, una difusión de los límites de lo público y lo privado, el auge de las periferias, nuevos movimientos sociales («alterglobalización», «tercer sector») y una convivencia del individualismo extremo con la búsqueda de formas nuevas de vida en común (tribus urbanas, sectas, nuevas religiones, etc.), todo ello acompañado de un exasperante conformismo social.

Una de las dimensiones más destacadas de esta «nueva» constelación social es la *globalización*: la ampliación a nivel mundial de ciertos procesos económicos (financieros, «deslocalización» fabril, comercio) y culturales, acompañados de un supuesto aumento en la interdependencia e integración mundial de países y actores sociales. Todo ello construido en base a una amalgama ideológica de universalización del mercado capitalista, los valores neoliberales y la forma de vivir anglosajona, posible por el extendido desconcierto intelectual y conformismo social y apenas quebrado por un difuso, aunque animoso, movimiento contraglobalizador. ¿Qué implicaciones y consecuencias tiene la globalización —tendencia, deseo o realidad— para la comunidad? Si fuera la realidad que muchos dicen

© Ediciones Pirámide

que es, la globalización supondría otra vuelta de tuerca en la desterritorialización de procesos sociales como la cultura o la identidad y, en consecuencia, otro paso en la depredación de la comunidad territorial y social. Creo, sin embargo, y en línea de analistas lúcidos como Bellah, Sennet, Marina o Kanter, que, en un mundo más individualista, impersonal e interconectado en lo económico, la pertenencia a un lugar y a un tejido de relaciones que llamamos *comunidad* es una *necesidad* no menor, sino, al contrario, *mayor,* si, como *contrapeso* de la deslocalización y dominio de lo simbólico, queremos seguir conservando nuestra humanidad; y es que la comunidad es fuente esencial de identidad, cultura y poder colectivo, todos ellos ingredientes básicos para constituir a las personas. Esa tesis viene avalada tanto por la mencionada persistencia en los países del norte de la preocupación social por la comunidad como por la problemática psicosocial asociada a la decadencia de esa comunidad.

La noción de «glocal» —que combina la visión global con rasgos y acciones locales— podría, por lo demás, ser un compromiso aceptable entre globalización y localidad comunitaria si no implicara, como suele, una burda falacia: se importa el pensamiento dominante (así, las soluciones económicas neoliberales), aplicándolo con algún cambio menor como recetas universalmente válidas para todos los problemas y contextos socioculturales, los nuestros incluidos. Y es que la globalización contiene, junto a procesos reales que se están dando, no pocas adherencias interesadas que, a caballo del conformismo reinante, buscan convertirla en un dogma inapelable y una realidad inevitable a la que no podemos oponernos y frente a la cual la comunidad sería una especie de deseo adolescente al que, en nombre de esa «realidad» nueva y superior, habría que renunciar. Visto lo visto, parece que necesitamos una nueva síntesis conceptual de la comunidad que, sin negar al todopoderoso individuo, recoja aportaciones recientes y reafirme la humanidad, la vinculación social y el poder colectivo como constituyentes básicos tanto de esa noción como de la trayectoria humanística y social de la PC. Necesitamos una noción desde la cual se puedan combatir los excesos ideológicos de modernidad, posmodernidad o capitalismo, letales para una vida y un desarrollo verdaderamente humanos, elegidos por la gente, no dictados por grandes estructuras apoyadas en ideologías y prácticas que, a pesar de su apariencia irreprochable («liberal», promotora del «bienestar» de la gente, etc.), acaban negando la misma autonomía y libertad humana que proclaman.

2. CONCEPTOS DE COMUNIDAD

Revisemos, antes de proponer la nueva síntesis, los diversos conceptos y definiciones de la comunidad y «lo comunitario», que han tomado a menudo la forma de dicotomías o polaridades.

«Continuo» de comunidad. Dado que «comunidad» y «comunitario» hacen referencia a algo común o compartido, su significado final dependerá de la cantidad y cualidad de lo que se comparta; en base a esto podemos proponer un «continuo de comunidad» a lo largo del cual podemos situar, como se ve en la figura 3.1, los distintos conceptos de comunidad. Esta gradación de lo comunitario es de alguna forma paralela a la graduación «estricta» que, como veremos, se puede establecer en las dimensiones —psicológicas, sociales y culturales— no territoriales de la comunidad.

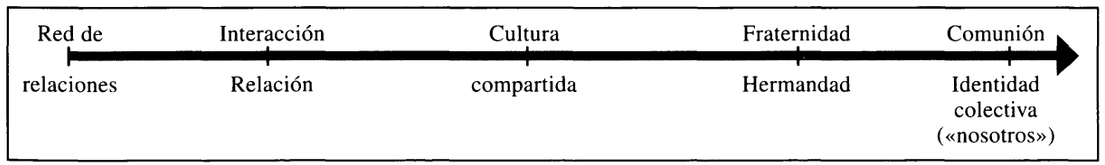

Figura 3.1.—Continuo de comunidad.

© Ediciones Pirámide

En el continuo que ahora interesa, los conceptos de comunidad oscilarían entre dos polos o extremos, uno duro y global, blando e individualista el otro. En el polo «duro» comunidad equivale a «comunalismo» (Kanter, 1976): la comunión con «algo» superior en que los individuos comparten el territorio (viven juntos), vínculos psicológicos intensos —y sexuales a veces— de hermandad y camaradería que incluyen la identidad colectiva («nosotros») y pautas culturales; la propiedad y el trabajo son muchas veces colectivos, diversas actividades se realizan en común. En el polo «blando» no existe una verdadera comunidad, sino redes sociales flexibles y más o menos estables que intercambian información, bienes materiales, ayuda psicológica o apoyo social; se trata de una analogía con las redes informáticas y económicas. Si el primer concepto es difícilmente aplicable al trabajo comunitario en la sociedad individualista actual, en el segundo, que basa el «trabajo en red», han desaparecido los rasgos centrales de lo comunitario dejando al desnudo el modelo atomista de «comunidad» (Kirkpatrick) que lo subyace. Entre ambos polos podemos situar nociones intermedias basadas en la vinculación e interacción social, con suficientes elementos psicológicos y socioculturales compartidos (sentimiento de pertenencia y «nosotros»), como para fundamentar una acción verdaderamente colectiva que trascienda el simple concierto de intereses y deseos individuales que basan los conceptos atomistas de comunidad. La «nueva síntesis» comunitaria propuesta más adelante recoge esas cualidades intermedias, propias de una verdadera comunidad, pero también vigentes y necesarias para la PC actual.

Comunidad y asociación. Una de las distinciones más esclarecedoras de lo comunitario es la que, al hilo de los cambios sociales del siglo XIX, trazó el sociólogo alemán Fernando Tönnies (1947) entre comunidad y asociación como formas polares de organización social (véase el cuadro 3.2). La comunidad *(gemeinschaft),* propia de las sociedades agrarias y los tiempos preindustriales, es algo «cálido» y se basa en el afecto y la experiencia compartida; en la medida en que estar con otros es el motivo primario del encuentro social, los otros son tratados como fines en sí mismos. La asociación *(gesellschaft),* surgida de las aglomeraciones urbanas industriales, es «fría» y racional, fruto de la deliberación y el interés individual, de forma que la ligazón social es el camino para alcanzar fines pactados entre los individuos, y el otro es sólo un medio para conseguir esos fines. Mientras que en la comunidad las relaciones sociales son espontáneas, fruto de una voluntad «natural» —y de objetivos comunes que trascienden los intereses particulares—, visible en las formas sociales «orgánicas» —familia, amistad, vecindad—, en la asociación, la agrupación deriva de una voluntad deliberada y racional establecida por el consenso expreso o tácito de sus miembro en base a la utilidad que comporta asociarse. Así una clase universitaria, en que los estudiantes están juntos para aprender sobre un tema, o una junta de accionistas, en que los reunidos comparten intereses económicos, serían ejemplos de asociación; un grupo de amigos o una familia con vínculos afectivos sólidos ilustrarían los grupos comunitarios. Y, sin embargo, las realidades sociales son siempre mixtas: en una clase pueden llegar a desarrollarse lazos comunitarios, y el grupo de amigos o la familia suelen también contener intereses económicos o de otro tipo.

CUADRO 3.2

Comunidad y asociación: dos tipos de agrupación sociales

	Comunidad	Asociación
Tipo agrupación	Primaria: para estar con los otros (el otro es un fin en sí mismo)	Secundaria, por interés (el otro es medio para un fin)
Origen	Afectivo, experiencial	Construida deliberadamente en base a intereses compartidos
Carácter	Cálida, «natural»: nace del contacto social y el sentimiento psicológico	Fría, contractual, racional, interesada

© Ediciones Pirámide

De manera que en la realidad la *comunidad* se puede definir mejor como un grupo más tradicional, que sigue pautas organizativas microsociales, tiene poca movilidad geográfica y social con estratificación simple, en que predominan los grupos primarios y las relaciones estables y que contiene un número pequeño de papeles sociales más bien generales. La *asociación* tiende, en cambio, a organizarse siguiendo pautas macrosociales, basadas menos en vínculos estables que en relaciones contractuales temporales; posee una mayor movilidad geográfica y social y una estratificación más compleja basada en un número mayor de roles especialistas. Predominan los grupos secundarios, quedando los grupos primarios limitados en sus funciones (relación, pertenencia, significación, etc.), con frecuencia dirigidas a compensar los problemas causados por el predominio de los grupos secundarios, socialmente instrumentales.

Aclaremos, a partir de aquí, algunos rasgos de esta diferenciación. Comunidad y asociación son extremos polares y «puros»: no sólo admiten grados sino que, además, difícilmente se encontrarán, como se ha indicado, como tales «tipos puros» en la vida social que siempre contiene en sus distintos niveles grupos de carácter más comunitario y grupos de orientación más asociativa. La distinción de Tönnies tiene, en realidad, un valor más bien analítico: permite reconocer la orientación general de una comunidad o sociedad concreta y como una y otra cambian con el tiempo de forma que, aparcando las veleidades «organicistas» del autor, su descripción contiene algunas claves para entender el malestar social moderno —ligado, según se ha visto, al declive de la comunidad— y la consecuente búsqueda de una comunidad humana y cooperadora como reverso de la sociedad fría, competitiva e impersonal a la que parecemos abocados. Un ejemplo llamativo y cercano de esos cambios se encuentra en el cambio acelerado de la universidad (española y europea), que está pasando de ser una «comunidad carismática autodirigida» (Bell, 1976), humana, relacional y críticamente orientada hacia al mundo social externo a convertirse en una sociedad interesada estrechamente orientada hacia el «mercado» y la producción (una auténtica «fabrica» de «investigación y desarrollo», por un lado, y de profesionales, por otro) y burocráticamente planificada en función de esos objetivos utilitarios que tan bien retrató W. Mills (1959) en su país, EUA.

Definición. Ya se ha indicado que en la medida en que la comunidad designa lo que es común o compartido, tendremos varias definiciones según los elementos compartidos que se incluyan. El cuadro 3.3 extracta, de la segunda edición de este libro, varias de esas definiciones, en que distintos autores y documentos nos aportan información sobre la comunidad y sus componentes y características básicas.

Podemos resumir estas especificaciones y lo ya escrito en una definición telegráfica cuyas claves se van desarrollando y ampliando en el resto del capítulo.

> La comunidad es un grupo social arraigado, autoconsciente e integral.

3. UNA NUEVA SÍNTESIS: LA COMUNIDAD COMO TEJIDO RELACIONAL

Toca ahora, y tras esta introducción, reafirmar la comunidad como centro del quehacer teórico y práctico de la PC rechazando tanto los intentos impropios del campo de construir una PC *sin* comunidad —centrada en la autonomía individual— como los externos de desarrollar una sociedad deshumanizada, sin vínculos personales o territo-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.3

Definiciones de comunidad

Fuente	Definición
Diccionarios Vox y Webster	Calidad de lo común o compartido Grupo social que comparte características o intereses y es percibido, o se percibe a sí mismo, como distinto del conjunto de la sociedad Grupo social radicado en una localidad específica, con gobierno e historia común
Hillery (1955)	Localidad compartida, donde existe interacción social y relaciones y lazos comunes
Bernard (1973)	La comunidad: localidad geográfica singular Comunidad simbólica: incluye lazos emocionales, intimidad personal, compromiso moral, cohesión social y continuidad temporal
Sanders (1966)	Sistema organizado territorialmente con un patrón de asentamiento en que existe una red efectiva de comunicación y la gente —que comparte instalaciones y servicios— desarrolla una identificación psicológica con el símbolo del lugar (el nombre)
Klein (1968)	Conjunto de interacciones pautadas en un dominio de individuos que tratan de conseguir seguridad e integridad física y apoyo en tiempos de estrés y de alcanzar individualidad y significado a lo largo de la vida
Warren (1972)	Combinación de unidades sociales que desempeñan las funciones sociales principales con relevancia local

riales. Se trata, como ya se ha señalado en el capítulo 1 y en éste, de proponer una concepción viable de la comunidad que, sosteniéndola como realidad sustantiva y valor irrenunciable del campo, pueda basar tanto una práctica verdaderamente comunitaria compatible con el desarrollo de la individualidad como un activismo que reivindique la recuperación de la comunidad en el norte y que evite su destrucción en el sur. Una comunidad intermedia entre el comunalismo y la simple red funcional que, contemplando a la *persona* como *totalidad integrada* —no como «átomo» aislado o mosaico de funciones sociales— y *conectada*, se constituya desde la vinculación y la interdependencia, y cuyos rasgos sintetiza el cuadro 3.4. Ese perfil de la comunidad puede tejerse desde las propuestas —sorprendentemente coincidentes a pesar de la diversidad geográfica, conceptual y disciplinar de su procedencia— de Kirkpatrick (1986), Bellah y otros (1989) y Sawaia (1995); y concuerda con la postura de observadores sociales tan cualificados como Memmi (1984), Sennett (1998), Marina (1997) o Bell (1976).

La comunidad (Kirkpatrick) no puede consistir en un contrato interesado y egoísta entre individuos aislados que produce alienación, fragmentación y riesgos de conformismo totalitario; ni derivarse de la disolución en una totalidad orgánica a la que las personas sacrifican su libertad y valor intrínseco, así como su capacidad de cooperar y relacionarse con otros. La verdadera comunidad existe cuando personas distintas pero interdependientes cooperan y mantienen relaciones de camaradería, amor o amistad afirmando en ese proceso la dignidad,

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.4

Nueva síntesis de comunidad

Motivación positiva de socialidad: otros y relación con ellos ⟶ valiosos
Sociedad más que contrato social interesado ⟶ disfrute mutuo, cooperación
Persona interconectada, no átomo social
Identidad colectiva («nosotros») e individual («yo») compatibles, interconectadas
Comunidad = tejido social { vinculación, interdependencia; reciprocidad y confianza mutua; compartir con otros; comunicación y diálogo }
Interacción en comunidad contribuye a «construir» individuo/sujeto
Persona { no se «disuelve» en la comunidad; se realiza a través de { relación y compromiso con otros; participación en instituciones sociales } }
Liberación/emancipación personal compartida, colectiva, no individual
Poder, costumbres e historia son importantes para constituir y mantener comunidad
Reconocimiento de auténticas diferencias sociales y culturales

el valor propio y el bienestar mutuo y «construyéndose» como personas desde la reciprocidad. Se trata de una concepción que (Bellah) rechaza la fragmentación social, el individualismo «ontológico» (la única realidad en que muchos creen), la libertad entendida como aislamiento de los demás y el desinterés por los asuntos públicos; y sostiene, en cambio, que los humanos nos realizamos en la interrelación, la participación en las instituciones sociales y el compromiso con los demás, con las costumbres y tradiciones comunitarias y con una vida pública no escindida de la vida privada. Habría pues que valorar más las recompensas intrínsecas y reducir la competitividad, sin ignorar las diferencias reales, las estructuras de poder y las interdependencias personales y sociales que se dan en las complejas sociedades actuales. La «apropiación psicológica» de la comunidad rompería (Sawaia) el cisma individual-colectivo: la singularidad y el gozo individual sólo son alcanzables en las experiencias, vividas por la persona pero compartidas con otros, que recrean continuamente lo social, permitiendo, además, participar en la lucha colectiva por la liberación y la igualdad. En ese proceso dialéctico se puede construir un «nosotros» defendiendo las necesidades propias y respetando las de los otros, alcanzando el propio placer a la vez que el bienestar colectivo. La comunidad es, pues, un espacio relacional que hace posible el desarrollo de la comunalidad y de valores de desarrollo humano, no antagónicos con la individualidad pero sí ligados, en un mundo asolado por el egoísmo, al diálogo sobre la dignidad humana y al rechazo de cualquier forma de exclusión.

4. FUNCIONES Y TIPOS

En su amplio análisis de la comunidad, Warren (1965 y 1972) y Sanders (1966) han descrito las funciones y tareas que, como parte de procesos sociales más amplios, realiza la comunidad. Más concretamente, para Warren, la comunidad realiza —variablemente según sus capacidades y autonomía— *funciones sociales con relevancia local*. El cuadro 3.5 reproduce las funciones en que ambos autores coinciden (producción y distribución de bienes, socialización, control social, participación, apoyo social) y otras que añade Sanders.

Hay que aclarar que, si bien la comunidad es el lugar en que se realizan, las funciones como tales tienen un carácter más genéricamente *social* que es-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.5

Funciones sociales de la comunidad (Warren, 1963; Sanders, 1966)

Funciones (Warren y Sanders)	Descripción
Producción, distribución, consumo	De bienes y servicios a través de las tiendas, mercado del barrio, etc.
Socialización	Transmite conocimientos, valores y normas sociales mediante grupos y estructuras locales: grupo de iguales, parroquia, asociaciones juveniles, etc.
Control social	Asigna recompensas y sanciones para que personas se comporten conforme a valores y pautas establecidos a través de la familia, el grupo de iguales, la escuela o el trabajo
Participación	En la actividad social mediante actividades y reuniones formales e informales de asociaciones y grupos en centros comunitarios
Apoyo social	Formal (servicios comunitarios) e informal (familia, amigos, vecinos...) en situaciones y épocas de estrés
Otras funciones (Sanders)	
Reclutamiento nuevos miembros	Por nacimiento o inmigración
Comunicación	Física (transporte) y simbólica para tomar decisiones y formar opinión
Diferenciación y asignación de estatus	División del trabajo y de papeles especializados al servicio de la comunidad asignando el estatus social que corresponda
Asignación de prestigio	Jerarquizando personas según el grado en que encarnan los valores centrales de la comunidad y diferenciándolas en clases sociales
Asignación de poder	Proveyendo posiciones de liderazgo social
Movilidad social	Ascendente y descendente en posiciones sociales
Integración y ajuste social	Manteniendo la solidaridad al compartir aspectos —lugar, historia, cultura— que aportan una orientación social común y el deseo de participar en la vida colectiva

© Ediciones Pirámide

pecíficamente comunitario, si bien es cierto que, como nota Warren, algunas funciones —como la distribución de bienes o el apoyo social— tienen una relevancia específicamente local junto a la global para toda la sociedad. En cambio, otras funciones —como la socialización o el control social— son más netamente sociales, aunque los mecanismos y estructuras locales tengan un papel relevante en su transmisión, o los contenidos de las pautas transmitidas puedan adquirir matices locales relevantes. Lo cual otorga, como se verá más adelante, a la comunidad un importante papel de mediación entre los individuos concretos y la sociedad abstracta. Hay por fin que añadir que esas funciones y operaciones sociales pueden adquirir un carácter singularmente local o comunitario (así en una familia o agrupación cultural) en la medida en que la comunidad tenga un perfil claramente diferenciado de la sociedad de que es parte.

Tipos. Podemos distinguir cuatro tipos de comunidad.

- De «sangre», basada en el parentesco y la afectividad: familia, tribu, clan u otros.
- De *lugar*, basada en el territorio y la vecindad resultante: pueblo, aldea, barrio, etc.
- De «espíritu», que hoy llamaríamos *cultural*: la nación, los amigos, las mafias, etc.
- Basada en la *marginación* (pandillas, bandas, *gangs*, etc.).

Los tres primeros tipos, identificados por Tönnies, corresponden (cuadro 3.7) a las tres dimensiones básicas de la comunidad; el cuarto, basado en la marginación, se ha añadido como realidad de la vida moderna que suele generar potentes lazos comunitarios. Normalmente «comunidad» se refiere a la comunidad territorial, siendo el resto de tipos formas distintas de *comunidad simbólica* producidas desde la *comunidad territorial* que, a través del contacto y la experiencia compartida, serían *base generadora* de toda *forma de comunidad*. Obsérvese, además, que, mientras que la comunidad local es algo concreto, tangible y «dicotómico» —existe o no existe—, la comunidad simbólica —afectiva, social o cultural— es, como se apuntó antes en la parte conceptual, un *continuo* que admite grados: puede existir en mayor o menor medida.

5. COMUNIDAD Y SOCIEDAD

Otra forma de aclarar la noción de comunidad es compararla con la sociedad en su conjunto; examinemos la relación y diferencias entre comunidad y sociedad en cuatro apartados —resumidos en el cuadro 3.6— y extraigamos algunas consecuencias prácticas.

Nivel. Ya debe estar claro a estas alturas que lo comunitario se sitúa en un nivel inferior al social: la comunidad es una parte de la sociedad, que, como totalidad, está formada por multitud de comunidades, instituciones y organizaciones socialmente articuladas. La sociedad forma, entonces, el «contexto» social de la comunidad que no se debe ignorar en el análisis o la práctica. No es igual una comunidad de un país rico que de uno pobre; o de una sociedad solidaria que de una articulada sobre intereses de grupo; o un contexto social movilizado y luchador que otro pasivo y resignado. Tampoco se puede pasar por alto que las comunidades tienden a perseguir su beneficio particular en perjuicio de otras o del conjunto de la sociedad, por ejemplo, cuando se reparten recursos o se toman decisiones que afectan a todos. Todo ello remite al tema, prácticamente ausente en la discusión comunitaria, de la relación, cooperativa o conflictiva, *entre* comunidades.

Tipo de agrupación social. Ya se ha explicado la distinción entre agrupaciones comunitarias y asociativas (comunidades y asociaciones), clave para entender el significado de la comunidad y de los cambios sociales que acompañan la industrialización y la urbanización occidentales en el siglo XIX. Hay que añadir dos importantes matices. Primero, no se puede confundir sociedad con asociación: la sociedad real está formada por agrupaciones asociativas *y* comunitarias. Lo que la distinción entre ambas pretendía subrayar es la emergencia de nuevas formas —asociativas e interesadas— de cohesión social y la creciente presencia, en las sociedades industriales, de asociaciones secundarias en detrimento de las comunidades y grupos primarios.

© Ediciones Pirámide

Es esa ruptura del equilibrio entre ambos tipos de grupos lo que como analistas debe preocuparnos en función de las perversas secuelas que, como se ha señalado, conlleva. Segundo: el interventor habrá que tener en cuenta lo anterior al menos en tres áreas de actuación: *ajustando* nuestras *expectativas* sobre la solidaridad a esperar en las comunidades reales; anticipando que la comunidad contiene numerosas *asociaciones* o grupos (entidades, asociaciones sectoriales, territoriales, etc.) que a menudo combinan aspectos secundarios (intereses) y primarios (vínculos sociales y territoriales); no se puede olvidar que aspectos como el *liderazgo*, el *poder* y la *organización* —ninguno incluido directamente en la dimensión comunitaria— son esenciales en la intervención.

CUADRO 3.6

Comunidad y sociedad: relaciones y diferencias

	Comunidad	**Sociedad**
Nivel social	Medio	Macro
Tipo agrupación social	Experiencial Primaria Base: solidaridad «natural»	Interesada Contractual Construida: instituciones formales
Papel del territorio	Primario	Secundario
Papel social	Mediación individuo-sociedad Concreta: instituciones sociales	Funciones sociales básicas centralizadas, lejanas a individuos

Importancia de la territorialidad. Aunque reducida últimamente por el peso de la movilidad geográfica y social y las comunicaciones, la centralidad del territorio como núcleo *generador y estructurador* de las relaciones sociales es el elemento distintivo de la comunidad (local) frente al resto de agregados y grupos sociales.

Mediación, cercanía social y concreción institucional. Globalmente se puede concebir la comunidad como un sistema mediador entre individuos concretos y singulares y sociedad abstracta, compleja y lejana; como tal «mecanismo» mediador la comunidad conecta a personas y sociedad ayudando a satisfacer necesidades y demandas mutuas. Así, la comunidad facilita la participación social de individuos y grupos en las tareas sociales (mediación de abajo arriba) y la socialización de aquéllos según pautas acordadas por la sociedad (mediación de arriba abajo). En general, la comunidad «concreta» encarna las instituciones sociales en el ámbito local, que, como suele decirse, es el más próximo —el único próximo, en realidad— a los ciudadanos. Encontramos así otra cualidad distintiva fundamental de la comunidad: es el *contexto social próximo*, más cercano a las personas en su triple aspecto *territorial* (vecindario), *psicológico* (las vinculaciones afectivas) y *social* (las redes sociales de que uno es parte). Esa propiedad de proximidad es usada cuando en la organización de la sociedad se desea establecer mecanismos que acerquen la política u otras actividades a los ciudadanos: los consejos de distrito en las grandes ciudades, la «policía comunitaria» en un barrio o la tienda o el comercio «de proximidad».

La importancia social de estas funciones mediadoras permitidas por la proximidad queda patente en los efectos que la debilidad o ausencia de la comunidad, y por tanto de su papel mediador, produce en la escena contemporánea. La carencia de intermediarios cualificados como la comunidad es, para analistas como Bellah o Nisbet (también, indirectamente, Max Weber o Wright Mills), una de las claves del profundo malestar y alienación social modernos: deja a personas y colectivos sociales aislados e impotentes ante élites poderosas y enormes estructuras industriales y políticas, unas y otras insensibles a las verdaderas necesidades y deseos humanos. Ahí reside también, remachémoslo, el papel crucial («primario», en sentido literal) de lo comunitario en la vida social; y la tragedia de la depredación de la «ecología social» en que se insertaba la comunidad, tan frívolamente minimizada por algunos ideólogos modernos y posmodernos.

© Ediciones Pirámide

6. LAS DIMENSIONES BÁSICAS DE LA COMUNIDAD

La comunidad tiene tres ejes básicos (más un cuarto menos mencionado) que aparecen representados, junto a sus respectivos componentes psicológicos, en el cuadro 3.7. Esas tres dimensiones corresponden a los tres *tipos* de comunidad identificados —de lugar, afectiva y «de espíritu»— que son, a su vez, variantes comunitarias en que predomina el componente central que las define: el territorial en las comunidades de lugar, el psicosocial en las «de sangre» (afectivas) y el sociocultural en las «de espíritu». Esto facilita la comprensión integrada de los distintos significados de la comunidad y el paso de una *clasificación tipológica* cualitativa a un análisis o *evaluación multidimensional* en que, en cada comunidad concreta, se pueden describir —y en su caso cuantificar— estas dimensiones o los componentes más concretos que se detallan en el apartado siguiente y en los cuadros 3.9 y 3.10. Examinemos esos componentes o ejes básicos de la comunidad.

Comunidad territorial o geográfica, el lugar —vecindario, barrio, pueblo— en que la gente vive junta, interactuando cotidianamente, y en que trabaja, realizando tareas útiles para la sociedad (cada vez más el trabajo se realiza, sin embargo, fuera de la comunidad territorial en que se reside); «la comunidad», en singular. Componente concreto, no cuantificable de la comunidad, de la que es soporte y asiento territorial: la proximidad física es la base de la relación; la comunidad territorial genera, por tanto, el resto de formas —simbólicas, continuas y cuantificables— de comunidad. El sentimiento de *arraigo*, expresión de la vinculación al lugar, es la dimensión psicosocial de este componente, y su carencia, el desarraigo, es uno de los indicadores típicos de la marginación social.

Comunidad psicosocial, el conjunto de vinculaciones y relaciones psicológicas y lazos sociales entre personas y grupos de una comunidad cuyo contenido varía según la naturaleza de los intercambios: económicos, informativos, afectivos, ayuda material, cooperación social, etc. Las relaciones pueden ser horizontales (a menudo vínculos cooperativos entre iguales que fortalecen la cohesión comunitaria) y verticales, relaciones jerárquicas que mantienen el orden social. Se puede tener una idea más clara de este componente si imaginamos el conjunto de relaciones que uno mantiene un día normal con otras personas: relaciones familiares, con compañeros del trabajo, relaciones sociales con los amigos, los vecinos, los comerciantes en tiendas del barrio, etc. Los sentimientos de *pertenencia* a determinados grupos sociales (vecinos, compañeros de trabajo, grupo de amigos, etc.), *vecindad* con los compañeros de territorio, *vinculación afectiva* —familiar, de pareja, filial, paternal u otra— o *interdependencia, reciprocidad y mutualidad* encarnan la vertiente más directamente psicológica del conjunto de vínculos y relaciones abarcados por este componente. El *sentimiento de comunidad* o pertenencia (capítulo 5) puede servir como criterio e indicador simbólico de la existencia de comunidad, que será tanto más robusta cuanto más fuerte sea ese sentimiento en los pobladores de un lugar —o en los miembros de un grupo social—. La posesión de comunidad psicosocial es fundamento, e indicador, de salud y desarrollo humano, y su carencia, señal de marginación social y factor de riesgo para desarrollar problemas psicológicos.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.7

Dimensiones básicas de la comunidad

Dimensión (tipo) de comunidad	Descripción	Aspectos psicosociales
A) Territorial	Lugar donde la gente vive junta Vecindario	Arraigo territorial
B) Psicosocial	Vínculos psicológicos y relaciones sociales (horizontales y verticales) entre personas y grupos	Pertenencia, vecindad, vinculación, interdependencia, mutualidad
C) Sociocultural	Cultura (socialización); historia y experiencia compartida	Valores, significados, visiones de futuro, proyecto de comunidad
D) Política	Poder compartido para alcanzar objetivos comunes	Empoderamiento

Comunidad sociocultural, la cultura compartida por un conjunto de personas —que también incluye diversidad y diferencias— en base a la historia y la experiencia vivida en común y transmitida en el proceso de incorporación a una sociedad, la socialización. La comunidad sociocultural es un conglomerado de valores, modos de sentir y pensar, imágenes, creencias, visiones de futuro y, en nuestro caso, el proyecto de comunidad de la gente. Aunque se supone que la cultura es una «emanación» popular, incluye también, en la realidad, la transmisión y homogeneización institucional, desde arriba, siendo el aglomerado final resultado de ambos procesos: aportes desde abajo y desde arriba. En nuestro caso, para que este componente sea significativo, es preciso que exista un mínimo de historia común (varias décadas en el caso de los barrios) y acciones y experiencias compartidas que, a través de la relación, generan vínculos psicosociales y dejan como poso una cultura hecha de comunidad y diversidad. El *grado* real de comunidad sociocultural será, pues, un dato a tener en cuenta en el análisis y la acción comunitaria, ya que su debilidad o carencia (en grupos sociales muy diversos o en barrios residenciales o «de aluvión») puede dificultar notablemente el trabajo colectivo.

Comunidad política, la percepción de compartir el poder necesario para alcanzar objetivos vitales para la comunidad y el grado en que esa percepción corresponde a una realidad social objetiva. Aunque no se le considere habitualmente como parte de la comunidad, este componente es vital para la acción social y el desarrollo personal: sin poder no hay posibilidades de transformar una comunidad y hacer realidad las aspiraciones de sus pobladores; sin la percepción colectiva común de que se *puede* cambiar el entorno territorial y social más próximo difícilmente se logrará el desarrollo humano. De forma que el grado de comunidad política —también ligado al sistema político y social global— es, de nuevo, un dato práctico esencial, y su ausencia, un indicador pertinente de marginación y exclusión social. La *organización colectiva* para conseguir poder común será, en tal caso, el camino para superar la marginación y alcanzar objetivos de igualdad y justicia social (capítulo 4).

© Ediciones Pirámide

Conviene hacer algunas consideraciones sobre las dimensiones, sus relaciones y significado, que, aun a riesgo de repetir lo ya dicho, hagan explícitas ideas implícitas del campo, sentando las bases de una teoría de la comunidad muy necesaria en PC.

- En conjunto, los tres componentes (o tipos) básicos de comunidad representan tres (o cuatro) formas de *cercanía* (territorial, psicológica, social y cultural) *a otros,* que es lo que viene a ser la comunidad.
- *Dinámicamente* la comunidad territorial tiene un papel generatriz: «produce» interacción (el núcleo actual de la comunidad), que a su vez facilita la construcción a largo plazo de la comunidad cultural. Normalmente, cuando la gente habla de «comunidad», se refiere a la comunidad territorial. Vistos los datos actuales (capítulo 5), sería más correcto decir que el territorio es un *soporte* que, mediante la proximidad física, hace posible la *interacción*, que es, a su vez, el núcleo generador de la comunidad.
- Ya se ha visto que, aunque históricamente el peso de la dimensión territorial se ha reducido, continúa siendo vital porque la interacción y el contacto personal cara a cara son necesidades (y deseos) humanas básicas que otras formas de comunicación —simbólica, electrónica o de otro tipo— no pueden satisfacer. Así, cuando se argumenta que la generación de comunidad se ha desplazado del territorio al trabajo, hay que recordar que el soporte territorial —el sitio de trabajo— sigue existiendo, y sólo se ha «descentrado» respecto del otro soporte residencial, la vivienda. Algo similar podría decirse de las «comunidades virtuales», que, como muchas otras formas de contacto no personalizado, tienden a materializarse, si registran progresos, en contactos reales.

Desarrollo de la comunidad. El esquema dimensional descrito es también útil como guía de la intervención al marcar las principales líneas de *desarrollo de la comunidad* (véase, por ejemplo, Ross, 1967), que, según resume el cuadro 3.8 y amplían con otra sistemática los cuadros 3.9 y 3.10, serían las siguientes:

- Desarrollo de la *base territorial y urbanística* de la comunidad (el «entorno construido» en el esquema 3.9 y la «planificación urbanística» y «vivienda» en el 3.10). Incluiría el acondicionamiento y mejoría del territorio, infraestructuras urbanísticas, red viaria, servicios municipales, transporte local y otros.

CUADRO 3.8

Dimensiones de la comunidad y del desarrollo comunitario

Dimensión comunidad	Acción derivada
A) Territorio	Desarrollo físico-urbanístico del enclave comunitario
B) Relaciones	Desarrollo y conexión social: desarrollar «tejido social» (redes sociales y apoyo social)
C) Cultura común	Desarrollo cultural (significados compartidos)
D) Poder colectivo	Asociación y organización comunitaria en base a intereses y fines comunes (y vecindad y vinculación social)

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.9

Estructura de la comunidad: componentes básicos (Felner, 1983)

I. Entorno natural
   Geografía y clima
   Recursos (energía, agua, vegetación) y parques
II. Entorno construido
   Edificios y otras estructuras (tipos y calidad)
   Polución
III. Características de la población
   Edad, sexo, estado matrimonial, densidad, salario, estado salud, etc.
   Ajuste persona-entorno
   Sentimiento de comunidad; redes sociales
IV. Sistemas sociales
   Políticos: legislativos, ejecutivos, judiciales
   Económico: empleo, paro
   Medios de comunicación: periódicos, revistas, televisión, radio
   Servicios sociales: centros comunitarios de salud mental, *settlement houses*
   Centros educativos
   Transporte
   Atención médica
   Establecimientos penitenciarios y correccionales
   Instituciones religiosas
   Instalaciones recreativas

- Desarrollo del «tejido social», facilitando las condiciones de encuentro y relación entre personas y grupos, a través de programas, fiestas y actividades colectivas, protegiendo las instituciones y asociaciones existentes (familias, parroquias, asociaciones y entidades, etc.), fortaleciendo las redes sociales, estructuras de ayuda mutua y organizaciones voluntarias, facilitando la creación de otras nuevas, fomentando el apoyo social a los mayores, marginados, desconectados, etc.
- Desarrollo de la *cultura compartida*, facilitando las condiciones, acciones y programas culturales para aclarar y debatir valores, significados y visiones de la comunidad y del futuro de los pobladores comunitarios. Por ejemplo, a través de la organización de las fiestas locales («fallas», procesiones, desfiles, etc.), programas de radio sobre temáticas locales, concursos sobre «cómo ve el futuro de su barrio» o debates en torno a obras de teatro sobre la vida en él. En las condiciones de creciente multiculturalidad, el *intercambio* de elementos y significados culturales y el «diálogo intercultural» a través de celebraciones, programas y otras acciones y debates sería también parte del desarrollo (multicultural en este caso) de las *culturas*, en plural, *de la comunidad*.

CUADRO 3.10

Estructura de la comunidad: componentes detallados (Warren, 1965)

Contexto y marco	Geografía y transporte Población Historia Tradiciones y valores
Vida económica	Estructura económica Trabajo y empleo Desarrollo industrial Servicios y nuevas tecnologías
Política y sistema judicial	Organización política local Administración y su personal Impuestos Delincuencia y cumplimiento de la ley

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.10 *(continuación)*

Planificación urbanística	Procesos y comisiones planificadoras Organización del territorio
Vivienda	Condiciones, desarrollo urbanístico Barrios
Educación	Escuelas locales: administración, personal Escuelas y comunidad, educación de adultos Bibliotecas y museos Educación superior
Ocio y recreo	Oferta pública, privada y tercer sector
Actividad religiosa	Confesiones religiosas, clero y poblaciones atendidas Organizaciones religiosas y actuación en la comunidad
Protección social	Seguridad social y atención al desempleo Atención a la niñez y familia Juventud y delincuencia
Salud	Hospitales y servicios públicos Enfermedades transmisibles y crónicas Salud mental Grupos de riesgo: mayores, discapacitados, emigrantes
Comunicación	Prensa local Radio, televisión e Internet
Relaciones y conflicto entre grupos	Discriminación, racismo Programas para mejorar relaciones intergrupales
Asociaciones y organizaciones voluntarias	Extensión, cobertura, participación
Organización comunitaria	Organización global y coordinación de servicios comunitarios

- *Ampliación del poder colectivo* de personas y grupos comunitarios mediante la asociación y organización para reivindicar intereses territoriales (asociaciones de vecinos) o sectoriales (juventud, mujeres, mayores, comerciantes, etc.). La constitución de asociaciones, foros de debate, plataformas o grupos de presión y acción más o menos vinculados con movimientos sociales supracomunitarios indica la existencia de procesos de asociación y organización comunitarios con los que fortalecer el poder colectivo local.

Falta sólo recalcar que más allá de la mejora de una u otra dimensión, el desarrollo comunitario (Barbero y Cortés, 2005) suele entenderse como un proceso *integral* de desarrollo de la comunidad como un todo, en que la mejoría de la base territorial iría acompañada de la del tejido social y asociativo y del poder colectivo y reivindicativo asociados, así como de la vivificación de la cultura (o culturas) de los miembros de la comunidad. Más adelante se singularizan (cuadro 3.12) algunos procedimientos (y condiciones) para generar comunidad, sobre todo a partir del soporte territorial.

© Ediciones Pirámide

7. RESUMEN: LA COMUNIDAD EN PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Hagamos ahora una pausa para sintetizar lo que hemos aprendido tanto sobre la evolución histórica y el significado de la comunidad como sobre su papel en PC, por el que nos preguntábamos al inicio del capítulo. Hemos visto que la modernización ha minado la comunidad —territorial y simbólica— cuya recuperación pasa a ser supuesto y tarea central en la PC en el norte. Se han manejado tres *conceptos* básicos de comunidad.

- *Unidad social* territorializada y contexto social más próximo a las personas.
- *Solidaridad «natural»* opuesta a la solidaridad asociativa u organizada.
- *Tejido «denso» de relaciones* y cultura compartida.

Respecto del *papel de la comunidad* en PC, lo podemos desplegar en cuatro funciones, las tres primeras ligadas a la comunidad —territorial o social— sustantiva, y el cuarto, al calificativo «comunitario».

- *Localización*: la PC se hace *en* la comunidad.
- *Destinatario*: la PC se *centra* en la comunidad, va destinada a ella.
- *Objetivo*: la PC se hace *para* desarrollar —o recrear— la comunidad psicosocial.
- Forma de trabajar participativa y colaboradora (*comunitaria,* con la comunidad) orientada al desarrollo humano.

8. EVALUACIÓN DE LA COMUNIDAD: DIMENSIONES ESTRUCTURALES

Entramos ahora en la parte más aplicada del capítulo dedicada a la evaluación de la comunidad, en la doble vertiente de contenidos (estructura y dimensiones) y métodos. Debo advertir que, en general, las descripciones que siguen están pensadas para comunidades territoriales urbanas en países industriales; no hay garantía de que sean, por tanto, aplicables tal cual a comunidades rurales o a entornos sociales y culturales distintos. En la medida en que en esta parte los cuadros organizan la exposición y son, muchas veces, suficientemente explícitos por sí mismos, el texto escrito se reduce a menudo al comentario de esos cuadros.

La escasez de descripciones y análisis de comunidad en PC recomienda señalar, antes de entrar en materia, algunas fuentes bibliográficas útiles para estudiar o evaluar una comunidad. Los textos de Roland Warren (1965), Rachelle y Donald Warren (1977; capítulo 8) y Sanders (1966) son guías metodológicas y temáticas aconsejables con un enfoque más bien cualitativo —en el segundo— o integrado, en los otros. El primer libro contiene un amplio banco de preguntas que pueden ser usadas para elaborar cuestionarios a lo largo de quince dimensiones reproducidas en el cuadro 3.10; el libro de Sanders es una integración más cualitativa, también usada aquí tanto en la parte metodológica como en la descripción estructural. Añadamos también el capítulo 4 del libro de Heller y otros (1984), que proporciona una panorámica amplia y clara de los métodos para investigar y describir la comunidad, y el capítulo 8 del libro de Bloom (1984), que ilustra el análisis de una comunidad concreta. El capítulo 6 de este libro aborda, por otro lado, la evaluación de temas comunitarios, y, más adelante, ofrezco en este capítulo una guía detallada e integrada para el análisis y evaluación de una comunidad.

El estudio de la comunidad puede realizarse desde varias perspectivas —examinadas más adelante— y adoptar un punto de vista más cualitativo o cuantitativo —según primen las dimensiones numéricas y su descripción empírica o las cualitativas y su integración más comprensiva— o, más recomendable en una realidad compleja como la comunidad, integrador de ambos. Por otro lado, la comunidad local es infinitamente más compleja de lo que la síntesis dimensional presentada pueda dar a entender. Si bien esa y otras síntesis sirven para entender genéricamente una comunidad, necesitamos guías más amplias de sus componentes estructurales para organizar el estudio o evaluación de

© Ediciones Pirámide

una comunidad. Jason y otros (1983) ofrecen un esquema relativamente simple que, como se ve en el cuadro 3.9, comprende cuatro apartados generales: entorno natural y sus recursos, entorno construido (infraestructuras urbanísticas y vivienda), características demográficas de los habitantes (densidad, edad, sexo, etc.) y un conjunto heterogéneo —e insuficientemente especificado— de sistemas sociales que incluyen desde sistemas amplios como los políticos, económicos o educativos hasta aspectos más concretos como los medios de comunicación o el transporte.

Si queremos detallar un poco más el perfil que nos proporciona ese esquema amplificando los «sistemas» y aspectos no concretados aquí, podemos recurrir a la guía de Warren (1965), que incluye un listado detallado —excesivo a veces— de preguntas en quince áreas generales, de forma que el libro puede ser usado no sólo por los expertos, sino también por los habitantes para hacer evaluar su propia comunidad. El cuadro 3.10 reproduce las áreas consideradas y algunos de sus componentes relevantes; a saber: contexto y marco *(background)* de la comunidad (geografía, población, historia, tradiciones y valores); vida económica y condiciones de trabajo; organización política y sistema judicial (incluyendo la delincuencia); planificación urbanística; vivienda y barrios (desarrollo urbanístico); educación formal e informal; ocio y recreo; actividad religiosa; sistemas de protección social; salud y su mantenimiento; medios de comunicación; composición étnica y conflictos entre grupos (discriminación, racismo); asociaciones y organizaciones voluntarias, y formas de coordinación de servicios y organización global de la comunidad. Naturalmente que, estando pensadas para la sociedad estadounidense, estas divisiones requerirán cambios y ajustes según el país en cuestión y el tipo de comunidad concreta.

Como es natural, la descripción de Warren —o cualquier otra— debe usarse como una orientación general, no como un catálogo exhaustivo. La amplitud temática y profundidad informativa en cada tema dependerán (capítulo 6) de los objetivos perseguidos en cada evaluación, del foco analítico o interventivo del proceso y nivel sistémico considerados, de las preferencias epistemológicas y de los medios disponibles. De forma que si el foco es la comunidad como tal y el objetivo su estudio, debemos considerar con alguna profundidad el conjunto de dimensiones estáticas e históricas propuestas produciendo, si tenemos recursos suficientes, una monografía de cierta amplitud. Si se trata de conocer mejor una dimensión de la comunidad o un tema específico (el absentismo escolar o la participación local), la descripción general de la comunidad será sólo un marco para profundizar en el asunto de interés. Si trata, en cambio, como sucederá en PC con frecuencia, de intervenir, deberemos buscar un equilibrio razonable entre obtener información y actuar para no gastar toda nuestra energía y medios en la evaluación relegando la acción, pero evitando también empezar a actuar sin tener el conocimiento mínimo de la comunidad y asunto de interés. La estrategia desde el punto de vista de recolección de datos es, por lo demás, la misma: obtendremos información de conjunto y de cada dimensión relevante si se trata de hacer un plan integral para el desarrollo de la comunidad; bastará con una descripción general —de varios párrafos, normalmente— de la comunidad en su conjunto centrándonos después en el asunto de interés y sus conexiones dinámicas e históricas con la comunidad o con algunos de sus aspectos, si actuamos en un tema específico.

9. ENFOQUES ANALÍTICOS

Para estudiar la comunidad, pueden utilizarse varias perspectivas que, partiendo de ciertos supuestos sobre lo que es más importante y cómo debe ser enfocado, privilegian unos u otros aspectos sobre los demás. Siguiendo sobre todo a Sanders, distinguimos seis enfoques de análisis o estudio de la comunidad según subrayen uno u otro aspecto básico: el ecológico, ligado al lugar y su contexto; el demográfico, a la población que lo habita; el etnográfico, a la cultura o forma de vida; el social o sociológico, a los sistemas sociales; el psicosocial, a las tipologías psicosociales o psicoculturales imperantes, y el histórico. Es obvio que

© Ediciones Pirámide

los enfoques no son excluyentes sino complementarios, de forma que aunque su combinación dará una visión más *global* e *integrada* de la realidad rica y compleja que es una comunidad, el analista favorecerá uno u otro según el propósito del estudio teórico o la evaluación aplicada. En el caso concreto del psicólogo, parece aconsejable tener en cuenta los aspectos más sociales y culturales para contrapesar el más que probable sesgo «psicologista» que por su formación y punto de vista tiende a adoptar.

En el enfoque *ecológico* la comunidad es una unidad territorial que forma parte de un entorno físico y social. Interesan aspectos como: la distribución espacial de grupos y actividades sociales o de otro tipo, el ajuste de tales grupos y actividades a zonas o subáreas de la comunidad y la relación de esas subáreas entre sí o con el conjunto de la comunidad. Así, se han relacionado zonas urbanas y características relevantes de la población, como la delincuencia, la movilidad residencial y otras. Un ejemplo de este enfoque serían los estudios sobre la relación de problemas psiquiátricos y áreas urbanas del Chicago de los años treinta (por ejemplo, Faris y Dunham, 1939). Esos estudios cubren también, de alguna forma, el segundo enfoque, *demográfico*, que prima el examen de la población (características, evolución, patrones de asentamiento y movilidad, etc.) como conjunto colectivo susceptible de análisis estadístico estático y dinámico. Usa datos con frecuencia recogidos en los padrones municipales o en los censos de población.

El enfoque *cultural o etnográfico* intenta captar la comunidad como cultura o forma de vida a través de la observación participante y de la residencia prolongada en ella. La comunidad es tomada como una «representación» reducida de la sociedad en su conjunto, por lo que se puede comprender globalmente la vida social a través de sus valores, tradiciones, sistemas de significado y otros elementos culturales de la comunidad. Los «estudios de comunidad» representan este enfoque, cuya aplicación a áreas urbanas e industrializadas resulta, en principio, más problemática, aunque el análisis de White (1943) en un barrio de Chicago ilustra esa posibilidad.

La perspectiva *social* o sociológica se centra en el estudio de la comunidad como un sistema social formado por una estructura de subsistemas con funciones y pautas de intercambio e interacción dados. Los análisis de Warren (1965) y Sanders (1966) ilustran adecuadamente este enfoque. Las descripciones temáticas de la comunidad que siguen tienen una base social global, ya que es una buena forma de presentar las distintas dimensiones de la comunidad (y sus funciones) como conjunto; el riesgo de esta perspectiva es perder de vista las interacciones entre niveles (personas, grupos pequeños, asociaciones, instituciones formales, etc.), tanto o más importantes que la descripción de cada nivel o sistema.

El enfoque *psicosocial* incorpora los aspectos psicológicos en forma de tipos sociales o de «personalidad» que una comunidad (o sociedad) «produce» o atrae especialmente. La personalidad es así asumida como «puente», construido en el proceso de socialización, entre cultura y psicología. El campo clásico de «cultura y personalidad» ilustra el enfoque. Modernamente, algunos autores han tratado de trazar un cuadro psicosociológico de una sociedad o comunidad a través de los prototipos sociales representativos. Así Bellah y otros (1989) proponen el ciudadano independiente, el empresario, el gerente y el terapeuta —junto al activista social o el ciudadano interesado— como prototipos de la moderna sociedad estadounidense.

El enfoque *histórico* incorpora la dimensión temporal, integrando datos y hechos comunitarios tanto desde la perspectiva del conjunto de la comunidad como desde la individual, en forma de biografías seleccionadas o prototípicas. Se obtiene así una visión de la comunidad como realidad evolutivamente configurada por unos actores y fuerzas sociales, particularmente interesante en la intervención comunitaria en dos sentidos: 1) para ayudar a que los actuales pobladores se «apropien» de la comunidad recreando su pasado; 2) para que esos pobladores, sintiéndose actores y agentes, tomen el relevo y planteen los cambios que estimen precisos para «su» comunidad, no para una realidad preexistente con la que no perciben conexiones afectivas o vitales.

© Ediciones Pirámide

10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN INTEGRADA

Se ofrece ahora un esquema más operativo y metodológicamente asequible para recoger impresiones y datos básicos que pueden ser usados como punto de partida de una intervención o de un estudio más completo de algún aspecto concreto de la vida comunitaria. He usado el trabajo de Warren y Warren (1977, capítulo 8) como punto de partida en un proceso de recogida de información, mayormente descriptiva y cualitativa, de aspectos y procesos comunitarios clave en cuatro áreas: territorio, vida social, datos de archivo y entrevistas. El esquema incluye los tres tipos de datos —y canales de captación— básicos en toda realidad social: observación, registros escritos, entrevistas. Se trata así de evitar los típicos sesgos de la información verbal —entrevistas y cuestionarios—, que casi monopoliza la investigación psicológica, dando una visión más global e integrada de la comunidad. El proceso se organiza en tres partes cuyos contenidos son detallados en el cuadro 3.11, y está pensado, sobre todo, para comunidades urbanas.

Observación del territorio y la vida social. Se trata aquí de captar, a través de la observación, impresiones generales sobre aspectos relevantes de la comunidad haciendo, por así decirlo, un reconocimiento general de ella. Un paseo con la atención «flotante» (no focalizada y sin datos o «programa previo») por las distintas zonas territoriales y sociales (en el caso de que no sea un tejido urbano homogéneo) de la comunidad. Y que cubra los tres bloques horarios típicos —mañana, tarde y noche— a los que corresponden ritmos y actividades vitales diferentes y complementarias: actividades productivas y desplazamientos espaciales en la mañana y primera parte de la tarde (con el paréntesis de la comida), actividades recreativas y «sociales», en la tarde y noche. El aspecto de la trama urbana, calles, espacios y edificios singulares, casas, circulación, los signos y mensajes visibles y el resto de elementos indicados en el cuadro 3.11 darán una idea general no sólo del soporte territorial sino del tipo de vida social que en él se desenvuelve. Así, nombres de las calles predominantemente marinos indicarán un barrio de pescadores o dedicado —ahora o en el pasado— a la actividad marítima. La presencia masiva de carteles de compra y venta de pisos señalará un barrio en pleno desarrollo (y la probable presencia de procesos de especulación urbana y movilidad social); las ofertas abundantes de guardería y «canguro» pueden muy bien indicar la presencia de población joven en que ambos cónyuges trabajan fuera de casa. El número de padres que llevan a los hijos a la escuela dará una idea de en qué medida los hombres comparten sus tareas con las mujeres. La frecuencia de personas mayores en calles o parques indicará probablemente un barrio envejecido, y la de escolares fuera de los horarios de «recreo», problemas de absentismo; la presencia de personas con túnicas o vestimentas norteafricanas o asiáticas o de mujeres con pañuelos al estilo musulmán será un indicador aproximado de «penetración» multicultural etc.

La observación directa de la *vida social* en los distintos lugares de encuentro dará pistas fundamentales sobre el grado —y el tipo— de comunidad psicosocial existente. Las plazas, calles, mercados, bares o tiendas determinadas acostumbran a ser —en países y zonas geográficas con vida de calle, claro es— un buen observatorio para captar la comunidad existente. El número de conocidos que se encuentran las personas por la calle o con que se reúnen es un excelente indicador de sentimiento de comunidad (capítulo 5). Un barrio con una vida social intensa, donde la gente se saluda incesantemente por la calle y se para a hablar con los demás podemos asegurar con poco margen de error que tendrá un sentimiento de comunidad elevado. Uno, en cambio, en que las calles están vacías fuera de ciertas horas (determinadas por el ritmo productivo, comercial o social; así la hora del *lunch*—de 12 a 1— en las ciudades norteamericanas) y en que apenas se registra interacción visible tendrá, con gran probabilidad, un bajo sentimiento de comunidad (o bien interacción y comunidad se manifiestan, por una u otra razón, en espacios más privados).

La observación territorial y social es un buen *comienzo* para la evaluación comunitaria porque, al no interferir prácticamente con los fenómenos

© Ediciones Pirámide

CUADRO 3.11

Análisis-evaluación integrada de la comunidad

A) + B) Territorio y vida social

Observación distribuida por zonas y por bloques horarios: mañana, tarde, noche. Paseo por la comunidad con atención flotante: recoger impresiones generales

A) Territorio y entorno construido:
- Aspecto: trama urbana, calles, densidad y altura edificios, espacios abiertos, etc.
- Calles y circulación: vehículos, aspecto de la gente, fachadas, tipos de negocios, edificios y espacios singulares (escuelas, iglesias, hospitales, parques, etc.)
- Casas: disposición, construcción (materiales), habitaciones y distribución, decoración, signos y carteles (imágenes religiosas, equipos de fútbol, ídolos juveniles, etc.)
- Signos/carteles externos: en paredes, fachadas, quioscos, pancartas, carteles de identificación con la comunidad («soy del barrio»), en coches, adornos y decoración, signos de compra/venta (pisos, productos, servicios, etc.)
- Forma de vida/ritmo vital: rápido, relajado (según zonas y horarios), zonas de tránsito, zonas de reunión y descanso (plazas, parques, etc.)

B) Vida social:
- Lugares de encuentro: calles, plazas, mercados, tiendas (panaderías...), cafés, bares, etc.
- Tipología personas que se reúnen: composición por grupos, sexo, edad, aspecto
- Horarios y actividades sociales: grupos de madres tras dejar a los niños en la escuela, mayores jugando a petanca, «drogatas», ejecutivos en hora almuerzo, etc.
- Temas de conversación (si se pueden captar)
- «Índices» de vida social: número de conocidos que se encuentra una persona «media» en un trayecto típico, encuentros y saludos en la calle

C) Datos de archivo

Se encuentran en la biblioteca del barrio, archivo histórico, ayuntamiento, revistas vecinales, publicaciones de instituciones locales, etc.

- Periódicos/revistas del barrio (o la ciudad, si no es muy grande): temas básicos, puntos de vista, gente que escribe
- Publicaciones, pasquines, folletos y otros; localizables en: panaderías, mercados, centros de servicio, cafeterías y bares, biblioteca, etc.
- Biblioteca local: libros de descripción del barrio, estudios existentes, historia y tradiciones, etc.
- Revistas y publicaciones de las instituciones locales (propaganda e información): distrito urbano, ayuntamiento, concejalía o consejería, gobierno regional, centro de servicios, parroquia, etc.

D) Entrevistas (conversación)

- Figuras/líderes locales formales (políticos, gestores, etc.) e informales (líderes comunitarios, figuras profesionales, líder juvenil, etc.)
- Asociaciones de vecinos
- Maestro (director) de la escuela local
- Cura/párroco
- Asociaciones sectoriales existentes (deportivas, mujeres, jóvenes, «amigos de...»)
- Profesionales de centros locales (salud, servicios sociales, policía, centro cívico)

© Ediciones Pirámide

observados, no los modifica —como sucede en la entrevista, que implica siempre interacción con el informador y por tanto altera los datos obtenidos— ni identifica al observador como agente profesional con un papel determinado (aunque en una comunidad pequeña sea casi infaliblemente detectado como «extraño»). Utilizando varios observadores se pueden después cotejar las impresiones de cara al control de su fiabilidad o validez convergente.

Datos de «archivo». Se trata de información —actual y pasada— escrita en revistas, registros, publicaciones y otros canales (como páginas web en Internet, tablones de anuncios en centros, comercios o instituciones, etc.) sobre la historia, la cultura y la vida cotidiana del barrio; se suele encontrar en la biblioteca o archivo del barrio (si es que existe), en folletos y revistas esparcidas por las tiendas, publicaciones institucionales (ayuntamiento, distrito, gobierno regional) o revistas de las asociaciones de vecinos u otras y periódicos locales, si es que existen.

Interesa fijarse en los *temas* que aparecen y en sus *autores*. Los temas recurrentes suelen corresponder a asuntos que preocupan a la comunidad, a un sector de ella o, a veces, a un grupo minúsculo o simplemente a un autor voluntarioso que trata de «influir» en sus convecinos. La variedad de autores —y contenidos— indica, en principio, preocupaciones amplias por los problemas y vida de la comunicad; la reiteración, en cambio, de unos pocos autores —y también de algunos temas— señala, por el contrario, interés limitado por los asuntos del barrio (o, también, una mala reputación del medio escrito en cuestión). La biblioteca o archivo local suelen contener libros sobre el barrio que también existen a nivel general en algunas ciudades (por ejemplo, en Barcelona, Fabre y Huertas, 1977). Las «memorias» y revistas de los gobiernos e instituciones suelen contener tanta propaganda política como información real, por lo que hay que leerlas selectiva y críticamente. Ése puede ser también el caso de las revistas de asociaciones y grupos activistas que tienden a remachar desde su particular sesgo ideológico los problemas y reivindicaciones comunitarios y, si han intervenido para intentar resolverlos, sobredimensionar su propio papel. Los folletos y «revistas» frecuentes en los comercios y tiendas comunitarios (panaderías, peluquerías, mercados, cafeterías, etc.) se acercan más a catálogos comerciales que a órganos de información o expresión del barrio. En los centros cívicos y bibliotecas suele, en fin, encontrarse numerosa información sobre actividades y eventos culturales y sociales del barrio que darán una idea aproximada del contenido y ritmo de la vida cultural y recreativa de la comunidad.

Entrevistas. La entrevista semiformal con líderes y otras figuras que de una u otra forma representan a la comunidad redondeará las impresiones iniciales obtenidas a partir de la observación y la información escrita aportando datos adicionales en que estemos específicamente interesados y, sobre todo, puntos de vista que ayuden a interpretar, comprender y situar globalmente las impresiones e hipótesis iniciales. Las personas a entrevistar serán en principio seleccionadas tanto en función de la información que necesitemos a partir del reconocimiento y el examen de la «producción» escrita de la comunidad como de los objetivos perseguidos: podemos seleccionar algunos «informantes clave» (véase el capítulo 6) para el asunto que indagamos o bien a todas las figuras que algún informante considere clave para entender lo que sucede en la comunidad (si el número es excesivo, habríamos de usar métodos grupales, como los «grupos nominales»; capítulo 6). Genéricamente los informantes se seleccionan por su cualidad de ser «claves» por su papel político (líderes formales), posición social o por poseer un especial conocimiento del asunto de interés (los drogadictos, la historia del barrio, la inmigración norteafricana, etc.). En cada caso estableceremos una estrategia o «programa» de entrevistas —predeterminadas en su conjunto o encadenadas sucesivamente—. Figuras y papeles que en general nos interesa entrevistar incluyen tres categorías:

- Líderes formales (políticos locales, representantes de instituciones y otros) e informales (representantes de la comunidad).

© Ediciones Pirámide

- Representantes de asociaciones vecinales (relacionadas con la comunidad) o sectoriales (relacionadas con temas concretos: deporte, juventud, personas mayores, etc.).
- «Figuras» locales —si no coinciden con los líderes citados—: el director de la escuela (o un maestro especialmente informado), el cura párroco, el director del centro cívico o de servicios sociales, etc.
- Profesionales seleccionados de los centros de salud o servicios sociales locales y especialistas en el tema (expertos, universitarios, etc.).

Una secuencia típica incluirá de media docena a una docena de entrevistas comenzando por aquel informante con quien tengamos acceso más fácil o pueda aportarnos más información sobre el tema o bien con el político local más cercano al tema de interés o los profesionales o expertos relacionados con él. Estos contactos iniciales deberían poder facilitarnos el «mapa» comunitario de intereses y conocimientos sobre el tema e indicarnos con quién deberíamos entrevistarnos y con qué frecuencia incluirán al director de la escuela, el párroco, líder de la asociación de vecinos, líderes sectoriales elegidos y figuras especiales, como alguna persona mayor que puede narrar la historia del barrio, una figura carismática para los inmigrantes, etc. Sin caer en formatos extremos de selección de entrevistados como la «bola de nieve» (cada entrevistado nos sugiere a los siguientes) o el muestreo puramente aleatorio, los datos acumulados deberían darnos pistas sobre el curso de las entrevistas siguientes y cuándo detener el proceso. Es conveniente usar un *guión* mínimo de temas a tocar o puntos a aclarar en cada entrevista de tal forma que, sigamos la sistemática que sigamos, cesaremos la recogida de información preliminar cuando tengamos suficientes datos en los distintos apartados del guión para que podamos empezar el trabajo o la intervención o, simplemente, podamos responder a las preguntas que nos planteábamos. O bien habremos alcanzado un punto de «saturación» en los temas objeto de evaluación de forma que nuevas entrevistas no supondrán ya apenas aportes adicionales de datos. Otras veces el tiempo o el dinero se acaban, en cuyo caso podemos dejar cuestiones abiertas para aclarar si más adelante tenemos la oportunidad.

El conjunto de la evaluación comentada debería poder ser realizado por un equipo reducido de personas a lo largo de unas pocas semanas, y su resultado sería un cuadro general de la comunidad que permita comenzar a intervenir o, según el caso, a profundizar antes en algún aspecto concreto a aclarar.

11. CÓMO «CONSTRUIR» COMUNIDAD

Ya se han mencionado en los apartados anteriores (sobre todo en el relacionado con el «desarrollo de la comunidad») diversas formas de mejorar la comunidad a lo largo de sus dimensiones básicas o más concretas. Recogemos aquí (cuadro 3.12) algunas condiciones necesarias para la existencia de la comunidad o bien útiles para guiar el diseño urbanístico y la política social que facilitan el desarrollo en el tiempo de la comunidad social y cultural.

CUADRO 3.12

Cómo «generar» comunidad

- Tamaño población medio: espacio humanamente «caminable»
- Urbanismo: exceso de dispersión horizontal o elevación vertical de las viviendas dificulta interacción y comunicación
- Distancia media entre viviendas razonable
- Población y densidad poblacional mínima
- Mínimo de historia y elementos culturales compartidos
- Existencia lugares de encuentro (plazas, parques, aceras...)
- Zonas peatonales: uso excesivo de coches que dificulta la relación
- Fomentar actividades que faciliten la interacción y representen intereses comunes
- Facilitar «apropiación» de calles, uso servicios y lugares semipúblicos
- Facilitar identificación con valores, figuras y símbolos locales

© Ediciones Pirámide

Espacio humano «caminable». Si entendemos la comunidad como un *espacio territorial y social* de tamaño medio que permite el encuentro «cara a cara» y la interacción personalizada, debería ser «caminable», de forma que pueda ser transitada y recorrida a pie por las personas que lo pueblan. Ello lleva aparejado:

- Un *urbanismo de densidad media* alejado tanto de los excesos de la concentración vertical («rascacielos») como de la dispersión horizontal, ya que ambos extremos dificultan la comunicación e interacción humanas. Es ideal, por tanto, una distancia razonable entre viviendas que permita la intimidad personal y familiar pero no coarte la interacción vecinal en las escaleras de vecinos y entre viviendas o edificios.
- Una densidad y tamaño poblacional mínimos por debajo de los cuales prima el control social excesivo sobre la interacción humanizada y enriquecedora. Pero evitando, en el otro extremo, las grandes aglomeraciones, enemigas de la comunidad; las «megaciudades» de berían estar organizadas en barrios o áreas más pequeñas que se acerquen al ideal comunitario en lo territorial, social, cultural y político: tengan su propia «personalidad» y trama territorial, permitan la interacción, puedan alcanzar un perfil cultural diferenciado y tengan cierta capacidad de autogobierno y permitan el control de los ciudadanos en el área incluida.

Un mínimo de historia y cultura compartida sin la que difícilmente podemos hablar de comunidad. Eso significa que las nuevas poblaciones o barrios necesitarán un proceso de convivencia y confrontación de retos en común para constituir algún tipo de entidad cultural y socialmente coherente. La existencia de distintas culturas en el mismo espacio precisará en general un proceso más largo de intercambio y búsqueda de equilibrio entre lo común y lo diferencial, cuyas dificultades llevan con frecuencia a las urbes pluriétnicas a constituirse en mosaicos en que las distintas culturas o grupos sociales conviven juntos pero segregados unos de otros y con mínimos espacios de intercambio pero también de fricción y conflicto. La identificación con valores, figuras y símbolos locales puede facilitar el proceso de integración cultural, aunque mi punto de vista es, en este sentido, *no intervencionista*: la cultura se genera —y se comparte, o no— desde abajo. La intervención desde arriba suele llevar a la homogeneización cultural o al dominio de las pautas de un grupo social; también el propio «mercado» puede acabar «imponiendo» unos contenidos culturales que de una u otra forma están ligados a ciertos intereses políticos o comerciales.

Facilitando la interacción. La existencia de lugares de encuentro, zonas de paseo que excluyen el coche (enemigo de la relación y el encuentro), el fomento de las actividades y espacios que faciliten la relación y representen símbolos comunes (no particulares; como las escuelas, iglesias, parques, plazas, etc.) y la facilitación de la «apropiación» por parte de la gente de los espacios públicos o semipúblicos también ayudan a generar relación y por tanto comunidad. La suciedad, delincuencia o falta de condiciones higiénicas o de iluminación pueden hacer más difícil que la gente use determinadas calles, zonas o plazas. La eliminación de esas condiciones es una condición previa para su «apropiación». La *participación efectiva* de la comunidad y sus representantes en el diseño, *gestión y cambio de la comunidad* son, sin embargo y con toda probabilidad, más importantes para desarrollar y mantener un verdadero sentido de propiedad del territorio, sus espacios y actividades. Ello remite inevitablemente a la *democratización* real de la política urbanística, con demasiada frecuencia dominada por grupos empresariales estrechamente aliados con los partidos políticos, que hacen valer sus intereses sobre las verdaderas necesidades o deseos del conjunto de la comunidad. Así es que, una vez más, comunidad y política, comunidad y poder, están mucho más asociados, y son más interdependientes, de lo que podría en un principio parecer. Es una buena razón para incluir, como se hizo más arriba, una dimensión política como parte de la comunidad y para reconocer, como se hará en el capítulo 4, el empoderamiento como una de las bases teóricas de la acción comunitaria.

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. Pese a ser su *centro* conceptual, el tema de la comunidad ha sido *subestimado,* cuando no ignorado, en el campo que se ha desarrollado, como una *PC* «sin comunidad».
2. La *modernización* tecnológica y social ha *debilitado* y desconcentrado la *comunidad* social y territorial causando desintegración social, desarraigo personal y fragilidad relacional. Ha generado, también, un movimiento social de rechazo de los excesos de modernidad, racionalismo y capitalismo, acompañado de una *reivindicación* de la comunidad como forma de vida más humana y solidaria, que es el sustrato ideológico de la PC en los países industrializados. Las tendencias disolventes y racionalistas se acentúan con la globalización neoliberal y son contestadas por renovadas exigencias de la comunidad como fuente de pertenencia, sentido e identidad.
3. El concepto de comunidad ha sido usado con varios significados que pueden ser ordenados a lo largo de un *continuo* cuyos extremos «duro» y «blando» se identifican respectivamente con la comunión de las personas con un «nosotros» totalizador y con una red de relaciones entre individuos (sin verdadera comunidad). La *polivalencia semántica* de la comunidad es explicada, también, por las distintas dimensiones (y tipologías; epígrafe 8) abarcadas por el concepto.
4. La comunidad es una *agrupación social primaria, natural, cálida,* basada en la *experiencia común*, opuesta a la asociación, agrupación secundaria, «fría», racionalmente construida sobre intereses compartidos. La sociedad moderna prima los grupos asociativos sobre los comunitarios, lo que produce un desequilibrio deshumanizador y generador de problemas sociales que la reivindicación de comunidad busca reducir.
5. La comunidad se puede definir como un grupo social *arraigado, autoconsciente* e integral y como una forma de *solidaridad natural*, no interesada; constituye el contexto territorial, psicológica y socialmente más *cercano* a las personas que, como espacio «caminable» que permite la interacción cara a cara, configura *un tejido social denso* de relaciones, vínculos y cultura compartida.
6. Se precisa una *nueva síntesis* y reafirmación de la comunidad que, manteniendo la fidelidad al espíritu transformador de la PC, sea viable en el mundo actual. La comunidad sería así un *tejido social de vinculación, reciprocidad y comunicación mutua* en que los *individuos*, lejos de ser «átomos» aislados y temerosos de los demás, están *interconectados* porque desean estar con los otros: individuo y comunidad conviven y se alimentan mutuamente a través de la *relación interpersonal y el desarrollo de confianza* mutua que tienen un papel constituyente tanto de la persona como de la comunidad. Se reconoce también a la *acción colectiva un papel emancipador* inasequible al individuo aislado y las verdaderas *diferencias* sociales y culturales.
7. La comunidad es un *intermediario* básico entre *individuo* concreto y *sociedad* global y abstracta, y se *diferencia* por el papel básico del territorio como generador de relaciones y organizador de la vida social; cumple funciones sociales (como producción y distribución de bienes, apoyo social, control y participación social) con relevancia local.
8. Analíticamente se distinguen tres *dimensiones* básicas (con sus componentes psicológicos): *territorial* (arraigo), *psicosocial* (vínculos y relaciones) y *sociocultural* (cultura compartida); se puede añadir una cuarta dimensión, la *política* (poder colectivo). El predominio de cada dimensión define un *tipo* de comunidad (de lugar, afectiva y cultural) y permite guiar el desarrollo comunitario a lo largo de cada eje: territorial, relacional, cultural y político.

© Ediciones Pirámide

9. La *descripción* de una comunidad real debe incluir un conjunto más amplio de *componentes* y aspectos concretos: territorio y contexto natural, entorno construido y organización urbanística, vida económica, población y estructura social, sistemas político y judicial, educación, salud, protección social, ocio y recreo y vida religiosa. El grado de detalle descriptivo dependerá, también, de los objetivos planteados y medios disponibles en cada caso: una intervención sectorial o sobre un tema concreto no precisa un estudio exhaustivo de todos los componentes.
10. Existen varios *enfoques* complementarios, cualitativos y cuantitativos, de *estudio* de la comunidad según el punto de vista adoptado y el aspecto resaltado: *ecológico* (entorno físico y construido), *etnográfico* (comunidad como forma de vida integral), *social* (estructura y sistemas sociales interdependientes), *psicosocial* (tipos humanos característicos en cada comunidad) e *histórico* (evolución dinámica fruto de la acción de actores sociales).
11. Puede realizarse una *evaluación* intermedia y orientada a la *práctica* de la comunidad que combina e integra cuatro tipos de información complementaria obtenida con distintos métodos: *observación* del *entorno construido* y la *vida social*, *análisis* de *información escrita* sobre la comunidad y *entrevistas* semifocales con líderes y *figuras* de interés social e informativo de la comunidad.
12. La *construcción* o desarrollo de comunidad tiene una serie de condiciones y se favorece por una serie de procesos que incluyen un *espacio humanamente «caminable»* (edificación y población de densidad media), un *mínimo* de *historia* y elementos *culturales* compartidos desde la experiencia y acción colectiva y una serie de disposiciones que *faciliten la relación* social: lugares de encuentro, minimizar el uso del coche, facilitar la *apropiación del espacio* y del poder por medio de la *participación* de los miembros de la comunidad y la democratización de la política municipal.

TÉRMINOS CLAVE

- Comunidad
- Declive de comunidad
- Comunidad y asociación
- Búsqueda de comunidad
- Comunidad territorial
- Comunidad psicosocial
- Comunidad sociocultural
- Comunidad política
- Desarrollo de comunidad política
- Análisis y evaluación de la comunidad

LECTURAS RECOMENDADAS

Sanders, I. T. (1966). *The community: An introduction to a social system* (2.ª edic.). Nueva York: Ronald Press.
Descripción general de la comunidad y sus sistemas y procesos básicos.

Warren, R. B. y Warren, D. I. (1977). *The neighborhood organizer' handbook*. Notre Dame: University of Notre Dame.
Guía sintética de la organización comunitaria, con un espléndido capítulo (el 8) para el «diagnóstico» de la comunidad.

Warren, R. L. (1965). *Studying your community*. Nueva York: Free Press.
Guía detallada para estudiar una comunidad.

© Ediciones Pirámide

Otros conceptos: desarrollo humano, empoderamiento, cambio social, problemas sociales

4

1. CARÁCTER Y PANORÁMICA DE LA TEORÍA COMUNITARIA

«Mapa» conceptual de la PC. Una buena manera de identificar las ideas teóricas de la PC es revisar la definición que del campo y su misión se hizo en el capítulo 2: allí deberíamos poder encontrar los intereses y preocupaciones teóricas relevantes del campo. Retomando y resumiendo lo allí explicado, podríamos decir que la PC se ocupa de promover el *desarrollo humano* integral —y *prevenir* los *problemas sociales*— en base a la *comunidad* territorial y psicosocial y por medio de un *cambio social participativo* (realizado por sujetos *socialmente activos*) en que el psicólogo tiene un papel de *promotor* de *recursos* comunitarios y dinamizador social en pos del *empoderamiento* colectivo. He realzado en cursiva los conceptos teóricos y operativos básicos: comunidad y problemas sociales, en la parte más descriptiva o analítica; cambio social, desarrollo humano, desarrollo comunitario, participación, empoderamiento o *empowerment*, prevención y activación (o movilización) social, en la parte más operativa o metodológica; se puede añadir la salud mental positiva, como noción proveniente de la salud mental comunitaria y cercana al desarrollo humano. Si, en fin, hubiéramos de reducir esas nociones teóricas a las fundamentales de la PC, quedarían tres: comunidad, desarrollo humano y empoderamiento.

Antes de explicarlas, debemos aclarar algunas características de la teoría comunitaria y su papel en la PC, que son complementadas en el capítulo 5 al describir la investigación comunitaria y sus notas distintivas. Se trata del carácter social y psicosocial de esos conceptos y modelos, de su relación con la realidad social de que emergen, de su orientación práctica y del tipo de «materiales» que la componen, muy ligado a las funciones que la teoría cumple en la acción social (cuadro 4.1).

1.1. Nivel mesosocial y multifuncionalidad: explicación, intervención y valoración

Los conceptos y teorías comunitarias deben *diferenciarse* de los de la *psicología individual*, pensados para describir y cambiar personas individuales: necesitamos ideas y teorías de carácter social, no individual, apropiadas al nivel comunitario de análisis y cambio. Esto es, por un lado, conceptos y modelos —sistémicos, ecológicos y otros— que, por contemplar los fenómenos en su globalidad, llamaré *sociales*: la comunidad, los problemas sociales, el cambio social o la movilización colectiva. Por otro, modelos —adaptativos, relacionales, otros— que, al darse en un nivel social medio y centrarse en el contexto social de las personas, la interacción entre esas o su relación con el contexto, llamamos *psicosociales*: salud positiva, desarrollo humano, empoderamiento o participación (cuadro 4.2). Notemos que esta distinción —como otras que se harán aquí— es

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.1

Características de la teoría psicológico-comunitaria

1. Debe ser apropiada para el nivel comunitario, no individual, de comprensión y acción: modelos sociales y psicosociales
2. Relacionada con la realidad social de que emerge y que «refleje» la ideología (y epistemología) de quien la formula
3. Ligada a la acción y la práctica, no sólo a la explicación y comprensión: modelos operativos y descriptivos
4. Los conceptos teóricos fundamentan estrategias interventivas y áreas de trabajo
5. Compuesta de conceptos, modelos y valores con funciones respectivas de focalizar análisis y acción, relacionar conceptos y evaluar conceptos y objetivos de acciones

CUADRO 4.2

Conceptos y modelos teóricos comunitarios

	Conceptos analíticos	**Modelos-métodos operativos**
Psicosociales	Salud mental positiva	Desarrollo humano Empoderamiento/*empowerment* Participación
Globales	Comunidad Problemas sociales	Cambio social Desarrollo comunitario Prevención Activación/movilización social

relativa y orientadora, no absoluta y cerrada: ciertos conceptos pueden, según sean concebidos o qué parte de ellos tomemos, ser situados en uno u otro apartado. Así, prevención o activación social pueden ser perfectamente entendidos como fenómenos psicosociales ligados a procesos de cambio o animación personal, pero también, y si se toman en su globalidad, como fenómenos sociales cuya vertiente psicosocial es sólo una porción. En PC interesa, lógicamente, la vertiente psicosocial de los fenómenos globales más apropiada —junto a los modelos psicosociales— para la visión —y misión— social intermedia propia del campo. Así, interesa el sentimiento de comunidad como percepción psicosocial de la comunidad o la visión —aspecto, nivel, etc.— psicosocial del cambio social global. Sobreentendemos en ambos casos que el aspecto psicosocial no agota el fenómeno global, aunque sí aporta una visión específica y relevante de él.

Si aceptamos la observación de W. Mills (1959) de que la teoría social debe reflejar de alguna manera la realidad de la que emana, las ideas teóricas habrán de variar según la *realidad social* en que se han formulado y la visión ideológica global que se adopta frente a ella. Habríamos de esperar, entonces, que los conceptos comunitarios de la PC en el *norte* y el *sur* presenten énfasis o diferencias relevantes, algo que, como vimos en el capítulo 2, sucedía. En efecto, mientras que las versiones «norteñas» de la PC reflejaban los intereses más clínicos e individualistas del campo centrándose en el desarrollo humano, la salud mental positiva o los problemas psicosociales (pérdida de comunidad, fragmentación social, etc.) ligados al industrialismo, las versiones latinoamericanas (como la PSC) usaban modelos marxistas, educativos o psicosociales ligados a la concienciación y activación social, el cambio social radical y el desarrollo comunitario, esperablemente más apropiados para los problemas «preindustriales» de pobreza y desigualdad, propios de la región.

© Ediciones Pirámide

Puesto que la PC busca cambiar la comunidad y no sólo entenderla, todos sus conceptos y modelos teóricos tienen un componente *operativo* (D'Aunno y Price, 1984). La distinción entre elementos teóricos analíticos y operativos, trazada en el cuadro 4.2, es, por tanto, relativa, más cuestión de grado que de carácter. De forma que algunos «materiales» teóricos (en realidad *conceptos* focales) son más *sustantivos*, nombrando «algo» que tratamos de describir o entender y teniendo un papel y potencial teórico más *analítico*: la comunidad, los problemas sociales, la salud mental positiva. En cambio otros «materiales» (sobre todo *modelos* teóricos que relacionan unos conceptos con otros) están pensados para actuar, por lo que los clasifico como *operativos*: prevención, activación social, cambio social, empoderamiento y desarrollo humano y social. El caso del desarrollo humano y social es particular; los he situado en la parte operativa porque los modelos de que *realmente* disponemos —como vemos más adelante para el modelo de suministros— son prácticos o interventivos: describen estrategias y operaciones para conseguir el desarrollo de las personas o de las comunidades, sin explicar realmente el *concepto* de persona o comunidad *desarrollada* que buscamos, que constituiría la noción teórica de base.

La orientación práctica de la PC determina que, en general, conceptos teóricos y *modelos* operativos acaben estando *vinculados*, de forma que un concepto fundamenta un *ámbito* de *actuación* y una *estrategia* de trabajo. Así, el concepto de salud positiva está ligado al ámbito (y la estrategia) de promoción de la salud y prevención (capítulo 12); la comunidad, al desarrollo comunitario; el empoderamiento y la participación, a la organización comunitaria y el desarrollo político, etc. Lo mismo sucede con la teoría e investigación más clínico-comunitaria, en la que el estrés está ligado a la prevención; el apoyo social, a la ayuda mutua, o la competencia, al fomento de habilidades personales.

Las distintas *funciones* que cumple la teoría social (Sánchez Vidal, 2002a) nos permiten hacer explícita una distinción ya usada en los párrafos anteriores en relación a los distintos «materiales» teóricos manejados, a la que añado la dimensión valorativa, también presente en ellos. Tendríamos así tres «tipos» de «materiales» teórico-prácticos (o, mejor, tres dimensiones presentes en cada uno y que varían según su función principal).

- *Conceptos*: comunidad, desarrollo humano o cambio social; identifican y nombran ideas y fenómenos de interés en torno a los que se articula un campo teniendo como función general focalizar en ellos la atención del estudioso o el practicante.
- *Modelos teóricos* u *operativos* que, al especificar las relaciones de un concepto o fenómeno con otros, no sólo hacen relacionalmente explicable o comprensible a aquél, sino que permite predecir los efectos de su manipulación intencionada: la intervención racional. El conocimiento de las relaciones entre los conceptos de cambio social, prevención, participación, problemas sociales y desarrollo humano habría de hacer posible «pasar» de unos fenómenos a otros permitiendo prevenir los problemas psicosociales a partir del cambio social participativo (capítulo 2) o alcanzar el desarrollo humano haciendo una serie de aportaciones —físicas, psicosociales y socioculturales— en unas condiciones específicas («modelo de los suministros»).
- *Valores*. Pero empoderamiento, desarrollo humano o activación social no son sólo elementos teóricos valiosos por su poder focalizador, explicativo o predictivo, sino también por su deseabilidad o bondad inherente, lo cual nos permite asignarles una valencia ética o social fundamental a la hora de fijar los objetivos de las intervenciones y de realizarlas.

De manera que los materiales teóricos psicocomunitarios contendrán esas dimensiones o cumplirán

© Ediciones Pirámide

esas funciones —conceptual, relacional y valorativa— en mayor o menor grado, siendo los más «potentes» aquellos en que, como «la comunidad», el «desarrollo humano», el «empoderamiento» o la «activación social», confluyen las tres dimensiones o funciones, aunque predomine una u otra.

- *Relevancia* social y teórica que los convierte en núcleos conceptuales necesarios para focalizar los análisis en muchos casos y situaciones.
- Red de *relaciones* amplia y/o robusta que los liga a otros fenómenos comunitarios de interés y les otorga poder comprensivo, explicativo y predictivo y, si además se pueden manipular efectivamente, importancia interventiva.
- Valor ético o social, que los convierte en *ideales* orientadores de la acción comunitaria y, por tanto, referentes para marcar tanto sus objetivos como la forma de actuar; la intervención comunitaria perseguirán prioritariamente, según eso, el desarrollo de la gente o su empoderamiento, la comunidad psicosocial o la activación social.

Panorámica. Del conjunto de conceptos y modelos teóricos útiles para la PC, algunos son examinados en capítulos venideros al hilo de campos de actuación o enfoques operativos a los que están ligados: la prevención (capítulo 12); la participación, en el capítulo 8. Otros, como la comunidad, son tan centrales que hemos necesitado examinarlos para definir la PC; su vertiente psicosocial, el sentimiento de comunidad, es explicado en el capítulo 5. Este capítulo se centra en cinco conceptos y modelos específicos de la PC: salud mental comunitaria (ligado a la corriente clínico-comunitaria y fronterizo con el desarrollo humano), *empowerment* o empoderamiento, desarrollo humano, cambio social y problemas sociales. Otras nociones y operaciones (estrés, apoyo social, competencia), más periféricas, pueden ser revisadas en la literatura de salud pública o la de salud mental comunitaria (por ejemplo, Bloom, 1984) o en la edición anterior (Sánchez Vidal, 1991a) de este libro. La exposición resume lo ya escrito (Sánchez Vidal, 1991a y 2002a) utilizando autores relevantes como Rappaport (1977; capítulos 3, 4, 5 y 6), Bloom (1984), Caplan (1964/1979; Caplan y Killilea, 1976); Gibbs y otros (1980); Heller y otros (1984), Kofkin (2003), Levine y Perkins (1987), Martín y otros (1988), Nelson y Prilleltensky (2005) y Rappaport y Seidman (2000); todos ellos pueden ser consultados para ampliar el conocimiento de los temas tratados. El espacio dedicado al empoderamiento es, por el contrario, ampliado por el interés que el concepto ha despertado en PC y en otros campos y su expansión teórica y práctica en los últimos años.

2. SALUD MENTAL POSITIVA

La salud mental positiva es la idea directriz de la línea clínico-comunitaria que, aunque comparte con la clínica el acento individual, se diferencia de ella en la orientación positiva de recursos, propia de lo comunitario. Si se pudiera (que, como veremos, no siempre se puede) «estirar» conceptualmente la idea de salud mental positiva, estaríamos muy cerca del concepto más amplio y social de desarrollo humano.

Salud integral, no enfermedad médica. La noción de salud mental positiva se propone como *alternativa al modelo médico* de trastorno mental dominante en la clínica psicológica. Como se vio en el capítulo 1, dicho modelo se juzga inviable para el trabajo comunitario en salud mental por concebir los problemas mentales como enfermedades y tratarlas por medio de fármacos e internamiento hospitalario que desarraigan a los afectados de su entorno comunitario cronificando sus dolencias y generando etiquetas socialmente estigmatizadoras. La prevención y la atención integral, integrada y comunitaria de los problemas psiquiátricos exigen, como indicamos, conceptos y enfoques nuevos que europeos y estadounidenses desarrollan en el contexto de cambio social y cultural de los sesenta del siglo pasado y en paralelo con las ideas positivas de salud auspiciadas por la salud pública y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se rechazan las concepciones negativas de salud como ausencia de enfermedad o normalidad estadística o

© Ediciones Pirámide

social a favor de concepciones positivas y amplias en que la salud es vista como *proceso dinámico* ligado al contexto y como un estado ideal y positivo a perseguir. La OMS define la salud como *el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad;* esa definición basa un modelo «biopsicosocial» de atención que hace explícitas las vertientes psicológica y social de la salud humana minimizadas, si no ignoradas, en el modelo médico tradicional.

Es en este contexto y dentro del movimiento comunitario estadounidense cuando en 1958 Marie Jahoda, sintetizando ideas previas, elabora una propuesta sobre salud mental positiva en un libro todavía útil y de interés siempre que no se olvide que está pensado para individuos, no para comunidades. Considera esa propuesta la salud mental positiva como un atributo —o comportamiento— *personal,* no colectivo, de forma que, desde ese punto de vista, sería impropio hablar de «patología social» o de «salud comunitaria». Reconoce, sin embargo, que el entorno social y cultural puede facilitar o dificultar la consecución de la salud, a través de las normas para evaluar el comportamiento saludable que, lejos de ser fijas y objetivas, varían con el lugar, el tiempo, la cultura y las expectativas de cada grupo social.

2.1. Criterios

Jahoda presenta seis dimensiones o criterios de salud mental positiva, cada uno de los cuales puede ser tomado como un continuo con un extremo positivo de salud y uno negativo de trastorno o enfermedad. Son los siguientes (resumidos en el cuadro 4.3):

Actitud positiva hacia sí mismo (self) reflejada en la autoaceptación y la confianza en uno mismo y en la capacidad de valerse por sí mismo, independientemente de los demás. Esa actitud positiva hacia sí mismo incluye los siguientes aspectos.

- Acceso pleno a la conciencia de sí, sin áreas o sucesos inaccesibles o de acceso limitado por resultar su rememoración consciente dolorosa o inaceptable para el sujeto.
- La objetividad y corrección del concepto de sí mismo, libre de distorsiones ligadas a procesos patológicos o necesidades irracionales.
- La aceptación de uno mismo tal y como es, no como le gustaría ser.
- Una identidad integrada (sólo alcanzada en la edad adulta) que incluye una «mismidad» y continuidad interna identificables con un «sí mismo» continuo y estable a través de los cambios del entorno.

Crecimiento, actualización y desarrollo del potencial personal implícito. Cubre tres dimensiones:

- Autoconcepto positivo (el criterio anterior).
- *Proceso* motivador que guía a una persona hacia fines, valores e intereses vitales positivos que trascienden la mera subsistencia existencial. La persona usa sin restricciones sus capacidades potenciales, no limitándose a «vegetar» o satisfacer sus necesidades, y se orienta hacia el futuro, no hacia el pasado.
- «*Inversión» en la vida,* incluyendo la capacidad de «extenderse» positivamente hacia los demás, hacia el trabajo y hacia ideales, metas o estándares morales.

La persona autorrealizada o madura se caracteriza por un alto grado de desarrollo y diferenciación y por ser capaz de comportarse de un modo eficiente y guiado por fines vitales preestablecidos.

Integración: grado en que las fuerzas o tendencias psicológicas están equilibradas en los procesos e interacciones sociales, de manera que la persona tiene una *perspectiva vital unificada* e integrada que aporta coherencia objetiva y significado subjetivo al conjunto de sus actividades vitales. Y cuenta, también, con una resistencia al estrés y una tolerancia para la frustración que evita desequilibrios internos significativos o riesgo de desintegración del *self* (aspecto este ligado a los criterios de autonomía y de dominio de entorno).

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.3

Criterios de salud mental positiva (modificado de Jahoda, 1958)

Criterio	Descripción
Actitud positiva hacia uno mismo	Contacto con uno mismo (acceso a la conciencia) Percepción correcta de sí mismo *(self)* Autoaceptación Identidad integrada: «mismidad» y continuidad de sí mismo
Crecimiento actualización personal	Proceso motivador: sujeto guiado por valores/metas positivos y trascendentes «Inversión» en la vida y extensión hacia los demás y hacia valores positivos
Integración equilibrio interior	Perspectiva vital unitaria Relación flexible entre fuerzas internas Resistencia al estrés
Autonomía razonable	Proceso: capacidad autorregulación y toma decisiones según valores y normas internalizados Resultado: funcionamiento vital autónomo de demandas y presiones del entorno
Percepción correcta realidad	Sin distorsiones significativas por demandas/presiones externas o necesidades internas Sistema de prueba de la realidad eficaz Capacidad de empatizar con otros
Dominio, maestría razonable del entorno	Capacidad experimentar comunidad y relaciones interpersonales satisfactorias Capacidad solución problemas Adaptación al entorno y sus cambios Conducta eficiente para satisfacer demandas y alcanzar metas

Autonomía en su doble aspecto de proceso —capacidad de autorregularse y tomar decisiones de acuerdo con normas, valores y principios internos— y de comportamiento estable y relativamente independiente de las demandas y presiones del entorno físico, psicológico o social. La autonomía está ligada —en su fundación estructural personal— al criterio anterior y, también, al de dominio del entorno.

Percepción correcta de la realidad, que comprende dos procesos complementarios.

- Percepción razonablemente objetiva del entorno —y de sí mismo— de acuerdo con normas —preestablecidas o consensuadas— independientes de las propias necesidades. Es decir, el sujeto cuenta con un sistema autónomo y eficiente de *verificación de la realidad (reality testing)* para comprobar la correspondencia o discrepancia entre la realidad externa y los propios deseos o necesidades.
- Capacidad de experimentar —y usar efectivamente— la *empatía* y sensibilidad *social* y de respetar los sentimientos, ideas y valores de los demás. Asumimos que la percepción es un fenómeno social, cuya corrección es precisa para una interacción realista y eficaz con el entorno: mientras que la percepción incorrecta genera una relación egocéntrica e ineficiente —guiada por nuestros deseos o necesidades— con aquél, la visión correcta permite reconocer la conducta real de los demás y relacionarse adecuadamente con ellos.

© Ediciones Pirámide

Dominio (mastery) del entorno en la doble calidad de proceso de relación con ese entorno y de resultado exitoso del proceso evidenciado por la presencia de capacidades o cualidades como: la capacidad de amar y de experimentar placer sexual, la adecuación en las relaciones interpersonales o afectivas significativas y la capacidad de sentir comunidad con otros; la adecuación en el amor, el trabajo y el juego como formas básicas de relación de la persona con su entorno; la eficiencia para satisfacer demandas y requerimientos razonables del entorno sin hacer daño a otros o violar los otros criterios de salud mental positiva; la adaptación al entorno y a sus cambios, incluyendo la capacidad de modificarse uno mismo y la de modificar el entorno que vaya más allá de la mera acomodación a ese entorno, y la capacidad de resolver problemas y enfrentarse a dificultades vitales cotidianas.

Salud positiva, autorrealización personal, desarrollo humano y PC. La salud mental positiva es, como se ve, un concepto *multidimensionado*, cuya evaluación ha de incluir el conjunto de dimensiones o criterios, no sólo uno o varios de ellos. Tampoco podemos olvidar que salud o bienestar no son siempre cuestiones de máximos (a mayor autonomía o control del entorno, más salud) sino, con frecuencia, de *óptimos*: la autonomía ideal no es, en nuestra cultura, la independencia total del entorno y de sus demandas —no deseable en cuanto supone un egocentrismo e insensibilidad extremos—, sino un equilibrio razonable entre autorregulación y apertura y flexibilidad ante las demandas del entorno. El mayor problema con esta noción es, sin embargo, su *carácter psicológico*: está pensada para las personas individuales —cuyas cualidades ideales describe con acierto—, *no* para comunidades o colectivos. Y al excluir aspectos sociales básicos como las relaciones interpersonales, el poder, los valores, las costumbres, la conformidad social y el deseo de pertenencia y conformidad social, impide entender apropiadamente la realidad comunitaria y guiar los cambios consecuentes.

Algo similar sucede con otras ideas de salud positiva —de procedencia médica— y de desarrollo o madurez personal ligados a la corriente psicológica humanista (Allport, 1961; Maslow, 1971; Quitmann, 1989): son modelos ideales de persona, no de comunidad o sociedad, que, aunque pueden marcar orientaciones analíticas y operativas *positivas*, resultan *insuficientes* para entender a, o trabajar con, comunidades y grupos sociales. De forma que, aunque tales ideas pueden servir de base para elaborar un concepto sustantivo de desarrollo humano, como modelos *psicológicos* que son, necesitan del injerto de otros modelos más sociales que, como el de suministros de Caplan, incluyan aspectos sociales y culturales relevantes.

3. DESARROLLO HUMANO Y SUMINISTROS SOCIALES

Gerald Caplan (1964-1979), destacado propulsor y practicante comunitario norteamericano, ha propuesto un modelo operativo del desarrollo humano que —a diferencia de los modelos deficitarios o negativos— describe en líneas generales (como un «mapa a gran escala») los determinantes —suministros o aportes— de ese desarrollo. La asunción de base es que los individuos tienen una capacidad de desarrollarse que puede ser «activada» mediante la aportación externa de aquellos «suministros» *(supplies)* de que carecen. El desarrollo humano sería así el resultado de «sumar» a las capacidades individuales los aportes externos. Esos aportes pueden ser positivos o negativos, de manera que pueden añadir potencialidades operativas a las de los sujetos o —si son negativos o inadecuados— «restar» posibilidades de actuar a las que aquéllos ya po-

© Ediciones Pirámide

seían. Los aportes o suministros se agrupan en tres categorías, que cubren toda la gama de necesidades y potencialidades por desarrollar de las personas: físicos, psicosociales y socioculturales. El cuadro 4.4 sintetiza las asunciones, principios de funcionamiento y contenido del modelo de suministros.

Suministros físicos. Aseguran el crecimiento corporal, mantenimiento de la salud y protección del daño externo. Incluyen alimentación, vivienda, entorno y medio ambiente, estimulación sensorial y disponibilidad del ejercicio físico (y, se podría añadir, dinero).

Suministros psicosociales. Se ocupan de la estimulación y desarrollo *intelectual y afectivo* de la persona logrados en base a la relación interpersonal con miembros significados de la familia, los iguales o pares *(peers)* y los superiores jerárquicos en la escuela, la iglesia y el trabajo. Los aportes son «transmitidos» por la influencia ejercida en los *intercambios cara a cara* entre cada individuo y las personas («otros significativos») con que se compromete emocionalmente y con las que desarrolla relaciones continuadas y duraderas. Estos suministros ayudan a satisfacer las necesidades interpersonales, obtener información y desarrollar papeles sociales según patrones establecidos. En tales interacciones se intercambian —se reciben *y* también se aportan— tres tipos de suministros:

- *Amor/*afecto, que contribuye al desarrollo de la autoestima y la seguridad en sí mismo.
- *Control,* limitación y responsabilidad (aprendizaje de reglas, límites y consecuencias); aportes normativos ligados al mantenimiento de la autoridad y las normas sociales.
- *Participación* en la actividad *social* a través, por ejemplo, del grado de independencia o apoyo de otros al afrontar una tarea. Habría que añadir como contenido relevante de estos suministros la forma en que se desarrolla esa participación: cooperación y colaboración —que fomenta la solidaridad e interdependencia— o competición —que fomenta la autonomía individual.

Cada contenido se intercambia preferentemente en uno u otro *contexto relacional.* Los aportes afectivos, en la familia (rol materno); los normativos jerárquicos, primariamente en la familia (rol paterno) y secundariamente en la escuela y el trabajo; los aportes normativos cooperativos, en el grupo de iguales. Y así sucesivamente.

En una relación «sana», la persona percibe, respeta y trata de satisfacer las necesidades de los otros a través de intercambios conformes con sus respectivos papeles sociales y valores culturales. En una relación en que la provisión de aportes psicosociales es inapropiada, la persona se relaciona con quienes no pueden satisfacer esas necesidades, no la respetan o tratan de manejarla para satisfacer sus propias necesidades. También la interrupción de una relación positiva por la muerte, enfermedad o abandono de la otra persona causa el cese de los aportes psicosociales.

Suministros socioculturales. Comprenden el efecto de la estructura social y las costumbres culturales transmitidas tanto desde «la sociedad» global (medios de masas, educación formal y otros) como desde grupos o agentes sociales más concretos: la familia, la comunidad, los «otros significativos», etc. Estos suministros «fijan» la posición de los individuos en la estructura social y le permiten orientarse, avanzar en ella y desarrollarse como miembros de colectivos que conocen y pueden utilizar conscientemente —y contribuir a cambiar— las normas y pautas sociales y culturales. Los aportes socioculturales incluyen: percepciones y expectativas, valores y significados, normas y reglas sociales, poder personal y colectivo y pautas de comportamiento.

Crecer en un grupo aventajado de una sociedad estable y con suministros socioculturales claros y «funcionales» en esa sociedad facilitará el desarrollo humano. Hacerlo en un grupo marginal, una sociedad inestable o con suministros socioculturales inexistentes, ambiguos, contradictorios o socialmente inadecuados dificultará el desarrollo humano. Los suministros socioculturales tienen, según Caplan, gran *influencia* en el desarrollo de la percepción social del individuo, sus actitudes, opiniones, valores, nivel de aspiración, etc. Esa

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.4

Desarrollo humano (DH) y suministros externos (Caplan, 1964)

Aspecto	Descripción
Asunciones	Personas/comunidades tienen capacidades y recursos reales y potenciales Para lograr el DH, hay que potenciar los recursos existentes y aportar desde fuera suministros necesarios e inexistentes El DH es la «suma» de los recursos individuales más los aportes externos
Suministros	**Físicos.** Aseguran crecimiento corporal, mantienen salud y protegen del daño externo: alimentación, vivienda, estimulación y ejercicio físico **Psicosociales.** Estimulación y desarrollo intelectual y afectivo por interacción con «otros significativos» en familia, iguales y superiores a través de intercambios personales en relaciones duraderas: • Amor/afecto ⟶ desarrolla autoestima y seguridad en uno mismo • Aportes normativos (reglas, consecuencias) ⟶ responsabilidad, límites • Participación en actividad colectiva cooperando y colaborando ⟶ solidaridad, interdependencia compitiendo ⟶ autonomía individual **Socioculturales.** Efecto de estructura social y costumbres culturales transmitidas por • Sociedad global: medios masas, educación formal • Agentes socializadores concretos: familia, comunidad, líderes, iguales Valores, significados, normas, expectativas poder personal y colectivo
Principios	Los suministros son complementarios, se potencian o anulan mutuamente Las instituciones son más o menos eficaces como fuentes de suministros La capacidad personal de localizar y utilizar aportes es importante Problemas/dificultades pueden fomentar DH generando «resiliencia»

influencia en el desarrollo social se ejerce por una doble vía:

- *Directa,* como «herencia» sociocultural con la que parte el sujeto en su vida; si es positiva, enriquece su propia dotación constitucional ayudándole a resolver los problemas y dificultades vitales. Si, por el contrario, es neutra o negativa, el individuo queda sólo a merced de sus propios recursos o, peor, ha de enfrentarse a los problemas adicionales derivados de esas carencias externas, a la hora de resolver las dificultades y tareas vitales básicas; por ejemplo, cuando una adolescente embarazada no puede utilizar la ayuda y apoyo de su familia, para la que tal situación es inaceptable.
- *Indirecta*, modificando los aportes psicosociales (relaciones de trabajo, aportes familiares) y físicos (dieta, disponibilidad de dinero, entorno físico y arquitectónico, etc.) que también afectan al individuo a otro nivel.

El determinismo socioambiental del esquema requiere alguna corrección: el individuo no es, simplemente, un receptor pasivo de suministros, sino un *sujeto interactivo*, en la medida en que puede

© Ediciones Pirámide

contribuir activamente y en conexión con otros a crear suministros (y poder, como se verá más adelante), alterar su significado y modificar su entorno. Los grupos o poblaciones vulnerables que se enfrentan a la pérdida de suministros estarían en todo caso a riesgo de desarrollar disfunciones mentales y psicosociales al afrontar situaciones de *crisis* que exceden sus capacidades de respuesta. Las *crisis* se producirán en tres tipos de situaciones:

- Pérdida repentina de aportes físicos, psicosociales o socioculturales significativos. Así, en una ruptura familiar se pierden aportes psicosociales básicos; un despido del trabajo priva al sujeto de aportes físicos (monetarios) y socioculturales (autoestima, utilidad social, redes relacionales, etc.) relevantes.
- Amenaza de pérdida; así, en situaciones de inestabilidad familiar o laboral.
- Incremento de la responsabilidad ligada al aumento de esos aportes, como en un ascenso en el trabajo o al contraer matrimonio.

La prevención de los problemas psicológicos o sociales deberá tener como objetivo básico asegurar y mantener el nivel social e individualmente adecuado de los tres tipos de aportes descritos. Eso se llevará a efecto, según el autor, a través de la *acción social* (intervención política, social, legislativa, etc.), que trate de mantener el suministro social de aportes, y de la acción *interpersonal*, orientada a mantener el acceso de las personas a esos aportes y a ayudarles a reparar los efectos de su pérdida.

Valoración. Caplan hace con este modelo una aportación relevante: reconoce el *desarrollo humano* como *eje del trabajo comunitario* proponiendo, además, un modelo operativo para alcanzarlo por medio de acciones —y políticas— sociales globales. El «valor añadido» del modelo respecto a otros aquí incluidos es su planteamiento *global y dinámico,* que permite tomar en consideración el conjunto de aspectos y niveles que facilitan —o dificultan— el desarrollo de las personas, algo impensable en conceptos como la salud positiva y el empoderamiento, que, por su focalización personal y ausencia de dimensiones dinámicas, sólo pueden aspirar a marcar objetivos interventivos. ¿Podrían *integrarse* esos conceptos sustantivos centrados en el individuo en un modelo dinámico claramente sociologista, en que ni el individuo ni el sujeto activo tienen fácil acomodo? Creo que sí; el reto es interesante porque aportaría al esquema dinámico de cambio social «desde arriba» —en ese sentido poco comunitario— de Caplan un complemento de *activismo subjetivo* —cambio «desde abajo»— que lo haría más genuinamente comunitario, así como un concepto sustantivo tanto de «persona desarrollada» (para lo que servirían las ideas de salud mental positiva) como de «comunidad desarrollada», para lo que necesitaríamos modelos de desarrollo comunitario. Mientras esas integraciones teóricas llegan, se impone en la práctica combinar varios modelos y conceptos para suplir así las carencias singulares de cada uno de ellos.

El uso del modelo de suministros debería tener en cuenta algunas observaciones y matices críticos.

Los distintos tipos de *suministros* son *complementarios* e interactúan potenciándose o anulándose mutuamente, como se señala, por ejemplo, para los suministros socioculturales. Así un clima familiar afectuoso (suministro psicosocial) puede ser potenciado por la transmisión de normas y valores sociales claros o devaluado por normas contradictorias o valores «negativos» para una sociedad concreta. O la carencia de suministros familiares apropiados puede ser paliada o complementada por una institución o un grupo de iguales «positivos»: ésa es, precisamente, la base del diseño de instituciones de acogida de niños o de reeducación de adolescentes problemáticos. El desarrollo humano será función de la *convergencia* de aportes desde las distintas instituciones sociales, mientras que la *divergencia* de aportes entre una institución y otra (familia y grupo de iguales, escuela y mundo laboral, etc.) tenderá a generar disonancia y conflictos internos (en algún grado inevitables, tampoco nos engañemos).

Las *instituciones y organizaciones sociales* pueden ser *más o menos «funcionales»* (o también negativas) para asegurar suministros de uno u otro tipo. Así, una familia puede aportar suministros afectivos negativos (odio, indiferencia, autodevaluación personal) o un grupo de iguales promover valores perjudiciales para las relaciones con otras personas o grupos sociales (lo que puede ser, por otro lado, positivo para el desarrollo de la autonomía del adolescente).

© Ediciones Pirámide

Como se ha apuntado, se echa de menos en el modelo el *papel* del *sujeto* —persona o colectivo— como parte *activa* en la generación y en la «apropiación» o asignación de recursos, lo que le daría una dimensión más comunitaria y de cambio psicosocial, no sólo estructural o social. Hay que destacar, por ejemplo, que, como se constata en el trato con colectivos marginados, la capacidad personal y social de localizar y utilizar recursos y aportes es tan importante como la existencia misma de esos aportes o recursos. Esta línea de pensamiento y acción es subrayada en el empoderamiento.

La *confrontación de dificultades y carencias* también puede generar desarrollo humano en forma de capacidad de afrontamiento y «resiliencia» personal o social. Excluir esta dimensión conflictiva o problemática del esquema llevaría a la deducción, poco creíble, de que la persona «criada entre algodones» a la que se le da todo lo que pide alcanzaría linealmente el máximo desarrollo humano.

4. EMPODERAMIENTO Y PODER

El *empowerment* es una idea emergente, pero muy pujante, de la PC y otros campos de la política y la acción social. En 1981, Julian Rappaport, un conocido teórico comunitario estadounidense, lo propone como una alternativa positiva y desarrollista a las concepciones deficitarias o adaptativas, útiles para prevenir o paliar problemas psicológicos pero inadecuadas para guiar acciones que potencien personas y desarrollen comunidades. La introducción del *empowerment* viene a «equilibrar» el predominio teórico de la «comunidad» como asunto de interés de la PC. Implica, sobre todo, desplazar el foco psicológico desde la salud (el tradicional, ligado al modelo médico, la psicoterapia y la prevención) hacia el *poder*, un fenómeno más pertinente —pero también más complejo y desconocido— para el análisis y el cambio social. Esta *refocalización* psicológica en el *empowerment* desentierra, a la vez, el problema nunca resuelto del nivel y los límites de la PC que, como veremos, asoma continuamente en las discusiones sobre el tema, dejando en el aire preguntas vitales como:

- ¿Qué *relación* hay entre *poder personal* y el poder *social*, un tema amplio y polémico que desborda —pero condiciona— cualquier planteamiento meramente psicológico o psicosocial?
- ¿Es *posible potenciar personas* y *comunidades sin alterar el equilibrio global de poder* y los sistemas sociales de dominación que lo mantienen y encarnan?
- ¿*Puede* el psicólogo (o cualquier otro agente social) «*empoderar» a otros* —algo paradójico, a primera vista— o bien la gente se «empodera a sí misma» —una idea también sorprendente— creando poder «nuevo» o «apropiándose» del poder de los que ya lo tienen, que difícilmente lo cederán graciosamente?
- ¿Es el poder un recurso *ilimitado*, que se puede *crear* y fomentar, o, por el contrario, un bien limitado y *escaso* que sólo se puede redistribuir? La confirmación de la primera opción permitiría adoptar un modelo *cooperativo* de *empowerment* en que se podría *compartir* el poder (pues se podría incrementar el poder del otro sin disminuir el propio), «empoderar» a otros y, más aun, lograr un empoderamiento colectivo. Asumir la segunda opción lleva a adoptar un modelo operativo de competición o *conflicto* por recursos escasos (correspondiente con la noción de *apoderamiento*) en que el poder se ha de *redistribuir* de manera que, si unos lo ganan (*apropiándose* de él), otros lo han de ceder o perder.

Estas preguntas básicas nos sitúan directamente ante la complejidad y dificultad del *empowerment* y ante las posibilidades —y trampas— que la introducción del poder plantea en PC: si el *poder es tan importante para constituir a las personas* y las comunidades, hemos de estar preparados para

© Ediciones Pirámide

encontrarlo en cada rincón de la práctica comunitaria, pues *nadie querrá renunciar a él*: los que no lo tienen lo buscarán afanosamente, y los que lo tienen y usan querrán conservarlo y se resistirán a cederlo con el mismo afán. Consciente de su estado emergente, trato de resumir aquí el significado —los significados, mejor— del concepto-proceso, sus componentes y niveles operativos, características de su «hermano mayor» social (el poder) y, apunto, finalmente, algunas conclusiones y propuestas para usar el *empowerment* en PC. Amplío, para ello, lo ya escrito (Sánchez Vidal, 1991a), usando la exposición de Kofkin (2003, capítulo 9) y las de Zimmerman (2000; Rappaport, 1981 y 1987); Montero (2004) ha hecho una revisión crítica del concepto y del fortalecimiento comunitario que, por haber aparecido cuando este libro estaba escrito, no ha podido ser incluida aquí.

4.1. Concepto y carácter del empoderamiento

Aunque la idea de *empowerment* tiene sus *raíces* en las luchas por la liberación de la opresión promovidas en los años sesenta del pasado siglo por activistas como Paulo Freire o Saul Alinsky, el término comienza a ser usado a mediados de la década siguiente en los campos del trabajo social, política y sociología por autores como B. Solomon (1976), Berger y Neuhaus (1977) o Laue y Cormick (1978). Rappaport lo propone en 1981 como concepto guía de la PC buscando distanciar al campo de la prevención (y sus referentes de disfunción y enfermedad) y asociarlo, por el contrario, con el desarrollo de potencialidades y competencias en un proceso en que, siendo el profesional un colaborador cercano, se reconozca que la gente tiene opciones y derechos, no sólo necesidades y problemas. La idea de *empowerment* hace fortuna y su uso se extiende, recibiendo considerable atención en distintos campos y erigiéndose en poco tiempo en *referente operativo* imprescindible de una amplia parcela de la acción social ligada a la economía y la empresa, la política y la retórica de organismos internacionales como la ONU, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, Fondo Monetario Internacional o Banco Mundial.

Definición y características. Los diccionarios (Collins, 2000; Random House, 1973) trasladan al castellano dos núcleos diferentes de significado del *empowerment*. Uno, «dar poder, autorizar o capacitar», es decir, *empoderar*, término antiguo usado por Cortina (2003) y Zambrano (2003). Dos, «apoderarse *de*, tomar el poder», acepción más moderna recogida por Gil Calvo (2003) como *apoderamiento*. La palabra «empoderamiento» parece más consonante con la idea general de adquirir poder, mientras que «apoderamiento» es más parcial, y refleja sobre todo el segundo significado de su contraparte inglesa. La distinción semántica no es baladí; bien al contrario, expresa las dos concepciones posibles del *empowerment*, y los dos modelos prácticos ligados a ellas: 1) algo que unos «transmiten» a otros («empoderamiento»); 2) algo de lo que hay que apoderarse, porque el otro no lo cederá sin más («apoderamiento»). Uso aquí la palabra «empoderamiento» como reflejo más amplio y neutral de *empowerment*, sobreentendiendo que la apropiación puede ser parte del proceso. El cuadro 4.5 resume el concepto y la estructura (componentes y niveles) del empoderamiento.

Para Rappaport, el *empowerment* es el proceso o mecanismo a través del cual personas, organizaciones o comunidades *adquieren dominio o control sobre los asuntos vitales*. Asumiendo el punto de vista *ecológico*, señala su carácter socialmente complejo y transversal (se da en varios niveles sociales y entre ellos) e infinito (no es un recurso escaso), así como la necesidad de ver el empoderamiento desde el contexto social y evolutivo de las personas, entenderlo desde la perspectiva (valores e ideología) de cada grupo social y tener la igualdad personal y la participación social como prerrequisitos para que se alcance. Otros han remachado estas ideas o añadido otras que aclaran el significado del proceso empoderador: la interacción social y participación como elementos intermedios y el acceso a, o control sobre, los recursos sociales como condicionante y resultado del proceso. Laue y Cormick hablan de «empowerment proporcional», en referencia a la «cantidad» de poder necesaria para eliminar los

© Ediciones Pirámide

desequilibrios de poder, de forma que, en comunidades muy desiguales, los más débiles necesitarán un mayor grado de empoderamiento que en otras más igualitarias. Otros definen contextos sociales «empoderadores» (que ofrecen oportunidades de empoderamiento) y «empoderados» (que, teniendo poder, lo usan para promover cambios sociales), y otros hablan de «coempoderamiento» en referencia a procesos cooperativos de cambio en que las distintas partes resultan empoderadas.

Componentes. Zimmerman identifica tres componentes en el empoderamiento: acceso a los recursos sociales, participación social conjunta y comprensión crítica del contexto social.

Acceso a los recursos sociales que, a nivel individual (trabajo, salud, autoestima, dinero, etc.) o comunitario (sentimiento de comunidad, financiación pública, disponibilidad de empleos, redes de comunicación...), pueden satisfacer necesidades y deseos humanos; una concepción paralela a los suministros de Caplan. Es lugar común asumir que el poder consiste en —o se logra a través de— el control de recursos sociales valiosos pero escasos. La asunción de recursos escasos es, sin embargo, parte de un paradigma asociado al conflicto y la competición al que se puede enfrentar otro paradigma cooperativo que no precisa tal asunción, ya que la colaboración conduciría a una expansión sinérgica del poder y recursos existentes. La opción por uno u otro modelo es, según se ha visto, clave para determinar el tipo de acción —redistribuidora o cooperadora y desarrollista— a emprender para acceder a los recursos y desarrollar el poder. Mi impresión es que la estrategia cooperativa sólo será posible y efectiva en un medio social mínimamente solidario y comunitario, mientras que, en medios sociales organizados en torno al individualismo y la competitividad (o en casos de claro conflicto de fines entre grupos), el modelo de conflicto puede ser más efectivo y realista.

CUADRO 4.5

Empoderamiento/empowerment: *concepto, estructura y niveles*

Aspecto	Descripción
Concepto	Proceso de —interacción para la— adquisición de poder y control sobre vida personal, institucional y comunitaria Dotar de poder, capacitar, habilitar Apoderamiento del poder
Componentes	Percepción subjetiva (sentimiento de poder, potencia) Poder personal real; ligado al poder global y a su distribución comunitaria o social 1. Comprensión crítica (conciencia) del contexto sociopolítico: distribución social de poder, grupos de poder e interés... 2. Relación y comunicación con otros para la participación y organización colectiva 3. Acceso a recursos sociales para satisfacer necesidades y deseos humanos relevantes
Nivel individual	Potencia: poder latente, percepción de poder Poder personal real
Nivel relacional y microsocial	Relación y comunicación entre personas, grupos y comunidades para conseguir poder social participando en acciones sociales
Nivel macrosocial	Poder social, global

© Ediciones Pirámide

Participación social de los desfavorecidos creando una «causa común» y una conciencia de grupo oprimido que los lleve a buscar colectivamente el cambio global en pos de la justicia social.

Comprensión crítica («concienciación») del contexto sociopolítico que, según el esquema evolutivo de la conciencia de Freire, llevará a rechazar el estado injusto de cosas y a buscar una liberación de la opresión.

Asumiendo un punto de vista dinámico y práctico, observamos cómo, reordenando estos componentes estructurales y «volviendo del revés» la propuesta de Zimmerman, obtenemos un programa operativo coherente de empoderamiento cuyos pasos serían:

1. «Toma de *conciencia*» de la situación de opresión y *comprensión realista* del contexto sociopolítico comunitario o social que en gran parte determina el reparto global del poder y otros recursos.
2. Participación en la acción colectiva necesaria para cambiar la situación social injusta y enfrentarse a las élites y poderes establecidos, algo difícilmente abordable desde un nivel pequeño-grupal o meramente individual.
3. Acceso a los recursos (riqueza, poder, estima, etc.) sociales escasos (o no) e injustamente repartidos: resultado esperable de una acción social eficaz (el acceso a los recursos puede ser también un paso intermedio en el proceso de adquisición de poder).

Niveles de **análisis y actuación.** Aunque en PC el *empowerment* se ha considerado casi siempre en el nivel individual (como un atributo personal), las pretensiones ecológicas del concepto exigen considerar otros niveles (interactivo y micro y mesosocial) que en su límite superior bordean ya el poder social.

Nivel individual. Incluye los dos aspectos interdependientes y dialécticamente vinculados del *poder personal* o psicológico: la *percepción* de poder y el *control real* de ese poder y de la propia vida. Sin percepción (o conciencia) de poder el sujeto no actuará para alcanzar el poder real; pero la conciencia de poder no basta por sí sola: el sujeto debe emprender acciones conjuntas que incrementen su poder. El logro efectivo de ese poder confirmará y fortalecerá la percepción inicial; el fracaso la refutará. Y, *viceversa*, la percepción de impotencia generará pasividad, confirmando la derrotista visión inicial. Esta misma dinámica o dialéctica entre la *visión subjetiva* de empoderamiento y la *posesión real* de él se repite en cada nivel, aunque el paso de uno a otro —percepción subjetiva a adquisición real— se hace más complejo y dificultoso a medida que ascendemos en los niveles sociales. Y es que las resistencias serán infinitamente mayores para un cambio de poder global —que suponga amenazas reales para los «poderes establecidos»— que para cambios individuales o *microgrupales* que *no amenazan* apreciablemente *el equilibrio global de poder* o la posición de las élites dominanes. Al mismo tiempo, para tener dominio o control de la propia vida no basta la percepción individual; necesitamos también una serie de recursos o suministros —en lenguaje de Caplan— sociales; el poder personal depende —y puede influir en— del poder social. Autoestima, autoeficacia, sentimiento o localización del control e impotencia aprendida son conceptos psicológicos ya acuñados y emparentados con el empoderamiento individual, el más familiar y apreciado por el psicólogo.

Nivel relacional y microsocial. El empoderamiento se deriva aquí de las interacciones y relaciones personales y de la participación en grupos y asociaciones sociales medias según una idea obvia: en la medida en que el poder es un fenómeno global, el empoderamiento —personal, grupal o del tipo que sea— precisa de la colaboración de personas y grupos e implica por tanto algún tipo de *interacción instrumental* para alcanzarlo. La adquisición de habilidades relacionales o *sociales*, la *organización* social en torno a objetivos comunes y la *participación* en grupos comunitarios son, desde este punto de vista, tanto formas de desarrollo personal como, sobre todo, *vehículos* para el empoderamiento *colectivo* y, como tales, estrategias centrales de la ac-

© Ediciones Pirámide

ción comunitaria. Berger y Neuhaus (1977) han propuesto el respeto y fortalecimiento de las *estructuras sociales* (vecindario, familia, iglesia y asociaciones voluntarias, entre otras) que *intermedian* entre el individuo y las instituciones sociales impersonales (gobiernos, burocracias y corporaciones industriales) como vía para alcanzar el *empowerment*. Esas estructuras serían vitales para canalizar la participación de los individuos en las decisiones y para el establecimiento de metas de la colectividad. Ya se señaló (capítulo 3) hasta qué punto el deterioro de una de esas estructuras intermedias, la comunidad, ha tenido efectos psicosocialmente perniciosos, uno de los cuales sería, en la línea que nos ocupa, dificultar la participación y empoderamiento colectivo al «dejar solos» a los individuos ante las poderosas instituciones burocráticas y élites sociales que acaparan y mantienen el poder.

A medida que ascendemos en el nivel social, se hace más preciso considerar el *marco sociopolítico y el momento histórico* al analizar las posibilidades de empoderamiento personal y comunitario. Baste contrastar las ansias de participación de los españoles (a pesar de la falta de hábitos participativos) en la transición democrática con la apatía actual, con unos hábitos y «habilidades» participativas mucho más desarrollados. Por otro lado, en las sociedades construidas sobre el individualismo y la competitividad se suele entender el empoderamiento como simple *autosuficiencia personal*, lo que dificulta enormemente la búsqueda de soluciones empoderadoras globales. Y aunque la perspectiva ecológica asume que los cambios de poder «*irradian*» desde los niveles sociales más altos a los más bajos, el fenómeno opuesto —«ascensión» hacia arriba del cambio— es posible: algunas transformaciones globales —como las producidas por movimientos sociales— se nutren de la participación en esfuerzos colectivos de cambio, de la *inducción de climas sociales* propicios al cambio, de la creación de nuevas instituciones o de la ejemplificación de formas de vida más igualitarias que acaban siendo adoptadas o imitadas por muchos.

Parece que, en general, el empoderamiento individual y microsocial no remedia las injusticias globales del sistema, de forma que actuando sobre la percepción subjetiva en esos niveles se crea con frecuencia más una *ilusión* de poder que un poder real y duradero. Inevitablemente, el empoderamiento colectivo va entonces unido al cambio social (véase la próxima sección), a la justicia distributiva global o a nociones, economicistas pero globales, como el *capital social* (interacciones y vinculaciones sociales basadas en la confianza y reciprocidad). Necesitamos pues visitar el terreno sociológico del poder social, que, aunque trasciende el ámbito de la psicología y el poder personal, está, como se ha indicado, decisivamete conectado con ambos.

4.2. Poder social

Pese a su relevancia, el poder tiene un reconocimiento desigual en la teoría social: mientras pasa casi inadvertido en psicología social (pese a ser la forma más importante y frecuente de influencia e interacción social), los análisis más influyentes se encuentran en algunas corrientes y autores sociológicos: Marx, Weber y otros (como Wright Mills, Simmel o Dahrendorf). Sigo aquí la síntesis de Dye (1995), pero también a Bierstedt (1952) y otras lecturas recogidas por Coser y Rosenberg (1969), resumiendo conceptos y características centrales del poder social y sus implicaciones políticas, incluida su relación con el empoderamiento, que vendría a ser su «borde» psicosocial, el que verdaderamente nos interesa aquí. En español, podemos señalar como fuentes documentales sobre el poder social y sus dinámicas el libro más político-filosófico de Ibáñez (1982) sobre *Poder y libertad* y el capítulo 2 del libro de Martín Baró *Sistema, grupo y poder* (1989), una sobresaliente síntesis psicosocial, vista críticamente desde la perspectiva marxista. Pero el poder no puede ser encasillado en un campo (político, social, psicológico, económico...) concreto, pues es un fenómeno *transversal* a todos ellos que, por tanto, será definido mejor en relación a los diferentes fenómenos sociales con que se combina y relaciona —y con los que tiene fronteras con frecuencia borrosas—: la autoridad, la influencia y la dominación, el conflicto y el cambio social. Como realidad *multiforme,* debe ser también entendido a

© Ediciones Pirámide

través de las instituciones o áreas de la vida social que lo manifiestan (y, a veces, enmascaran): la política y la ley (poder político y legislativo), la economía (poder económico), el ejército (poder militar). Otros (Bierstedt, Simmel) subrayan la naturaleza social del poder, su centralidad en la vida social: el poder es, argumenta Bertrand Russell, el concepto fundamental de las ciencias sociales, como el de «energía» lo es para las ciencias físicas.

Concepto y manifestaciones. El poder puede ser definido como la *capacidad de afectar al 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*. El poder es, para algunos, fuerza *latente,* de manera que la fuerza es poder *manifiesto*. Pero el poder no sólo se manifiesta como fuerza (por ejemplo, en la acción policial o militar), sino también como *ideología*, a través de las ideas que justifican y legitiman situaciones y relaciones sociales. No es sólo el constituyente central de la política, el ejército o la economía —reconocidos como sistemas de dominación y de ejercicio abierto del poder—, sino que está presente en mayor o menor grado en los sistemas de estratificación social, el colonialismo, las diferenciaciones (y discriminación) de género y raza. También en los grupos sociales organizados (y, en menor medida o de otra forma, en los grupos sociales informales y la comunidad), la pobreza, el trastorno mental, la delincuencia y diversos tipos de violencia y, en general, en casi todo tipo de *conflictos* (entre personas, grupos, instituciones, comunidades o naciones) y, en el nivel psicosocial, en las *relaciones* interpersonales, particularmente en los sentimientos de dominación o impotencia que acompañan a algunas formas de relación. Resumiendo, en mayor o menor grado, el poder está detrás de todos los *problemas sociales* y es ingrediente central —a la vez causa y efecto— de todo fenómeno que implique *interacción social* de uno u otro tipo por dos razones: 1) es constituyente ineludible de la relación social; 2) es el núcleo de la *desigualdad*, el conflicto y la oposición; no sólo no habría desigualdad sin diferencias de poder, sino, argumentan algunos, tampoco hay poder sin diferencias de poder, si unos no tienen más poder que otros. El poder —social o personal— ha de estar, por tanto, en el centro de cualquier programa de desarrollo o cambio social. El cuadro 4.6 resume algunas de sus características estructurales y dinámicas.

CUADRO 4.6

Poder social: concepto, carácter y dinámica

Aspecto	Descripción
Concepto del poder	Forma de influencia social: capacidad de afectar a otros y de controlar recursos socialmente valorados Fuerza latente «Savia» de vida social; energía que dinamiza acción social Un forma de relación entre individuos, grupos e instituciones
Carácter, dimensiones	Adopta múltiples formas y apariencias: riqueza, armamento, ley, autoridad, opinión, influencia social Está desigualmente distribuido: no hay poder sin desigualdad; si todos lo tienen, no hay verdadero poder Se ejerce a través de instituciones sociales (ejército, empresa, política, justicia y policía, familia, escuela...) La autoridad es poder institucionalizado, legítimo Está presente en la organización social formal e informal y en la comunidad Se manifiesta en el conflicto, la desigualdad, la ideología y los problemas sociales Es ejercido por las élites y «padecido» por las masas Como relación (de dominación u otra), implica reciprocidad activa por ambas partes, dominante y subordinada Su dimensión psicosocial incluye sentimientos de potencia e impotencia y poder real —o carencia de él— ligados a las personas y sus relaciones con los demás
Dinámica	El poder propio se refuerza cuando uno lo ejerce y cuando los otros renuncian a ejercerlo Fuentes de poder: el número (las mayorías), la organización social, la participación en acciones colectivas y los recursos sociales valiosos

© Ediciones Pirámide

Poder, autoridad y conflicto social. Weber y otros han hecho una distinción importante para el análisis entre el poder —ligado para algunos a las personas— y la *autoridad*, el poder institucionalizado o legitimado, ligado a la sociedad. Otros han notado que buena parte del poder no se ejerce directamente sobre otros —personas o grupos—, sino indirectamente a través de dispositivos institucionales (la policía o la judicatura, las burocracias estatales o corporativas) u organizativos: las reglas y normas de la empresa o la asociación, los contratos de alquiler o compraventa, los programas informáticos, leyes mercantiles de oferta y demanda, etc. De forma que esas estructuras sociales deben ser tomadas en consideración en el cambio social pues, por una parte, *legitiman el ejercicio del poder*, resultando, por otra, vitales para hacer eficaz ese ejercicio y para *mantener* el sistema de poder establecido. Todo orden social necesita así un sistema de legitimación del poder y las instituciones establecidas, en que la *ideología* suele desempeñar un papel relevante. El análisis marxista subraya el papel del poder en los conflictos sociales y en las relaciones de dominación ligadas a la posesión de los medios de producción y los frutos del trabajo, cuyo «despojo» genera *alienación* en los «desposeídos». La ideología «disfrazaría» la injusticia y la opresión, justificándola y haciéndola soportable a los que la sufren. El conflicto —regla, no excepción— es el «motor» del cambio social, en versiones modernas como la de Dahrendorf (1974), estando ligado a la lucha entre grupos de *interés* (conflicto de intereses) en que el poder está «dualizado» —los que ejercen la autoridad están interesados en mantener lo establecido, y los que están sujetos a ella buscan cambiar «el sistema»— y es estructural, no localizado y coyuntural.

Poder, interacción y empoderamiento. Recojo aquí algunos análisis sociológicos de orientación más microscópica o interactiva que pueden iluminar la relación entre poder global y empoderamiento y ser especialmente pertinentes para la PC. Simmel (1977) ha descrito las relaciones como formas de *dominación* sostenidas por la *reciprocidad* activa de ambas partes —roles o personas—: el que domina pero también el dominado o subordinado que acepta implícitamente la relación y su orientación. Toda relación asimétrica, advierte, esconde un intercambio de influencias entre la parte supraordenada y la subordinada (el profesor y la clase, el periodista y sus lectores, etc.) en que la aceptación de esta última está ligada a su falta de deseo de ejercer la libertad e iniciativa cuyo precio no se está dispuesto a pagar. Corolario práctico del análisis de Simmel: el *poder del otro se refuerza si uno no ejerce* el suyo y defiende su libertad de actuar, pues está dando su *consentimiento* tácito al ejercicio por aquél del poder. De otra forma, y generalizando, la pasividad y dejación refuerza el poder establecido, el statu quo. Y, *viceversa*, el poder propio se refuerza con el ejercicio del poder, que a su vez controlará el ejercicio del poder de los demás y de los poderes institucionalmente establecidos.

Powerlessness y empoderamiento. El punto de vista psicológico es componente relevante de ciertos fenómenos sociales globales ligados al poder y a su carencia. Así, los sentimientos de impotencia, desesperanza y desconfianza *(powerlessness)* son

© Ediciones Pirámide

parte esencial de problemas sociales como la pobreza —la «cultura» de la pobreza— y constituyen su componente psicosocial, que hay que tener en cuenta, junto a otros, a la hora de abordar esos problemas. Segundo, las *relaciones profesionales* (o de ayuda) que se establecen en las intervenciones incluyen una importante dimensión —e intercambio— de poder que hay que saber manejar en la práctica. Dado que esas relaciones suelen ser asimétricas de entrada, si el psicólogo comunitario quiere convertirlas en un *vehículo de empoderamiento* y desarrollo humano —por limitado que sea—, debe, para estar dispuesto a *compartir* poder, cederlo a otros, en vez de acapararlo y aumentar el propio poder y prestigio. El nivel interactivo no es, sin embargo, suficiente para lograr el desarrollo humano, que, desde el punto de vista comunitario, debe incluir, al menos, dos componentes: fortalecimiento del *sentimiento* de poder (potencia) personal que lleve a una acción social eficaz (nivel psicológico del empoderamiento); *relación igualitaria* o simétrica (nivel psicosocial) que transfiera poder y potencie el sentimiento de potencia del otro. Faltan aquí dos componentes adicionales, más sociales, para redondear el proceso de empoderamiento que se esboza en el próximo apartado: interacción con otros de cara a la participación u organización social y acción colectiva para adquirir poder.

5. CÓMO EMPODERAR A LA COMUNIDAD: MODELOS OPERATIVOS

No debe haber dudas a estas alturas sobre el gran potencial práctico del empoderamiento. Varias derivaciones y aplicaciones prácticas de la teoría del *empowerment* han sido ya hechas en las páginas precedentes en respuesta a las preguntas planteadas al principio. Las complemento aquí ampliando los modelos operativos ya apuntados y algunos principios adicionales (véase el cuadro 4.7) que me llevan a esbozar un proceso general para alcanzar el empoderamiento.

CUADRO 4.7

Modelos y proceso de empoderamiento

Modelo	Descripción
Cooperativo	Poder recurso ilimitado ⟶ se puede crear y desarrollar poder (presupone/aumenta: solidaridad y comunidad)
Conflicto/competición	Recurso limitado ⟶ hay que redistribuir socialmente el poder existente (presupone/refuerza: competitividad, individualismo)
Recursos sociales	La constitución de un espacio social genera poder y otros recursos psicosociales; el desarrollo humano y social dependen del acceso a, y distribución del poder y los recursos generados
Asunciones	Nivel social medio Manejo dialéctico del sentimiento de potencia-poder real Transformar potencia en poder real exige acción social eficaz
Proceso	1. Identificar potencial poder en grupo/colectivo 2. Generar sentimiento/conciencia de potencia 3. Relación con otros, sentimiento de pertenencia, participación en acción colectiva u organización en torno a objetivos comunes 4. Acción social efectiva para obtener/compartir poder y recursos sociales valiosos

© Ediciones Pirámide

Modelos de empoderamiento. La pregunta inicial de si el psicólogo puede generar poder en otros, empoderarlos (o, siendo más humildes y realistas, ayudarlos a que se empoderen a sí mismos), tendría como respuestas posibles dos modelos sociales de empoderamiento —el cooperativo y competitivo— a los que quiero añadir un tercero, de creación de recursos, de factura propia.

Modelo cooperativo: ayudamos, como psicólogos, a generar condiciones personales y relaciones sociales cooperativas en que, manteniendo la comunidad y pertenencia, se adquiere y comparte relacional y colectivamente el poder, que se asume ilimitado y compartible. La exposición de Prilleltensky (1997) ilustra claramente la postura cooperativa.

Modelo competitivo, de conflicto: ayudamos a la organización social de los más débiles para que puedan defender sus intereses por sí mismos y se *apoderen* «proporcionalmente» —según sus carencias— del poder, que, como recurso escaso, precisa ser redistribuido a un nivel comunitario o superior, como defienden, por ejemplo, Laue y Cormick (1978).

Hay que notar, en todo caso, que la respuesta negativa a la pregunta de si se puede ayudar al empoderamiento de los más débiles o desfavorecidos conduce o bien a la revolución (harto improbable hoy día), o bien a la pasividad y la inacción. El ambiente social actual favorece claramente el modelo competitivo/conflictivo, que es, así, más «realista» pero también más desintegrador, en tanto que desde la perspectiva comunitaria primaríamos el modelo cooperativo, que puede ser menos realista (quizá en algunos casos inviable) pero es a la vez más integrador y coherente con la filosofía de la PC.

Modelo de recursos: espacios sociales y generación de poder. La pregunta puede tener una respuesta diferente si adoptamos un enfoque social de recursos (Sánchez Vidal, 2002a) según el cual la constitución de cualquier espacio o agrupación social (grupo, institución, empresa, equipo de trabajo, asamblea vecinal, comisión, asociación de padres de alumnos, etc.) *genera poder* y otros *recursos* sociales ligados al tipo de espacio social creado y a los elementos comunes puestos en marcha para dirigirlo y mantenerlo: prestigio, evaluación social, poder político, medios económicos, capacidad de influencia social y creación de opinión, etc. Esta concepción de recursos sociales salvaría de algún modo la bifurcación analítica (modelo finito-redistribuidor, modelo infinito-desarrollista), transformándola en un proceso dinámico: el poder es un recurso *indefinido* en la medida en que se van *creando* espacios sociales en una comunidad o sociedad *y* hasta ese momento; pero, una vez creados esos espacios institucionales, el poder queda *limitado* y sólo puede ser redistribuido, hasta que se «reconstruya» o desarrolle el espacio social o se creen otros espacios nuevos que generen recursos adicionales.

Tampoco invalidan ese modelo las observaciones sobre la influencia del entorno social global (cooperativo o competitivo), pero introducen una nueva mirada analítica sobre el tema del poder y el empoderamiento: las personas serían, a la vez, *agentes* sociales *generadores y «consumidores»* de poder, como actores sociales interesados, si se quiere. Así, el liderazgo o la jerarquización de un grupo se entenderían como «apropiación» de los bienes colectivos creados o de búsqueda de influencia por parte de unos, y como cesión de poder y fatalismo resignado por parte de la mayoría más pasiva que aporta recursos a la comunidad pero apenas saca beneficio de su reparto, exceptuada la cómoda posición de irresponsabilidad y concentración en sus asuntos privados. El «manejo» del poder creado es también vital para una acción comunitaria empoderadora: el acceso igualitario y la distribución equitativa del poder y recursos comunes aportarán oportunidades de empoderamiento colectivo —o de los más débiles, quienes más necesitan de ese poder— fortaleciendo la solidaridad global. La desigual distribución de esos «bienes» comunes o su acaparamiento por unos pocos (personas o élites movidas por la búsqueda de estatus o poder), favorecidos por unas re-

© Ediciones Pirámide

glas «sesgadas», aumentarán el poder de esos pocos a costa del malestar colectivo y del sentimiento de opresión, y ahondarán las diferencias e injusticia global, llevando, quizá, a la exclusión de aquellos que, necesitando más poder, no disponen de los medios o recursos para acceder a él.

Reglas del empoderamiento comunitario entendido en el nivel social medio, a tenor de lo ya considerado, serían:

- Privilegiar el *nivel intermedio* o psicosocial (poder psicológico, interacción y asociación social) asociado a, pero distinto de, el nivel macrosocial, como propio de la acción comunitaria; reconocer sus potencialidades, sin olvidar sus límites: es en el nivel macro donde están los mecanismos de asignar y distribuir el poder global.
- *Distinguir* —y manejar juiciosamente— el sentimiento de poder (de *potencia*, sería más correcto) del poder real: la percepción o conciencia de potencia es en general condición *necesaria pero no suficiente* para la adquisición de poder, que precisa, además, de una *acción social eficaz* y generalmente colectiva. Sin la conciencia (colectiva) de potencia, sin embargo, difícilmente se embarcará la gente en la acción transformadora: habrá, primero, que animar o inducir ese sentimiento potencial de poder. La percepción de impotencia lleva a la inacción; la transformación del sentimiento de potencia en poder real exige acción colectiva.

La *intervención comunitaria empoderadora*. ¿Podemos proponer algunas ideas o pasos concretos para lograr una acción comunitaria empoderadora? Zambrano (2003) ha sugerido tres condiciones o posibilidades para una acción comunitaria empoderadora: se fomentan acciones colectivas a favor del bien común (a partir de objetivos compartidos y en un clima de confianza y reciprocidad que desarrolla el «capital social»); se generan condiciones para el aumento del poder y la potenciación de la comunidad; el psicólogo actúa como agente externo dotado de poder técnico o burocrático que respeta las necesidades y el ritmo del grupo. Aventuro como conclusión un proceso operativo que, teniendo en cuenta el estado inicial del asunto y en línea con todo lo expuesto, puede guiar el empoderamiento comunitario, ayudando a transformar un sentimiento inicial de potencia en poder real mediante una acción social efectiva. Constaría de cuatro pasos:

1. Identificar un grupo o *colectivo social* con *poder potencial* y que, típicamente, se suele sentir impotente o frustrado en relación con necesidades insatisfechas o aspiraciones no alcanzadas.
2. Ayudar a generar *sentimiento* de *potencia* (o fortalecer el existente), la *conciencia* de que se puede alcanzar poder (concienciación, si se quiere); sentimiento o conciencia que puede establecerse a partir del reconocimiento del estado actual de impotencia (opresión, desesperación, pobreza, etc.) o bien desde el estado *ideal* (de poder, control, riqueza, igualdad, desarrollo, etc.) que se aspira a alcanzar o que otros grupos ya poseen o han alcanzado.
3. Facilitar la *interacción social* y el fortalecimiento del *sentimiento de pertenencia* al grupo social desposeído como vías para la *participación* social en un esfuerzo colectivo de cambio para empoderarse —generando poder o apropiándose del desigualmente repartido— o para generar *organización* social en torno a unos *objetivos* (ligados al punto 2) *comunes* que cohesionan y orientan la acción colectiva y que, por supuesto, son definidos por el grupo, no por el interventor.
4. Ayudar a «diseñar» y realizar una *acción social efectiva* para obtener el poder (o los recursos sociales que conducen a él) o compartirlo; «efectiva» implica el uso de una *técnica* y una *estrategia* ajustadas a los objetivos perseguidos (capítulo 7).

Resumiendo, en PC, el empoderamiento o *empowerment* se ha convertido en un *referente operativo imprescindible* que articula y da forma a una vasta área de actuación ligada a dinamización (organización, activación, etc.) social. En la práctica, el empoderamiento es un enfoque interventivo orientado hacia el desarrollo del poder de decisión y actuación de los grupos sociales más indefensos o desfavorecidos alcanzado a través de la participación social y la organización colectiva en que el interventor actúa como dinamizador o activador y recurso técnico, pero no marca los objetivos de la acción.

© Ediciones Pirámide

6. CAMBIO SOCIAL Y COMUNITARIO

Salud mental positiva y desarrollo humano son ideales referidos al despliegue o desarrollo de cualidades personales o sociales, pero no contienen verdaderas ideas de cambio y, como se ha visto, tienen dificultades por su acento positivo y continuista para manejar los conflictos y discontinuidades sociales. El enfoque positivo y el acento en el desarrollo de la PC no deben ocultar la necesidad de ideas y modelos de cambio social que permitan manejar situaciones indeseables o injustas —que necesitan *cambios verdaderos* y no simples desarrollos de lo ya existente en personas o colectivos— y que puedan manejar apropiadamente el *conflicto social*. Es interesante observar cómo las ideas de poder y empoderamiento son útiles en las dos direcciones de las transformaciones comunitarias: el cambio social y el desarrollo comunitario o social. Las nociones de cambio social y problemas sociales son pues necesarias en PC, aunque, por su alcance macrosocial, su encaje en la teoría comunitaria pueda resultar tan problemático como el de las ideas de salud positiva y desarrollo humano: si éstas eran insuficientes por demasiado psicológicas, aquéllas parecen *excesivas* por demasiado sociológicas.

Nos centramos aquí en el cambio social y sus tipos, los contenidos más específicos del cambio comunitario —como una variante del cambio social—, la noción emergente de cambio psicosocial —también cercana al cambio comunitario— y el potencial y límites del abordaje psicosocial del cambio global. Partiendo de una breve definición, resumo los aspectos más aplicados del tema que ha sido desarrollado en otros espacios (Sánchez Vidal, 2002a, 1991a y 1995), a los que remito al lector interesado en ampliar la visión del cambio social y, sobre todo, los problemas sociales que aquí reviso más brevemente. Las nociones de cambio social y problemas sociales están emparentadas. El cambio social suele ir dirigido a resolver problemas sociales —también, con menos frecuencia, a alcanzar metas positivas—, por lo que presupone su existencia como justificación: una de las condiciones que suelen exigirse para acordar la existencia de un problema social es, como se verá más adelante, que haya acuerdo en que la situación precisa cambios. También la idea de intervención —que se desarrolla en el capítulo 7— está ligada a la de cambio, a la que añade, además del acento sobre la autoría del cambio («desde arriba») y sus condiciones, el acompañamiento de unos objetivos y de un proceso generalmente «planificado».

6.1. Concepto y formas del cambio social

El cambio social puede ser definido como la *alteración de la estructura o el funcionamiento de un sistema social que tiene efectos relevantes para la vida de sus miembros*; esto es, la modificación de los sistemas normativos, relacionales y teleológicos (de fijación de metas) que gobiernan el sistema social y que afectan decisivamente a la vida y relaciones —horizontales y verticales— de sus miembros, sean éstos individuos o grupos sociales. Mirado globalmente, el cambio social admite *grados*. En el «*verdadero*» cambio social se produce una *alteración* de la *relación* entre los *constituyentes* del sistema (individuos, grupos, instituciones y comunidades) al *cambiar* algunos de sus *ingredientes básicos* (normas, valores, roles, órganos rectores, sistemas de distribución de poder, etc.) que posibilitan tanto la reproducción del sistema como la de sus «productos» humanos, los individuos y grupos intermedios socializados por él. Esa acepción «fuerte» del cambio recibe, según el contexto conceptual, nombres como cambio social

© Ediciones Pirámide

«cualitativo», «estructural», «radical» o «de segundo orden». Y suele implicar un cuestionamiento —o «problematización»— de las bases culturales y sociales del sistema para las que se buscan alternativas. Una concepción *menos fuerte* del cambio social, más frecuente en la acción social actual, implica, como se ha dicho, la existencia de *problemas sociales* que exigen *solución* sin modificar necesariamente el sistema social o sus cimientos; estaríamos hablando aquí de *reformas*, más que de cambios profundos. Hay una última noción de cambio —muy empleada hoy en día en el área de las organizaciones y en la vida diaria— en referencia a ajustes o cambios menores en una empresa o en la vida de una persona («quién se comió mi queso», «ponerse en forma» para la nueva estación, etc.): se trata de una *trivialización* de la idea de cambio social —que vale más llamar simplemente, en plural, «*cambios*»— que no supone un cambio verdadero.

En línea con lo ya mencionado, podemos distinguir varias formas o tipos de cambio social intencionado, según el aspecto o dimensión en que se centra el cambio (estructural, relacional, desarrollo, distributivo, generación de alternativas o psicosocial), que están recogidas y descritas en el cuadro 4.8. (excluyo el cambio «natural» derivado de catástrofes, pérdida de disponibilidad de recursos energéticos, epidemias u otros cambios externos o «sobrevenidos» que, sin embargo, pueden tener un papel importante en el conjunto de cambios de una comunidad o sociedad).

CUADRO 4.8

Formas o tipos de cambio social

Formas	Contenido
Estructural (cualitativo)	Cambia la estructura institucional, las funciones realizadas por las instituciones sociales y las relaciones entre sistemas sociales
Relacional	Cambian las relaciones entre individuos o grupos • Horizontales, entre iguales: aumenta la solidaridad o el sentimiento de pertenencia • Verticales, jerárquicas: aumento de participación, democratización de la toma de decisiones
Desarrollo del sistema (cuantitativo)	Se desarrollan potencialidades del sistema y sus miembros; suele entenderse como integral, potenciando a la vez distintas partes y subsistemas: economía, educación, urbanismo, salud y bienestar social, asociacionismo y participación, etc.
Distributivo cambia	La distribución de bienes y recursos sociales: poder, dinero, estima, prestigio, información, etc. La forma de distribuirlos (o de acceder a ellos): igualdad de oportunidades, redistribución de la renta, gratuidad de los servicios básicos (educación, salud, etc.), empoderamiento de desposeídos, participación y democratización de toma de decisiones
Instituciones paralelas	Generación de alternativas sociales más humanas o eficaces cuando instituciones existentes no satisfacen necesidades o anhelos de la gente: escuelas alternativas, comunas igualitarias, comunidades terapéuticas, comercio de trueque, etc.

© Ediciones Pirámide

Se trata de formas o tipos de cambio no necesariamente distintos y excluyentes sino, más bien, interdependientes que con frecuencia coexisten y se complementan en los procesos globales de cambio, mientras que pueden distinguirse en las transformaciones más parciales que suelen poner el acento en una u otra forma en función de su importancia para el proceso global de cambio que se pretende realizar o la mayor facilidad o accesibilidad de ese cambio parcial. Así, podemos comenzar por cambios en los sistemas relacionales si ha habido quejas de la gente en ese sentido o pensamos que la estrategia a introducir para llevarlos a cabo va a generar menos resistencia que el cambio estructural o la redistribución económica. La constancia de injusticias flagrantes en una comunidad o de que ciertos colectivos no tienen acceso a los servicios básicos (de salud, por ejemplo) aconsejará acometer cambios en la distribución de recursos (y quizá, también, en los procesos políticos de decisión). Como se señala, sin embargo, el cambio estructural y el desarrollo social se suelen entender como procesos de cambio global y coordinado (de hecho son las dos formas básicas de cambio) con un efecto de «arrastre», no obstante, sobre las otras formas de cambio que se verán también afectadas.

6.2. Contenidos del cambio comunitario

Otras tipologías y formas de cambio social son descritas en el texto mencionado (Sánchez Vidal, 2002a), en el que se discute también la distinción entre cambio individual (psicológico) y social, que obviamos aquí a favor de la noción de «cambio psicosocial» más pertinente para la PC que resultaría oscurecida por una dicotomía radical o polar entre cambio individual y cambio social. Antes de entrar a revisar esa noción, interesa subrayar los contenidos más frecuentes del cambio comunitario o, si se quiere, los «tipos» del cambio social en el nivel comunitario que incluyen la prestación de servicios, el desarrollo de recursos, la prevención, la reconstrucción social y el cambio social. Aparecen condensados en el cuadro 4.9, y su examen debe ir acompañado de la misma advertencia que el resto de formas de cambio: aunque distintos en el análisis, no forman categorías excluyentes, solapándose con frecuencia en los intentos concretos de cambio comunitario.

- *Prestación de servicios* (salud, educación, servicios sociales, etc.) orientados por criterios públicos (dirigidos a toda la población, no sólo a usuarios privados que los pagan en el mercado), sociales (subrayando la atención a los más débiles o desprotegidos) o comunitarios (realizados en la comunidad, con participación de la gente y promoviendo recursos personales y colectivos).
- *Desarrollo de recursos humanos* de dos tipos. Uno, recursos de *ayuda* para enfrentarse a las dificultades propias (como el entrenamiento en destrezas sociales) o ayudar a resolver las de otros, como la formación de voluntarios o paraprofesionales. Dos, recursos y capacidades dirigidas al *desarrollo humano*: escuelas para ser mejores padres, mejora de las relaciones sociales, fomento de redes de apoyo y participación local, promoción del asociacionismo, el deporte o la salud, etc.
- *Prevención* de los problemas sociales y sus efectos, en sus modalidades de prevención primaria (supresión de las causas y raíces de los problemas), secundaria (atención global y reorganización de servicios) y terciaria (rehabilitación de las personas y resocialización fruto de la educación de la comunidad).
- *Reconstrucción social,* que trata de paliar o compensar la desintegración social y comunitaria actual de dos formas. Una, a través del *apoyo* a las instituciones existentes (familias, grupos de iguales, articulación comunitaria, etc.) para que funcionen mejor. Dos, con la *creación* de *instituciones* «artificiales» (hogares para personas maltratadas, familias de acogida, comunidades terapéuticas, grupos de ayuda mutua, etc.) que sustituyan a las que no funcionan bien, resultando nocivas para sus miembros, o

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.9

Contenidos del cambio sociocomunitario (Sánchez Vidal, 1991)

- Prestación de servicios con orientación pública (para todos), social (para los más necesitados y excluidos) y comunitaria (desarrollando recursos y cercanos a la comunidad)
- Desarrollo de recursos para ayudar a otros y para crecer como personas y ciudadanos
- Prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas, necesidades y conflictos comunitarios
- Reconstrucción social, creación de instituciones «artificiales» para sustituir a las naturales que no funcionan, fomento de sentido de comunidad, fortalecimiento de redes y vínculos sociales, etc.
- Desarrollo comunitario, fomento coordinado de los distintos aspectos (territorio y vivienda, economía, vida social, educación, salud, etc.) y recursos de la comunidad dirigido por fines autodefinidos y compartidos
- Cambio social: redistribución del poder, redefinición de fines colectivos, creación de nuevas instituciones, autogestión de asuntos, reorganización social y territorial, etc.

ayuden a confrontar nuevos retos sociales para los que no hay mecanismos sociales (como las primeras comunidades terapéuticas cuando, al propagarse la heroína, no había servicios formales de atención). O, también, de programas de fomento del civismo, el sentimiento de comunidad o los valores sociales que fortalecen los aspectos cohesionadores o vinculares de la vida social.

- *Desarrollo comunitario*: desarrollo global y conjunto de los distintos aspectos (territorio, entorno construido y vivienda, economía y trabajo, redes sociales y asociacionismo, educación, salud, etc.) y los recursos de la comunidad dirigido por fines definidos por la propia comunidad y compartidos por la mayoría de sus miembros. Por ejemplo, los «planes integrales» en barrios o el desarrollo rural.
- *Cambio social* en sentido «fuerte», es decir, la alteración de la estructura y funcionamiento de una comunidad (o sociedad) con frecuencia redistribuyendo el poder y los recursos sociales básicos. Se suelen usar estrategias como la organización comunitaria, la creación de instituciones «paralelas» (así cooperativas o escuelas con un ideario no convencional), la investigación-acción participativa, la concienciación social crítica o la educación popular, la democracia directa o la autogestión comunitaria.

7. EL CAMBIO PSICOSOCIAL Y SUS LÍMITES

El concepto de cambio social resulta, como se ha indicado, excesivamente global y heterogéneo para la intervención comunitaria en general y la psicológico-comunitaria en particular, entre otras razones por no resaltar lo suficientemente el papel y agencia de los sujetos en los cambios que, como se vio en el capítulo 2, es central para definir la PC. ¿Podemos perfilar alguna forma o tipo de cambio que, sin ser una etiqueta de conveniencia, pueda llevar coherentemente el apellido «psicosocial», siendo así más apropiado para la PC? Examinando las formas de cambio social identificadas (cuadro 4.8) y los contenidos más específicamente comunitarios (cuadro 4.9), podemos observar que contienen, junto a aspectos más amplios y globales, otros, más intermedios e interactivos, con los que podemos esbozar tres conceptos posibles de cambio psicosocial que son sintetizados en el cuadro 4.10.

Protagonismo y agencia de los sujetos. En el capítulo 2 se habló de cambio psicosocial para referirse al tipo de cambio comunitario —ni individual ni social, planificado desde arriba— en que las *personas* objeto del cambio son también *sujetos agentes*, protagonistas —coprotagonistas al menos— de él. La potencia agente y activa reconocida a los sujetos otorga la dimensión psicológica (en realidad psicológico-colectiva) a los esfuerzos sociales de cambio, justificando el calificativo «psicosocial».

© Ediciones Pirámide

Centralidad de aspectos intermedios y relacionales, como las actitudes, significaciones, valores, interacción o empoderamiento, que, junto a su significado subjetivo, son subrayados en los dos momentos decisivos del cambio: al definir los problemas o fenómenos a cambiar y al diseñar y llevar a cabo las soluciones, priorizando en ambos el significado y valor para los sujetos tanto del fenómeno a cambiar como de las metas alternativas a perseguir. Esta concepción concuerda con la que Rueda (1986) atribuye a la «praxis psicosocial» entendida como una búsqueda de alternativas a una situación social indeseable pero mantenida por un «sistema adaptativo» (pautas de significación, interacción y comportamiento colectivo) a modificar a través de un cambio autogestionado por el grupo social en que, venciendo aquellas resistencias al cambio y ahondando en la oposición dialéctica entre el «sistema adaptativo» actual —problemático e indeseable— y sus alternativas más deseables, se halle una síntesis más adecuada y funcional para el colectivo.

CUADRO 4.10

Cambio psiocosocial: concepciones

Concepto	Descripción
Agencia, protagonismo de sujetos	Las personas son colectivamente agentes protagonistas del cambio; cambio comunitario, desde abajo
Aspectos intermedios e interacción centrales	Se subraya el papel de interacción y pautas subjetivas de significado, valor y comportamiento en el cambio
Desequilibrio inducido de fuerzas psicosociales	Se alienta la «descongelación» del estado de equilibrio (fuerzas a favor y en contra) grupal y el «deslizamiento» conformista de los miembros del grupo hacia un nuevo estado de equilibrio

«Descongelando» y «recongelando» las fuerzas psicosociales. K. Lewin (1951, 1997) ha esbozado otra interesante versión del cambio psicosocial que integra dinámicamente aspectos psicológicos (iniciativa de los sujetos en un grupo) y sociales: normas, valores, hábitos, conformidad social, etc. Las situaciones sociales son concebidas como estados («cuasiestacionarios») de equilibrio inestable de dos tipos de fuerzas sociales: unas que mantienen ese estado y otras —«internas» al grupo— que «ajustan» o conforman el comportamiento de cada miembro al equilibrio del grupo. Para realizar un cambio en el grupo, hay que actuar sobre estas últimas, desbloqueando el equilibrio inicial mediante la generación de movimientos de miembros inconformistas del grupo que «arrastren» al resto. Se produce así un desplazamiento *(descongelación, unfreezing)* hacia un nuevo estado de equilibrio, que ha de ser «recongelado» o consolidado para no regresar por inercia al estado anterior. Se trata, pues, de un cambio genuinamente psicosocial, en que los individuos cambian en función de sus vinculaciones sociales a la vez que el sistema social se modifica en función de la conformidad y percepciones de los individuos, siendo ambos —sistema e individuos— interdependientes en el proceso participativo de cambio. El mantenimiento de programas (capítulo 7) de intervención puede ser visto como una forma de «recongelar» el cambio.

© Ediciones Pirámide

7.1. Potencial y límites del abordaje psicosocial

Cualquier forma de cambio supraindividual (psicosocial, comunitaria o social) tiene un potencial transformador incomparablemente mayor que el cambio individual al que tradicionalmente se ha dedicado el psicólogo. El abordaje psicosocial que corresponde al psicólogo en el espectro general de cualquiera de esas formas de cambio presenta, al mismo tiempo, una serie de dificultades o limitaciones que conviene al menos mencionar, junto a las soluciones u opciones para paliar esas dificultades (Sánchez Vidal, 1995). Todo ello es extractado en el cuadro 4.11.

El mayor *potencial* de cambio de la acción supraindividual frente a la individual deriva de: su mayor aplicabilidad a los problemas actuales, cada vez más globales e interconectados; su superior eficacia al «atacar» las raíces sociales de los problemas que debería generar efectos más duraderos y profundos y la mayor cobertura poblacional y, por tanto, la mayor eficiencia del cambio conseguido.

Las *dificultades y limitaciones* del enfoque psicosocial en el abordaje de temáticas globales incluyen:

- El *distinto nivel, y carácter, de causas y efectos al evaluar y al actuar*. En efecto, los problemas y sus causas son sociales, pero el abordaje es parcial, psicosocial. ¿Consecuencias? Uno: evaluación e intervención habrían de ser multidisciplinares, compartidas con otros enfoques complementarios; es razonable esperar efectos más paliativos que resolutivos de la intervención psicosocial en la medida en que el nivel causal nos está, de alguna manera, vedado por la naturaleza misma de la intervención y porque, igualmente importante, la titularidad de los cambios sociales no corresponde a ningún interventor concreto sino a la propia comunidad o sociedad como totalidad.
- Los *límites* de la *base científica y técnica* del abordaje psicosocial, pensados y probados con individuos, no con comunidades o colectivos; muchos de los conceptos y métodos usados son, además, de naturaleza no psicológica.
- La *dificultad de documentar los resultados*, derivada tanto del relativo desconocimiento y gran complejidad de los temas sociales como del largo plazo en que se producen los efectos de las acciones psicosociales, que resultan así «invisibles» en el corto plazo en que se mueven, además, las decisiones políticas y presupuestarias que los sostienen.
- *Problemas motivacionales y de acceso a la población*; la acción social —y más claramente la comunitaria— presenta una paradoja de difícil solución: las personas y grupos sociales que más necesitan y merecen la intervención (los más débiles y marginados) suelen ser —por su marginalidad, desinformación o falta de organización— los más desmotivados y, en consecuencia, menos accesibles a la actuación.
- *Dificultades y desencuentros éticos* derivados (capítulo 9) tanto de la mayor complejidad del tejido social y los valores de los actores como de las exigencias morales de una forma de trabajo, la comunitaria, que manda respetar al máximo el punto de vista y la iniciativa de la comunidad, lo que hace éticamente inviable una intervención en que los valores del interventor y la comunidad no tengan un mínimo de compatibilidad.
- *Costo* y riesgo de *instrumentalización política*. Al ser mucho más costosa que la acción individual, estar frecuentemente pagada con dinero público y tener un gran potencial para generar bienestar, la intervención social corre siempre el riesgo de ser aprovechada por los políticos para favorecer sus propios intereses, no los de la comunidad.
- *Homogeneización de las acciones*, para los distintos individuos, al no poderse tener en cuenta, como en la acción individual, sus características distintivamente personales; es el precio a pagar por trabajar con grandes grupos con problemáticas similares.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.11

Potencial, límites y «soluciones» del enfoque psicosocial

Potencial frente a cambio individual	Adecuación a asuntos globales desde raíces sociales Mayor eficacia esperable del cambio social generado Mayor amplitud y cobertura poblacional y menor costo relativo Bienestar derivado de la participación de la gente
Dificultades y límites	Causas sociales, globales, «soluciones» parciales psicosociales Limitaciones de base científica y técnica (psicológica/individual) Dificultad documentación de resultados: temas complejos con efectos «invisibles» y a corto plazo Problemas de motivación y acceso a los más necesitados, pero menos organizados y reivindicativos Dificultades y desajustes de valores éticos e intereses políticos interventor-comunidad Homogeneización de las acciones para todos los individuos Riesgo de instrumentalización política de la acción comunitaria
«Soluciones» paliativas	Análisis y acción multidisciplinar, sensibilización políticos sobre aspectos psicosociales de la acción social, reconocimiento de potencial y límites de dimensión psicosocial y enfoque comunitario, promover investigación aplicada e investigación-acción, evaluar programas, usar tipologías sociales e intervenciones multimétodo, examinar cuestiones éticas y políticas, establecer reputación profesional autónoma del poder político y ser técnicamente eficaz

Soluciones propuestas a estas dificultades y limitaciones del enfoque psicosocial incluyen: la formación y actuación multidisciplinar; la sensibilización de los gestores políticos sobre la naturaleza y relevancia de los aspectos psicosociales en los asuntos sociales y sobre el largo plazo de la acción social; el reconocimiento por parte del psicólogo tanto del potencial como de los límites de los aspectos psicosociales; la investigación aplicada y la consideración de las condiciones de «aplicabilidad» del conocimiento y la metodología psicosocial; la evaluación cuidadosa de programas, incluyendo el análisis causal de resultados; la orientación comunitaria y preventiva de las acciones; la formación ética para analizar las cuestiones de valor y para actuar correctamente, y la inclusión en las intervenciones de tipologías sociales y métodos múltiples que permitan dirigir esas intervenciones a las necesidades y características diferenciados de los grupos comunitarios.

© Ediciones Pirámide

8. PRINCIPIOS OPERATIVOS DEL CAMBIO SOCIAL

Resumo aquí en ocho puntos algunos principios operativos relevantes del cambio social (y psicosocial, si contemplamos esa distinción) derivados de diversas áreas con experiencia práctica y teórica en ese terreno. Aunque no constituyan un catálogo acabado, sino más bien una guía orientadora sobre cómo conducir el cambio social, se hace preciso subrayar su importancia en PC. Esos principios, y las concepciones que los inspiran, recuerdan las grandes diferencias, y *mayor dificultad*, del cambio social en relación al cambio individual al que está acostumbrado el psicólogo: siendo aquél incomparablemente más *complejo* y *multidimensional*, no podemos usar impunemente teorías y principios inspirados en la psicología individual (clínica u otra) como guía del cambio comunitario o social. Principios básicos del cambio social (y psicosocial)

propuestos son (cuadro 4.12): interdependencia, multiefectividad, inercia funcional y acción paradójica, visión interactiva o adaptativa, asunción de recursos y concepción dinámica y procesal.

1. Las partes o subsistemas de un sistema social son *interdependientes*. El cambio de una de las partes afectará a: la *relación* de esa parte con el resto del sistema y a *otras partes* con las que aquélla tenga relación. Un cambio en la relación entre subsistemas afectará a todos los subsistemas (red relacional) ligados por esa relación. Los efectos producidos en cada subsistema dependerán de la naturaleza y contenido de la relación de cada subsistema con el afectado y de las posibles interacciones potenciadoras (sinergias) o reductoras (interferencias) entre los diversos efectos así generados. Así, una acción para aumentar la autoafirmación de mujeres con baja autoestima afectará a los hombres (y el resto de las familias) con los que aquéllas se relacionan y al tipo de relaciones mantenidas entre unas y otros; el aumento del poder de un grupo o asociación comunitaria afectará a sus relaciones con el resto de colectivos y, si es suficientemente importante, al equilibrio de conjunto de la comunidad.
2. El cambio social tiene *efectos múltiples* al afectar a elementos interdependientes y, con frecuencia, jerarquizados de un colectivo o sistema social. Unos son positivos y deseados; otros, negativos e indeseados. Hay que tener en cuenta esos *efectos secundarios* al planificar y evaluar el cambio social intentando evitar o reducir los negativos e indeseables. A veces los efectos secundarios son buscados como *positivos* o deseables, aunque no sean admisibles a nivel explícito. Así, la recogida de información se puede usar para establecer una relación (efecto secundario) con una comunidad. O se busca la discusión abierta de un tema tabú (efecto secundario) en una campaña nominalmente dirigida a prevenir enfermedades de transmisión sexual por medio del uso del preservativo (campaña del «póntelo, pónselo»). El intento de cambiar un sistema en una dirección previsible exige conocer, en consecuencia, su estructura o composición y la relación (contenido e intensidad) entre sus partes. Esto nos ayudará a comprender y preveer los efectos secundarios causados por un *input* interventivo introducido en el sistema. Prácticas recomendadas para ello y para evitar los efectos secundarios negativos son: el conocimiento teórico y empírico del tema a tratar y el método a usar para conocer su funcionamiento y problemas; la evaluación sistemática de programas (tanto de sus resultados como del proceso) y la realización de pruebas piloto en actuaciones novedosas, complejas o muy costosas.
3. Los sistemas sociales tienden a *autorreproducirse*. Poseen una cierta «*inercia funcional*», «naturaleza» estable difícil de modificar: valores básicos, tradiciones, reguladores sociales y relacionales, hábitos, etc. También las personas que son miembros de esos sistemas suelen tender a la estabilidad temiendo lo desconocido y el cambio. Un intento de cambio demasiado brusco o extenso que no tenga en cuenta esas inercias y temores e intente «cambiarlo todo» puede suscitar reacciones o *resistencias* que «empujan» al sistema hacia su estado de equilibrio inicial («homeostasis»). Puede, a veces, llevarlo a un estado más alejado en la dirección contraria a la pretendida por el cambio («ley del péndulo»), lo que frustrará el intento de cambio haciéndolo perjudicial y *regresivo* en lugar de progresivo y positivo. Es preciso examinar con cuidado los factores que «mantienen» un sistema o colectivo social y las funciones —explícitas o implícitas— que los elementos que se trata de modificar tienen en ellos. Merton (1976) ha notado el previsible fracaso de intentos de cambiar ciertos fenómenos sociales que cumplen funciones sociales básicas sin aportarles formas alternativas de realizar esas funciones. Así, el intento de erradicar la prostitución, sin atender a las funciones no reconocidas, como alivio de tensiones y dificultades en los matrimonios. O las «leyes secas» sobre alcohol y drogas que, lejos de eliminar el consumo de las drogas ilegalizadas (que parecen cumplir funciones psicológicas y sociales relevantes para muchas personas), crean mecanismos de «distribución» paralelos y trasladan los problemas al ámbito policial y legal, sin resolverlo.
4. Ciertos cambios pueden requerir, entonces, una *intervención paradójica* que vaya en dirección opuesta a la lógica o esperable para conseguir una reacción o efecto dado. Así, por ejemplo, el aumento de un conflicto para poder resolverlo, o legalizar las drogas para resolver los problemas que causan. Es éste un principio discutible a usar con mucha precaución y, en general, como último recurso. La legalización de las drogas puede, por ejemplo, ser una forma de facilitar —sino incentivar— el consumo con previsibles consecuencias nefastas (dependencias y adicciones dañinas) para un buen número de los consumidores.
5. Es más apropiado definir la conducta o los problemas humanos a cambiar como fenómenos *adaptativos o interactivos* (interacción de la persona con otras y con su entorno) que absolutos: «buena», «mala»; «sana», «enferma». Los «requerimientos funcionales» (es decir, las cualidades para «funcionar» o vivir dentro de los límites socialmente admitidos) de un sistema o entorno son distintos de los de otro; lo que es apropiado en uno (hospital psiquiátrico, prisión) puede no serlo en otro (comunidad o sociedad no reglamentada). Los cambios pueden, por tanto, hacerse en cualquiera de las partes que interactúan para optimizar su *congruencia* o interacción:

   - La *persona,* incrementando sus recursos adaptativos e interactivos («habilidades»).
   - El *sistema* o contexto, disminuyendo o flexibilizando sus requerimientos funcionales o aumentando sus posibilidades adaptativas so-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.12

Principios del cambio social (Sánchez Vidal, 1991a)

Principio	Contenido
Interdependencia	Cambio en una parte afecta a otras relacionadas según contenido e intensidad de relación
Multiplicidad de efectos	Previstos e imprevistos, positivos y negativos (a eliminar o minimizar)
Inercia funcional	Los sistemas tienden a autorreproducirse; cambio bruscos o excesivos pueden provocar resistencias para volver a estado inicial
Perspectiva adaptativa o interactiva	Más adecuada para entender la conducta humana en relación con el contexto sociocultural; para mejorar interacción persona-entorno, se pueden introducir cambios en personas, entornos o en su relación
Recursos personales y sociales	Multiplicar (recursos ilimitados) ⟶ desarrollar recursos Redistribuir (recursos limitados) ⟶ política social
Evolución dinámica	Tener en cuenta como punto partida de intervención Estancamiento ⟶ bloqueo de fuerzas enfrentadas
Proceso/relación interventor-sistema importantes	Para atribución causalidad cambios y *empowerment* Para colaboración e integración interventor-sistema

© Ediciones Pirámide

cialmente aceptadas. Por ejemplo, incrementando los papeles socialmente apropiados, no definidos como patológicos o «desviados», y aumentando la tolerancia social respecto de las personas «distintas».
- En la *relación* entre personas y sistema, la opción psicosocial. Por ejemplo, aumentando el nivel de participación de las personas en las decisiones sociales o aumentando la interacción social positiva entre ellos (formas de cambio antes definido como «distributivo» —redistribución de poder de decidir— y relacional).

6. En todo sistema social hay (como en las personas) *recursos* y potencialidades por desarrollar: poder político, bienes económicos, poder psicológico, liderazgo, expectativas positivas, tendencias a mejorar la situación, interacciones, relaciones y apoyo mutuo, cohesión social, etc. El objetivo de la acción social será, según la situación y el tema: crear y *desarrollar* recursos, si ésos son *ilimitados* (desarrollo de liderazgo, organización política y desarrollo organizativo o comunitario, etc.); *redistribuir* (o «reciclar») recursos si ésos recursos son *limitados* y finitos a través del cambio social «redistributivo». Cada modalidad de cambio tiene su propia lógica, ventajas e inconvenientes: la redistribución de recursos para lograr una mayor igualdad (justicia distributiva) tiende a crear resistencias en los que tienen más y a veces a agudizar los conflictos existentes; la creación de recursos requiere planificación (y participación social): desarrollo de recursos humanos, nuevas instituciones y servicios, liberación de liderazgo y potencial político e iniciativa personal y organizativa, etc.
7. Todo sistema tiene una *evolución* (o regresión) determinada e interpretable como una sucesión dinámica de ajustes adaptativos a su entorno o a los estados y cambios precedentes: adaptación contextual y dinámica o evolutiva. Hay que conocer, y tener en cuenta, la dirección y tasa de cambio del sistema antes de intervenir: una actuación directamente opuesta a la dinámica central del sistema puede resultar fácilmente baldía y regresiva. Si esa dinámica se toma como punto de partida para modificar su dirección o ritmo o para introducir aportes compensadores (en función de los objetivos finales), sus efectos serán, probablemente, más eficaces y previsibles (aunque la línea marxista de pensamiento, partidaria de un cambio radical y revolucionario, aconsejaría, por el contrario, agudizar los conflictos para forzar un cambio verdadero; qué conviene en cada caso debe ser evaluado por el interventor en función de la situación real y no sólo del modelo teórico —funcionalista, marxista, humanista, etc.— ideal de cambio. Recuérdese a este respecto la discusión registrada en el tema del empoderamiento y los tres modelos allí descritos). Si el sistema está *estancado* («dinámica cero»), habremos de *analizar* qué ha conducido a ese estancamiento (historia previa) o cuál es el equilibrio de las fuerzas actualmente enfrentadas para diseñar una intervención —mediadora, potenciadota de liderazgo, introductora de nuevas fuerzas o puntos de vista, etc.— que dinamice el sistema. El conocimiento de la evolución histórica o el equilibrio dinámico actual permitirán diseñar una intervención técnica y estratégicamente más adecuada que evite dilapidar la energía del colectivo y del interventor, optimizando los aspectos estratégicos de la actuación social.
8. El *proceso* mismo del cambio y la *relación* entre interventor y sistema social (o grupo) son tan *importantes*, si no más, como el contenido mismo de la intervención. Aspectos relacionales o «procesales» como la forma de realizar el cambio y el tipo de métodos elegidos, el papel de cada parte, la confianza y tipo de comunicación mutua, el grado de participación e iniciativa de la gente o la adecuación del ritmo de la acción al de la gente son esenciales para su balance final. A la hora de la *atribución* de protagonismo y *causalidad* de los resultados del cambio, pueden darse tres opciones con diferentes efectos.

   - Si protagonismo y responsabilidad son atribuidos al interventor (modelo técnico al uso), aumentará el sentimiento de potencia (poder psicológico) y autoestima de ése en detrimento de los de los miembros del sistema social.
   - Si la intervención es, en cambio, protagonizada por el propio colectivo, éste se atribuirá la generación de esos efectos creciendo su poder colectivo.
   - En el caso intermedio de *colaboración* y corresponsabilidad —posible y deseable desde muchos puntos de vista—, el *crecimiento* psicosocial será *compartido*, aumentando, además, la *integración mutua* interventor-sistema social, otro efecto secundario, en este caso deseable para la futura cooperación de ambos.

© Ediciones Pirámide

9. PROBLEMAS SOCIALES

Los problemas sociales constituyen una de las grandes áreas de estudio sociológico que en conjunto reflejan tanto el análisis de los problemas de las respectivas sociedades (mayormente los problemas ligados al industrialismo y la desintegración social en Occidente) como los intereses ideológicos de la corriente desde la que se formula el análisis. De manera que la definición de lo que es un problema social, cuáles son sus causas y efectos y cómo puede ser prevenido o paliado está íntimamente conectada al marco teórico (marxista, funcionalista, modelo médico, visión moral, etc.) de quienes la formulan, escaseando en cambio escandalosamente los datos empíricos. Es decir, justo lo contrario de lo que sucede con las formulaciones focales de problemas psicológicos y psicosociales, en las que abundan los datos empíricos pero escasean los enmarques valorativos y la visión global en que insertar esos datos. Razón por la cual el análisis sociológico de los problemas sociales es de interés para el psicólogo comunitario, que no debe olvidar, en todo caso, los límites apuntados: exceso de ideología teórica y globalidad (en relación al punto de vista psicosocial) y carencia de datos, por un lado, y de soluciones, por otro. La elaboración de un punto de vista psicosocial (similar al ya esbozado en relación al cambio social) debería ser la prioridad de la PC y otras corrientes psicológicas en esta área. Muchas de las ideas sobre «problemas sociales» pueden ser, mientras tanto, útiles como alternativa más social y amplia a la estrecha noción de problemas psicológicos, excesivamente ligada a la psiquiatría, que tendemos a manejar en PC. Aquí, y vistos los límites citados, me limito a dar unas pinceladas de definición, carácter y explicación teórica, enviando al lector interesado en profundizar el tema a los textos de Merton (1976); Rubington y Weinberg (1995); Sullivan y otros (1980), que, junto a Fuller y Myers (1941a y 1941b), sigo en esta exposición y, en castellano, a la integración realizada en el texto de *Psicología Social Aplicada* ya citado (Sánchez Vidal, 2002a).

9.1. Definición e ingredientes

Sintetizando, se acepta generalmente que en un problema social concurren una situación «objetivamente» problemática y una definición socialmente subjetiva de esa situación, de forma que el problema manifiesta una discrepancia significativa entre «lo que es» (las condiciones sociales reales) y «lo que debería ser» (la norma o ideal social) y existe cuando un número significativo de personas o un grupo influyente *perciben* una *situación* como *incompatible con —o amenazadora para— sus valores y* están de acuerdo en que *es necesaria* una *acción colectiva para cambiarla*.

Ingredientes básicos. Es decir, un problema social, a diferencia de las cuestiones personales, que sólo afectan a la persona y su entorno relacional inmediato, amenaza fines y valores sociales que requieren soluciones colectivas. El componente subjetivo se construye a partir de *valores sociales* que definen una situación como *deseable* para un colectivo que, además, tiene conciencia de la *discrepancia* entre el estado social ideal o deseable y la realidad concreta y juzga, finalmente, esa discrepancia como inaceptable. El «colectivo» puede estar formado por muchas personas o consistir en un grupo —generalmente organizado— socialmente influyente y poderoso, por tener acceso a medios económicos, políticos, militares, de comunicación masiva u otros, que piensa que hay que actuar para

© Ediciones Pirámide

cambiar la situación indeseable. La subsiguiente acción social puede estar protagonizada por sujetos colectivos —como los *movimientos sociales*— que no sólo actúan para resolver los problemas sociales sino, con frecuencia y a veces en función de intereses compartidos, se conciertan para identificarlos como tales problemas ante el conjunto de la sociedad («legitimándolos» así socialmente).

Los *intereses* de diversos colectivos sociales pueden coincidir (lo que creará dinámicas *convergentes* de acción) o divergir, lo que generará *conflictos sociales* más o menos abiertos. El «mapa» de intereses puede variar en cada comunidad o situación concreta, hasta el punto de que lo que unos definen como problemas sociales en algunos casos puede ser positivamente valorado por otros; así la cocaína puede ser el problema de una sociedad europea pero, también, «la solución» para un agricultor colombiano; «la droga» puede ser el problema de los adultos pero «la solución» para el ocio de algunos adolescentes. Conviene, en fin, distinguir problemas sociales *patentes* (en que, como se ha definido, existe conciencia de problema) y *latentes*, en que la condición objetiva (sobrepoblación, pobreza, desigualdad, discriminación...) existe pero *no hay conciencia de problema*. El científico social debe, según Merton, desenmascarar y hacer patentes los problemas latentes enfrentando críticamente a la sociedad con ellos y contribuyendo, además, a *anticipar* futuros problemas patentes derivados de aquéllos. Así, el exceso de población debe alertar sobre conflictos económicos y sociales entre grupos o países y sobre conflictos sociales (pobreza, violencia...) asociados.

Vemos que, a diferencia de los problemas individuales, en el análisis —y solución— de los problemas sociales debemos tener en cuenta una serie de aspectos sociales relevantes como (Sullivan y otros): normas y valores, poder social y autoridad institucional, grupos de interés *(stakeholders),* diversidad cultural y social, el etnocentrismo (en la definición de los problemas sociales a partir de nuestros propios valores y tradiciones) y la regla democrática de la mayoría que, en situaciones de apatía como las actuales, puede dejar en manos de ciertas élites (medios de masas, aparatos políticos, grupos de presión) la definición de los intereses y prioridades sociales. En consecuencia, desde el punto de vista del análisis, conviene preguntarse: ¿*quién* define ciertas cuestiones como problema social?, ¿a quién *beneficia* la existencia de tal o cual problema social?, ¿quién *habla en nombre de la mayoría*?, ¿a quién *representan* los poderosos que toman las decisiones?, ¿cuál es la relación entre problemas sociales, principios democráticos y mayoría en la situación X?, ¿qué ocurre con el bienestar —y la opinión— de las minorías y con la justicia distributiva global según como se definan los problemas sociales?

Cuestiones prácticas a plantearse si tratamos de resolver los problemas sociales:

- ¿Es el asunto que tratamos realmente un problema social en el sentido de que algún grupo social influyente es *consciente* de tal condición? Si, por el contrario, y como sucede en problemas crónicos y difusos como la pobreza o la marginación, ningún *grupo social «se hace cargo»* del problema, careceremos de los actores (y las energías) sociales para abordar su solución que suele requerir la movilización social significativa.
- ¿Tiene solución «humana» o se trata de una catástrofe natural no modificable por la acción humana (aunque sí se puedan reducir sus consecuencias destructivas)?
- ¿*Queremos* resolver el problema? Es decir, ¿estamos dispuestos a asumir los costos sociales exigidos por la solución, como sacrificar determinadas libertades o modificar disposiciones sociales básicas? ¿Estaríamos, por ejemplo, dispuestos a prohibir las películas y programas violentos para eliminar su impacto negativo sobre los niños?
- ¿*Debemos intentar* solucionar el problema? Hay que ser consciente de que si un problema (como la prostitución, las drogas, el «vicio» en general) tiene funciones sociales o psicológicas *latentes*, erradicarlo puede crear otros problemas de similar o peor cariz por las funciones compensadoras que para el mantenimiento de la vida social (o personal) tienen esos problemas, según se indicó al explicar los «efectos secundarios» del cambio social. Parece que el «orden social» (*cualquier* orden social) somete a las personas a unas exigencias que hacen surgir, en el límite, tensiones compensatorias indeseables o «problemáticas» para ese orden que acaban siendo «etiquetadas» (y vividas) como discrepantes o «desviadas».
- ¿Aceptamos los *costos* de resolver el problema, por ejemplo, mantener limpios el aire y las aguas (o, en un país en desarrollo, mantener los bosques y emitir pocos gases contaminantes con la consiguiente limitación de la tasa de crecimiento económico)? Hay que tener en cuenta, en ese sentido, los límites —económicos, pero, también, sufrimiento, reducción de bienestar y seguridad, etc.— de lo que la sociedad está dispuesta a «pagar» para alcanzar un determinado nivel de resultados.

© Ediciones Pirámide

9.2. Enfoques teóricos: causas, efectos y soluciones

Existen varias visiones o enfoques de los problemas sociales, en parte divergentes y en parte complementarios, en la medida en que privilegian unos u otros aspectos de tales problemas. Enfoques que casi siempre destacan la descripción de las causas y efectos de los problemas en detrimento de sus soluciones o prevención. Merton ha distinguido dos formas generales de comprensión de los problemas sociales, ligados a dos tipos distintos de problemática: *desorganización social* (la estructura social no funciona adecuadamente y causa un desajuste de los roles y estatus de sus miembros) y *comportamiento «desviado»* o discrepante (*deviant*); algunos individuos incumplen sus funciones sociales cayendo en la delincuencia o el trastorno mental). Contando con descripciones más detalladas (Rubington y Weingberg; también Etzioni, 1976; Merton; Sullivan y otros) se ha elaborado un resumen de los principales enfoques teóricos que amplía el esquema anterior y que aparece resumido en el cuadro 4.13 en los aspectos de concepto, causas y soluciones de los problemas sociales y que describo a continuación.

- *Patología social*. Concepto «organicista: los problemas sociales son enfermedades; las personas que violan ciertas expectativas morales son consideradas enfermas. Las causas de los problemas sociales son fallos de socialización en tres áreas de «patología» (las tres «des»): delincuencia, deficiencia y dependencia; las soluciones a los problemas son la eugenesia, la educación y el cambio de valores. Es un modelo simplista de principios del siglo pasado, hoy básicamente obsoleto.
- *Desorganización social*. Surgido al observar los desarreglos asociados a la emigración masiva, urbanización e industrialización de EUA, tras la Primera Guerra Mundial. La sociología, que quiere establecerse como ciencia autónoma, aplica las ideas «objetivas» de «organización social» y «reglas sociales» de forma que los problemas sociales serían *fallos* (anomia, conflicto cultural, etc.) *de* esas *«reglas» sociales* acompañados de desorganización o desajuste del sistema social visible en las familias, personas o en el trastorno mental.
- *Conflicto de valores*. En reacción a la visión objetiva, valorativamente neutral del modelo anterior (que, se dice, justifica, en realidad, el sistema establecido reflejando los valores de las clases medias estadounidenses), se hace explícito el conflicto de valores o intereses entre grupos sociales (ligados a la visión subjetiva de la competencia y la lucha por recursos y derechos escasos) como núcleo no sólo de los problemas sociales sino de sus posibles soluciones.
- *Conducta disconforme o «desviada»*. El sistema social está globalmente organizado, pero algunos individuos «incumplen» sus funciones y papeles sociales y se comportan de manera distinta o disconforme con las normas establecidas, cayendo, por ejemplo, en la delincuencia. La asociación a personas y grupos socialmente disconformes o «desviados», la carencia diferencial de oportunidades para alcanzar los objetivos institucionalmente mandados o el

© Ediciones Pirámide

CUADRO 4.13

Visiones de los problemas sociales (PS) y sus soluciones (Rubington y Weinberg, 1995; Etzioni, 1976; Merton, 1976)

Modelo	Concepto y causas PS	Soluciones
Patología social	Deficiencia orgánica y violación expectativas morales ligadas a fallos de socialización	Educación y cambio de valores
Desorganización social	Fallos de «reglas» sociales: instituciones no cumplen bien su papel socializador	Reforma de instituciones sociales; consenso social
Conflicto de valores	Conflicto de valores/intereses de grupos sociales; elaboración subjetiva de una condición objetiva	Consenso, negociación, imposición del más fuerte
«Desviación»/ disconformidad social	Individuos incumplen su papel o las funciones sociales	Resocialización; Asociación «diferencial» Igualdad de oportunidades para alcanzar metas sociales
Etiquetado	Resultado proceso etiquetado socioprofesional y estigmatización social resultante	Cambiar definiciones de PS evitando etiquetas Eliminar recompensas asociadas a etiquetado
Enfoque marxista crítico	Manifestación de conflictos sociales lucha de clases, profundos Desigualdad social	Cambio social radical eliminando conflictos y desigualdad; emancipación humana
Construcción social	Conducta colectiva de queja, elaboración subjetiva Proceso reivindicativo de movimientos sociales	Reconstruir/desmontar PS
Neoliberal/neoconservador	Élites/gobierno no garantizan condiciones para que funcione el mercado: competencia, libertad, iniciativa privada	*Laissez faire*, no intervenir. Garantizar condiciones de libre competencia e iniciativa privada

etiquetado social (que se desglosa como enfoque diferenciado) son variantes teóricas del enfoque de desviación que sirvió de guía para ambiciosos programas sociales de mejora de la situación de las minorías en EUA.

- *Etiquetado (labeling)*. Cercano al modelo anterior que se ocupa del «producto» de la desviación (la conducta «desviada»), mientras que éste se centra en *el proceso* subjetivo («etiquetado») de definición social de la desviación usando las ideas del interaccionismo simbólico, con los problemas mentales y la delincuencia. Interesan también las reacciones sociales —como la *estigmatización* social o la *desviación secundaria* (adaptación al papel «desviado» o disconforme)— que el proceso de etiquetado provoca. La misión de ciertos profesionales (psiquiatras, psicólogos, jueces, periodistas) es precisamente asignar etiquetas, lo que conlleva consecuencias negativas —pero también positivas, como eludir responsabilidades al asumir el papel de «enfermo»— para los sujetos etiquetados.
- *Perspectiva marxista* («crítica», en EUA). Los problemas sociales reflejan conflictos sociales profundos ligados a los procesos de producción (y hoy en día al consumo y al control de la información y los capitales) y la lucha de clases o grupos sociales por el control de recursos escasos. El cambio social estructural (la revolución) y la emancipación humana son las soluciones propuestas.
- *Construccionismo social*. Visión radicalmente *subjetiva*, síntesis de etiquetado y conflicto de valores: los problemas sociales, siendo una forma de comportamiento colectivo en que los actores (movimientos sociales) «construyen» los problemas mediante un proceso reivindicativo o de queja sobre una condición social y la respuesta institucional (o falta de ella) a tales reivindicaciones. Un problema se «construye» socialmente a partir de tres elementos: los intereses sociales, la indignación moral de la gente y la «historia natural» del tema en cuestión.
- Neoconservador o *liberal*. Los problemas sociales son fallos de autorregulación de un sistema social —basado en el mercado, la competitividad y la libertad individual— que favorecen la supervivencia de los más aptos y el funcionamiento eficiente del sistema. Se producen fallos en el mercado o el «contrato social» entre la gente y sus líderes elegidos que se solucionan sin intervención externa *(laissez faire)*, garantizando la libertad e igualdad de oportunidades para competir o reformando la socialización de la gente mediante el progreso científico y la eficiencia técnica o la mejora del liderazgo.

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. A diferencia de las teorías psicológicas pensadas para la persona y el cambio individual, en PC precisamos conceptos y teorías *psicosociales* (salud mental positiva, desarrollo humano, empoderamiento y participación), centrados en la interacción y la adaptación social, y *sociales,* globales: comunidad, cambio social, problemas sociales, desarrollo comunitario y activación social.
2. Dada la vocación práctica e interventiva del campo, conceptos y modelos comunitarios tienen siempre una orientación *operativa*, más acusada en unos (desarrollo humano, empoderamiento, participación, cambio social, desarrollo comunitario y dinamización social) y menos en otros, y *analítica,* orientada hacia el análisis y la comprensión: salud mental positiva, comunidad y problemas sociales.
3. Ideas y modelos teóricos reflejan los problemas e intereses sociales y comunitarios de cada región, norte (problemas del industrialismo y desintegración social) y sur (pobreza y desigualdad). Tienen a la vez funciones explicativas y *analíticas*, *operativas* o interventivas y *valorativas* (valor social e implicaciones éticas). Con frecuencia son, a la vez, conceptos y modelos teóricos y de investigación, valores guía de la práctica, estrategias interventivas y áreas de actuación.

© Ediciones Pirámide

4. La *salud mental positiva*, idea directriz de la salud mental comunitaria, identifica las cualidades ideales de la persona desarrollada, sensibles al contexto psicosocial. Abarca seis áreas o criterios: actitud positiva sobre uno mismo, autoconcepto; actualización y desarrollo personal; integración de tendencias psicológicas; autonomía razonable del entorno físico y social; percepción correcta de la realidad y empatía; dominio juicioso del entorno.
5. El *desarrollo humano* se logra añadiendo a las capacidades de la persona suministros físicos, psicológicos y socioculturales externos. Los *suministros físicos* (alimentación, vivienda, ejercicio físico y estímulos sensoriales) posibilitan el desarrollo corporal. Los suministros *psicosociales* facilitan el desarrollo intelectual y afectivo por medio de la relación estable con «otros significativos» con los que se intercambia afecto, normas y formas de participar en la vida social. Los suministros *socioculturales* —valores, normas, significados, etc.— derivan de la estructura social y las costumbres culturales, sitúan al individuo en el sistema social y le permiten progresar, obtener recompensas y alcanzar metas. Las personas deben ser consideradas *sujetos* que buscan y utilizan *activamente* los suministros que precisan.
6. El *empowerment* o empoderamiento introduce el poder en PC compensando el dominio teórico de la comunidad; es el proceso por el cual personas y comunidades adquieren poder. Se compone de: el acceso a los recursos sociales valiosos, la participación para alcanzar metas compartidas y la comprensión del contexto sociopolítico. Se analiza y desarrolla en los niveles *individual (poder personal*: conciencia o percepción subjetiva de poder y control real de la propia vida) y *relacional y microsocial*: interacciones sociales para organizarse y participar a través de estructuras sociales intermedias en esfuerzos colectivos para adquirir poder. En el nivel macrosocial, es poder social.
7. El *poder* es una forma de influencia social y control de recursos globales central al análisis y acción social. Toma diversas formas y expresiones. Se ejerce directamente sobre otros (relaciones de dominación) o a través de instituciones y organizaciones *(autoridad)* que pueden ser entendidos como sistemas de dominación: economía, milicia, ley y política, etc. Es constituyente de muchos fenómenos sociales relevantes: estructura social, ideología, delincuencia, conflicto y desigualdad y problemas sociales en general. El nivel *psicosocial* del poder incluye la percepción compartida de poder o su carencia *(powerlessness)* asociada a problemas sociales como la pobreza, la marginación y la opresión y los intercambios de poder que acompañan a toda interacción social, profesional o no, simétrica o asimétrica.
8. El *empoderamiento* tiene gran interés práctico en PC; puede ser concebido desde tres modelos o puntos de vista: *cooperativo*, el poder es un recurso ilimitado que se puede crear y desarrollar en otros (aumenta la solidaridad y comunidad social); *competitivo*, el poder es un recurso limitado, se ha de redistribuir, los que menos tienen se han de apoderar del que ostentan los más poderosos (presupone y aumenta la competición y el *conflicto* social); *recursos sociales*, la formación de un espacio social genera recursos que se han de distribuir equitativamente para garantizar el desarrollo humano de todos (el poder es un recurso ilimitado al constituir espacios sociales y limitado una vez constituidos).
9. El *proceso* operativo de *empodermaiento* tendría cuatro pasos: identificar un grupo social con potencial de poder (y, en general, sentimiento de impotencia); ayudar a generar sentimientos/conciencia de potencia; establecer relaciones con otros y fomentar el sentimiento de pertenencia participando en acciones colectivas u organizándose para alcanzar objetivos comunes; diseñar y realizar acciones sociales para obtener poder y recursos sociales valiosos.

© Ediciones Pirámide

10. El *cambio social* supone modificaciones en la estructura o el funcionamiento de los sistemas sociales y no sólo en sus miembros individuales. Hay varias *formas* (o tipos) según cambie la estructura social (instituciones y sus fines), las relaciones horizontales o verticales o la distribución de poder y recursos o se desarrollen capacidades personales y sociales o se generen alternativas (instituciones) sociales. La acción *comunitaria* adopta varios contenidos de cambio —además del estructural—: prestación de servicios, prevención de problemas y conflictos, desarrollo de recursos, desarrollo comunitario y reconstrucción de tramas sociales.
11. Un *cambio psicosocial* diferenciado del social pero ligado a él puede ser concebido de tres formas complementarias: esfuerzo colectivo en que las personas son *sujeto agente* colectivo, no sólo objeto, del cambio (concepto comunitario); cambio centrado en la *interacción* y las pautas *subjetivas* colectivas de significado, valor y comportamiento en la adaptación; *desequilibrio inducido* («descongelación») de fuerzas grupales a favor y en contra del cambio y congelación o estabilización en un nuevo estado.
12. La acción social o comunitaria tiene un mayor *potencial de cambio* al ser más aplicable a las problemáticas humanas actuales, atacar sus raíces causales y llegar con más «profundidad» a más gente. El *enfoque psicosocial*, parcial y de nivel medio usado por el psicólogo tiene a su vez importantes dificultades y límites que no deben ser ignorados: da una «respuesta» parcial a cuestiones globales e interrelacionadas, su base científica y las técnicas usadas (con frecuencia no psicológicas), documenta los resultados a largo plazo, muchas veces «invisibles», el acceso a los grupos más débiles y marginados, los desencuentros y problemas éticos, el alto costo y el riesgo consiguiente de instrumentalización política y el inevitable trato homogéneo de los individuos en la acción global. «Soluciones» para paliar esos problemas incluyen: colaboración multidisciplinar, reconocimiento del potencial y los límites de lo psicosocial, concienciación social sobre la naturaleza del cambio social, evaluación cuidadosa de los programas y hacer uso del enfoque comunitario, el análisis ético previo y las acciones multimétodo que tengan en cuenta la pluralidad social de los destinatarios.
13. *Principios* operativos del *cambio social* incluyen: interdependencia de las partes o subsistemas; multiplicidad de efectos, incluyendo los negativos e indeseados; inercia funcional y reproducción del sistema; conveniencia de ver la conducta como fenómeno interactivo o adaptativo; asunción de recursos personales y sociales que se pueden desarrollar y redistribuir; importancia de la dinámica del sistema y de la relación entre el interventor y la comunidad para la generación de poder en función de los resultados obtenidos.
14. Un *problema social* implica la definición subjetiva de una condición objetiva: un grupo social numeroso o influyente alega que existe una situación incompatible con sus valores y piensa que es preciso actuar colectivamente para cambiarla. La existencia de una condición social problemática sin la correspondiente conciencia colectiva de problema define un problema social *latente*. *Parámetros sociales* clave para *definir* un problema incluyen: normas y valores que definen una situación como inaceptable, acceso al poder y los recursos sociales, existencia de grupos de interés y movimientos sociales asociados al asunto de interés y visión etnocéntrica de ese asunto.
15. Los *modelos* teóricos propuestos para entender —y resolver— los problemas sociales están muy ligados a las tendencias sociológicas dominantes en cada momento; los conciben como: patología social («enfermedad moral»); desorganización global por

© Ediciones Pirámide

fallo de las reglas sociales; conflicto de valores o intereses de las facciones sociales; conducta individual disconforme o «desviada»; fruto del etiquetado social estigmatizador; conflicto social profundo entre grupos dominantes y oprimidos y alienados del control de los medios de producir, consumir e informarse (enfoque crítico-marxista); construcción social y reivindicación colectiva; fallo de los mecanismos (mercado, competitividad) de autorregulación social (liberalismo).

TÉRMINOS CLAVE

- Teoría comunitaria
- Salud mental positiva
- Criterios de salud mental positiva
- Desarrollo humano
- Suministros físicos
- Suministros psicosociales
- Suministros socioculturales
- Poder social
- Empoderamiento
- Modelo cooperativo de empoderamiento
- Modelo competitivo o de conflicto
- Modelo de recursos
- Cambio social
- Cambio comunitario
- Cambio psicosocial
- Principios operativos del cambio social
- Problemas sociales
- Enfoques teóricos de los problemas sociales

LECTURAS RECOMENDADAS

Sánchez Vidal, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Prentice Hall.

Explica sintéticamente varios conceptos teóricos y analíticos, así como un capítulo (el 3) dedicado a la teoría en la acción psicosocial en general.

Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R. y Sigal, J. (eds.) (1980). *Community Psychology*. Nueva York: Gardner.

Recoge una serie de enfoques sociales útiles en PC.

Kofkin, J. (2003). *Community Psychology. Guiding principles and orienting concepts*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Puesta al día de conceptos comunitarios relevantes (sobre todo el *empowerment*).

© Ediciones Pirámide

Investigación comunitaria. Sentimiento de comunidad 5

Comprender, actuar, describir y explicar. Siendo la PC una empresa de vocación activista, orientada hacia la acción y el cambio social, investigación y desarrollo teórico han sido relegados, como intereses secundarios, a un segundo plano. Esos intereses, sostenidos aunque secundarios, han tendido a seguir dos caminos. Uno, combinar, siguiendo el rumbo marcado por Kurt Lewin, investigación y acción de alguna manera provechosa para ambos, ignorando, con frecuencia, que los intereses y destrezas requeridos por cada línea son diferentes, de forma que incrementar las condiciones (control experimental o estadístico) para acumular conocimiento supondrá reducir el potencial de producir cambios sociales (a corto plazo, al menos), y, *viceversa* que disponer las cosas desde el punto de vista de la acción y el cambio social tiende a dificultar la investigación sistemática de los fenómenos comunitarios. Algo similar sucede con el papel involucrado: las condiciones personales y profesionales requeridas por la acción y el cambio social son diferentes de las aconsejadas para estudiar y analizar los fenómenos; y no es frecuente que coexistan las dos condiciones en una persona. La investigación-acción es el intento más interesante de combinar una y otra líneas: acumular conocimiento por medio de la investigación y producir cambios sociales por medio de la acción.

El segundo camino de la investigación comunitaria ha seguido la tradición de las ciencias naturales dominante en la psicología anglosajona, separando investigación y conocimiento de acción y buscando medir y poner en relación empírica y objetivamente dimensiones concretas de los fenómenos comunitarios y en distintos contextos o momentos de cambio. Como se indica enseguida, hay muchas dudas de que la estrategia de fragmentación analítica objetivista que tan fructífera ha sido en la física y las ciencias naturales sea apropiada en el campo social; y, también, de que separar radicalmente investigación y acción sea el camino adecuado —o, cuando menos, el camino menos malo o problemático— de generar conocimiento sobre la comunidad y de entender cómo cambia. De la investigación comunitaria podría decirse que, como «los caminos del Señor», son ilimitados. Y es que hay diversas variantes intermedias o formas de combinar los enfoques o métodos concretos de uno y otro caminos —acción e investigación, comprensión global y análisis microobjetivista—, como la evaluación de programas (capítulo 6) u otras formas de investigación aplicada. Existen también otras líneas de investigación más básica de los fenómenos y procesos comunitarios quizá menos «rentables» interventivamente a corto plazo pero esenciales para construir teoría y acumular conocimiento específico absolutamente necesario en un campo demasiado escorado, como se ha dicho, hacia el activismo y, además, hacia los dos polos extremos pero igualmente limitados: el psicologismo, que lleva a utilizar el conocimiento y seguir las teorías de la psicología individual, y el sociologismo, más cercano a la realidad comunitaria pero desconocedor del terreno psicosocial interme-

© Ediciones Pirámide

dio, único adecuado para describir, según lo dicho en el capítulo 2, la realidad psicológico-comunitaria y la subjetividad que le es propia.

Enfoques y temas. Vista en su globalidad, la investigación se mueve entre los dos polos señalados: uno anglosajón, empírico, cuantitativo, estático, que busca explicaciones de dimensiones específicas (como el sentimiento de comunidad o el estrés) usando como herramientas la descripción objetivista y microscópica y el análisis y la inferencia estadísticos. Otra que trata de comprender globalmente los fenómenos comunitarios a través de estrategias cualitativas que incluyen y potencian la subjetividad social de los actores y la dinámica de esos fenómenos. Tanto la ideología y sistema de filtros de la «literatura internacional» (hecha en inglés, básicamente en EUA y otros países de cultura anglosajona: *American Journal of Community Psychology, Journal of Community Psychology, Journal of Community and Applied Social Psychology*) como los sistemas establecidos de recompensas universitarias favorecen la primera tendencia, permaneciendo la segunda en una situación relativamente marginal, excepto en buena parte de la PC latinoamericana. Los intentos de combinar ambos enfoques, cualitativos y cuantitativos, son limitados y mucho menos frecuentes en todo caso que los intentos de enfrentar uno y otro. En cuanto a contenidos investigados, dos temas (de procedencia estadounidense los dos) dominan claramente el campo comunitario: el sentimiento de comunidad y el *empowerment*. Participación, estrés, apoyo social y otros (citados en el capítulo 4) permanecen en segundo plano o son complementarios, relativamente marginales al campo o no son específicos de él, sino transversales o multidisciplinares.

A falta de exposiciones de conjunto e integradas sobre la investigación psicológico-comunitaria, o comunitaria a secas, sólo pretendo esbozar aquí una panorámica amplia de su metodología —que incluye una aproximación al concepto y condiciones propias de la investigación comunitaria— e ilustrarla describiendo una investigación empírica de uno de sus conceptos básicos: el sentimiento de comunidad. Sigo en la parte metodológica la exposición de D'Aunno y Price del libro de Heller y otros (1984; capítulos 3 y 4), una descripción amplia y razonable del tema que complemento con comentarios propios o de otros autores. Otras explicaciones útiles incluyen la de Gómez Jacinto y Hombrados (1988) sobre diseños de investigación y la más teórica y abstracta de Tolan y otros (1990). En el capítulo 3 se mencionaron diversas fuentes y procedimientos apropiados para estudiar la *comunidad*; el capítulo 6 incluye consideraciones metodológicas adicionales ligadas a la *evaluación* como estrategia para generar información eminentemente «aplicada» o utilitaria describiendo, además, otros métodos —más verbales— escasamente representados en la panorámica aquí mostrada. En general parece más apropiado y potencialmente fructífero considerar la investigación psicológico-comunitaria más investigación *social* que investigación psicológica.

1. LA INVESTIGACIÓN COMO INTERCAMBIO COOPERATIVO

D'Aunno y Price recuperan la noción amplia de la metodología que, además de incluir un muestrario de técnicas, implica unas asunciones y valores que el investigador habrá de conocer y tener en cuenta a la hora de elegir un método o enfoque metodológico en una situación concreta y en el contexto de un proceso con unos objetivos dados. Ello exige, entonces, examinar las características y asunciones implícitas de cada enfoque, sus «indicaciones» de uso, sus ventajas y fortalezas y sus límites e inconvenientes.

La pretensión de neutralidad valorativa ha estado justificada en las ciencias sociales por el deseo de hacerlas tan respetables y «científicas» como las ciencias naturales o físicas, evitar el «mentalismo» y otras «desviaciones» pseudocientíficas. Esa pretensión es hoy en día un mito insostenible en los campos sociales y psicosociales, en los que se extiende la conciencia de que la ciencia neutral, libre de valores, no existe y es, probablemente, un ideal no sólo inalcanzable sino, probablemente, equivocado. La visión de los científicos sociales está, como la de cualquier humano, teñida de asunciones, valores y preferencias que ejercen una gran influencia

© Ediciones Pirámide

sobre la selección de los asuntos a investigar, la forma como son definidos e investigados y la manera en que se interpretan y utilizan los resultados obtenidos. Parece, pues, más conveniente reconocer que ciencia y valores no son incompatibles y que, dado que el investigador está cargado de asunciones, preferencias y valores, la mejor manera de proceder es hacer lo más *explícita* posible esa «subjetividad» e intentar entender su origen y el impacto que tendrá en nuestro trabajo de investigación o actuación. ¿Cómo?

El procedimiento más adecuado para solucionar esta y otras dificultades planteadas por la investigación comunitaria —concebida como investigación social— será, según D'Aunno y Price, buscar un pacto o «*contrato*» —explícito o implícito— con la comunidad. La asunción de partida es que la investigación es una empresa *cooperativa* y relacional en que los participantes *intercambian recursos*: unos (investigadores) aportan metodología y conocimiento técnico y ayudan a resolver problemas y alcanzar objetivos; otros (la comunidad) aportan información, interés e implicación en los asuntos por conocer y/o solucionar. La negociación del contrato tiene aspectos políticos a la vez que técnicos y se complicará por las diferencias de necesidades y valores de cada parte, que deben ser reconocidas y enfrentadas. Es deseable que haya un equilibrio (lo que en el capítulo 9 llamaré *equidad relacional*) o relativa igualdad en el intercambio de forma que, en la medida de lo posible, resulte satisfactorio para las dos partes: si una de ellas se siente usada o infravalorada, la colaboración será insatisfactoria y el proceso general ineficaz (fallará la motivación, se falsearán los datos, etc.).

Papel del investigador comunitario. Esta concepción relacional, no unilateral, de la investigación conlleva un cambio y ampliación del papel del científico social. Junto al tradicional interés en construir teoría y generar conocimiento, ese papel debe incluir también un compromiso con el bienestar y desarrollo de la comunidad que convierta la relación de ésa con el investigador en un verdadero intercambio en que aquél *da* algo a cambio de la colaboración y la información que recibe de la gente. El papel investigador queda delineado por estos principios.

- Los asuntos a investigar están ligados a *las necesidades e intereses comunitarios*: el investigador, la comunidad o ambos identifican un problema o interés comunitario que la investigación puede ayudar a conocer, resolver o satisfacer o ambas cosas.
- La investigación es un *instrumento de acción* social, además de un fin: un medio para evaluar necesidades y recursos y elegir el curso de acción más apropiado. Debe generar, en consecuencia, «productos» socialmente *útiles*: no sólo un artículo científico sino, también, evaluaciones, procesos de intervención, formación de actores sociales, etc.
- La evaluación de la acción social es, pues, un *imperativo ético*.

Más recientemente Kofkin (2003) ha expresado un punto de vista similar con matices adicionales. La investigación comunitaria debe, según ella: reconocer que no está libre de valores; incluir los procesos ecológicamente imbricados en *niveles supraindividuales*; ser *sensible a las diferencias* y especificidades *culturales*; ser socialmente útil, además de teóricamente relevante, y *respetar las capacidades* de la gente. He subrayado los tres aspectos añadidos a lo anterior siguiendo los principios de contexto, diversidad y enfoque de recursos sobre los que la autora asienta la PC.

El «nuevo» papel aquí resumido reitera para la comunidad los postulados críticos que la psicología social aplicada (Sánchez Vidal, 2002a) ha recogido de la idea de investigación-acción de Lewin y que encuentran su práctica más radical y comprometida en la psicología social comunitaria. Tiene, además, y como reconocen los autores, sus propios *límites*, a saber: exige más tiempo y esfuerzo, incluye confrontar las cuestiones políticas de las comunidades y sus grupos organizados y difiere notablemente del papel tradicionalmente reconocido al psicólogo, sobre todo en el mundo académico.

Hay que hacer, sin embargo, una importante precisión a esta visión de la investigación en lo tocante a su segundo principio, al menos tal y como lo expresan D'Aunno y Price. La investigación *no* es un instrumento de acción social sino de *creación*

© Ediciones Pirámide

de conocimiento, aun cuando, en sus versiones más «aplicadas», el conocimiento tenga, además de relevancia teórica, uso en la acción social, que pasaría así a ser un fin secundario, no primario, de la investigación. Es decir, no hay problema en reconocer la generación o el uso de conocimiento *para* actuar (conocimiento aplicable o útil para la acción social) como *una* de las orientaciones de la acción investigadora, siempre que *ni* sea la *única* ni necesariamente la más importante o meritoria, aun cuando en áreas de trabajo activista, como la PC, esa orientación tenga comprensiblemente cierta prioridad. Pero la existencia de orientaciones aplicables de investigación sólo parece aceptable y saludable para un campo si existen, *también*, otras líneas de investigación dedicadas a generar conocimiento básico o fundamental a la larga que será la única garantía de que la PC sea una verdadera ciencia, además de un campo activista guiado por principios empíricas más o menos inmediatistas. De manera que la orientación «aplicada» («práctica» sería mejor), la investigación-acción y otras similares resultan aceptables e interesantes sólo como orientaciones parciales de la investigación comunitaria, no como líneas *únicas* y obligadas que monopolizan dicha actividad y que habría que seguir para llevar a cabo cualquier estudio o investigación de la comunidad o de sus vertientes psicológicas. La segunda advertencia, conectada con la anterior, es que el conocimiento directamente instrumental para la intervención es la *evaluación*, que, como se verá en el capítulo 6, se puede distinguir por ese carácter centralmente utilitario e interesado para la acción de la investigación en que la creación de conocimiento es un fin en sí, sin ulterior utilidad o interés. Eso, como principio, porque luego en la realidad existen también variantes intermedias o mixtas que combinan generación de conocimiento y acción social de distintas maneras.

2. ELECCIÓN DE MÉTODO Y NIVEL

Aunque muchos investigadores tienen un método favorito que usan para cualquier tema y situación, debe quedar claro que no hay *un* solo método adecuado o mejor que los demás para investigar la comunidad o los temas sociales en general sino, más bien, diversos métodos y enfoques a usar según el tema, la situación o los objetivos planteados. Y es que, como se remacha en el capítulo 6, el *método* es un camino o *medio* para algún otro fin, no un fin en sí mismo; existirán, por tanto, distintos caminos para conocer el fenómeno comunitario de interés: observación, experimento de campo, entrevistas a personas clave, etc. La elección de la metodología investigadora dependerá, entonces, de varios factores que incluyen qué es lo que ya sabemos, ciertos límites prácticos y éticos, los objetivos perseguidos y el nivel de análisis apropiado.

El conocimiento previo. Antes de empezar el proceso formal de investigación debemos averiguar lo que ya se sabe sobre el asunto en cuestión a través del conocimiento experto, la literatura escrita o por otros medios.

Limitaciones prácticas y éticas que nos obligarán a combinar el juicio práctico sobre lo que podemos hacer tanto con los recursos disponibles como con una sensibilidad ética que exige respetar los deseos de la comunidad, mantener una cierta equidad relacional en los intercambios con ella y tener en cuenta las consecuencias previsibles que la acción tendrá para el conjunto de grupos y actores sociales (capítulo 9).

Los objetivos perseguidos que ambas partes —investigador y comunidad— deben tener claros (y estar limitados por el juicio pragmático citado) antes de comenzar la investigación. Objetivos comúnmente perseguidos en la investigación comunitaria incluyen: la exploración y formulación de hipótesis, indicadas en las primeras etapas —exploratorias— de abordaje de un tema o en temas nuevos; la prueba y descarte de hipótesis, más frecuentes en etapas más avanzadas, en que se conoce mejor el fenómeno; la recogida de información como guía para la acción (evaluación de necesidades, funcionamiento de servicios o de formas alternativas de resolver problemas de la comunidad); o el desarrollo y prueba de métodos de investigación que mejoren las cualidades de la información obtenida.

© Ediciones Pirámide

Debe quedar claro que, en este contexto, *fiabilidad y validez* son cualidades *deseables* de los datos recogidos, *no* exigencias *absolutas*, de forma que su valor en el proceso investigador dependerá tanto de los objetivos perseguidos como del tipo de información o datos a recoger. Así, si se busca formular hipótesis, puede ser más apropiado sacrificar la fiabilidad a la riqueza descriptiva, usando como método las entrevistas exploratorias poco estructuradas, en vez de cuestionarios cerrados. Pero si buscamos información para actuar, puede interesarnos más clasificar a los miembros de una población en categorías homogéneas (fiables) que obtener la máxima riqueza descriptiva. Hay que añadir que, en general, el tipo de «datos» apropiados para actuar suele diferir del necesario para generar conocimiento, debiendo el científico elegir en tal caso entre usar una estrategia metodológica más adecuada para lo uno o para lo otro habida cuenta de que no puede maximizar simultáneamente las cualidades deseables para ambos propósitos, y de que, aun en el caso de que ambas estrategias fueran compatibles (que no suelen serlo), el esfuerzo para compatibilizar la obtención de datos apropiados para construir teoría y para actuar doblaría probablemente el necesario para conseguir una cosa o la otra.

2.1. Nivel de análisis

Si aceptamos el presupuesto de que el nivel de análisis ha de estar «ajustado» al fenómeno que se pretende estudiar o cambiar, el abordaje de la comunidad o los asuntos comunitarios demanda una especial atención por la complejidad estructural —ya mostrada en los capítulos precedentes— de ambos y por la «natural» tendencia del psicólogo a analizar las cuestiones sociales desde la óptica de los individuos implicados ignorando el resto de componentes de tales cuestiones. La elección del nivel de análisis de los fenómenos sociales o comunitarios es entonces crucial, porque suele coincidir con, o al menos condicionar, el nivel de intervención, de tal forma que si aceptamos el principio metodológico ecológico de que cada nivel social tiene su propia forma de funcionamiento, aplicar conclusiones extraídas en un nivel de análisis (individual, por ejemplo) a otro nivel (institucional o comunitario) puede ser claramente erróneo por suponer una «falacia ecológica». Y que si hacemos un análisis básicamente individual de un asunto comunitario o social, muy probablemente propondremos cambios individuales —de los individuos o en ellos— en vez de cambios relacionales o sociales.

Veamos un caso clásico y de complejidad media: el fracaso escolar, que puede ser analizado a nivel individual (ciertos estudiantes), grupal (grupos de estudiantes o de profesores), organizativo e institucional (clases, escuela, distrito escolar), etc. Si, como suele, el psicólogo estudia ese tema a nivel de individuos que fracasan en la escuela, está convirtiendo automáticamente un problema social en una cuestión individual pasando por alto los factores sociales y relacionales y las causas existentes en otros niveles: adecuación del programa escolar, dotación de medios y recursos, interés de la comunidad en sus escuelas, formación y selección de profesorado, situación social y económica de la comunidad cuyos estudiantes recibe la escuela, etc. Es fácil que en tal situación la familiaridad con métodos de evaluación individuales (la entrevista, el *test* psicológico) induzca, además, a «traducir» la temática social en su conjunto a un *agregado de individuos* a los que se puede «administrar» las técnicas y métodos de recoger información que uno conoce por más que sean inapropiados o dejen de lado aspectos fundamentales del asunto, como los ya mencionados, que no son asequibles a las técnicas psicológicas enseñadas en las carreras de psicología al uso.

D'Aunno y Price lamentan la escasa atención prestada a la comprensión del comportamiento de la gente desde varios niveles sociales de análisis. Pero eso es, en mi opinión, y según el razonamiento anterior, claramente insuficiente: la elección del nivel de análisis —o intervención— depende fundamentalmente del *nivel* en que se localizan las *causas* del fenómeno de interés; lo que ciertamente implica hacer una *hipótesis causal* («diagnóstico»), por general que sea, sobre ese fenómeno de

© Ediciones Pirámide

interés. Así si tenemos indicios de que el fracaso escolar en el caso X tiene que ver con la inadecuación de la escuela y su programa a un número creciente de estudiantes de extracción o clase social diferente de la habitual, el nivel a considerar es escolar (o escolar-comunitario); si en cambio el fracaso se reduce a algunos estudiantes con dificultades personales o escaso interés de sus familias por la escuela, el nivel puede ser grupal (o grupal-familiar); si el fracaso tiene que ver con el endurecimiento de las exigencias y aprendizajes, sin la correspondiente asignación de recursos ni formación de los maestros, el nivel del sistema escolar —con especial atención a la formación de los docentes— será el adecuado, etc.

La elección del nivel de análisis (y el objeto de estudio, si se quiere) tiene implicaciones prácticas y teóricas de peso: cuanto más alto es el nivel de análisis, más trabajosa será la investigación y menos atención podremos prestar a los aspectos concretos. Pero, más importante, si elegimos niveles altos (institucionales, comunitarios), siempre podemos contemplar e incluir los niveles inferiores (grupos, familias, individuos), mientras que la elección de un *nivel bajo* de análisis *hace imposible* en la práctica *generar hipótesis causales en los niveles superiores*. Así, si el análisis del fracaso escolar se aplica a «algunos estudiantes», no sólo no se investigarán aspectos supraindividuales —como la metodología docente, el contenido del programa, la apertura a la diversidad cultural, los recursos presupuestarios o el apoyo de la comunidad a la escuela—, sino que se estará haciendo, además, una hipótesis causal sesgada: la causa de los problemas son determinados aspectos (procedencia, motivación, actitud, etc.) *individuales*: estaremos «psicologizando» el problema.

3. METODOLOGÍAS Y ASUNCIONES IMPLÍCITAS

Aunque pueda parecer chocante, no es lo mismo metodología, en general, que métodos y técnicas, en particular. D'Aunno y Price recuerdan que «metodología» es una noción más amplia que incluye, además de los métodos de investigación (técnicas de recogida y almacenamiento de datos e información), una tradición y un punto de vista epistemológico sobre la naturaleza de la realidad social y su conocimiento que se traducen en una serie de *asunciones* del investigador sobre el *carácter* del *fenómeno* a investigar y el tipo de *relación* que debe establecer con él para conocerlo y comprenderlo más adecuadamente. Si eso tiene importancia en la ciencia física o natural —en que el objeto de investigación es inerte—, en la psicología o las ciencias sociales, en que las personas no son sólo el objeto de estudio, sino, además, *sujetos* de él, el tipo de relación establecida (entrevista, observación distante, etc.) con esos sujetos-objetos y las asunciones implícitas del investigador son primordiales, no accesorias o secundarias. Y lo son tanto desde el punto de vista de los métodos a elegir (aspecto resaltado por los autores) como de la adecuación de ese método al proceso investigador, hay que añadir.

En efecto, las asunciones metodológicas no sólo señalan qué métodos serán adecuados para investigar un asunto, sino que —como en el caso del nivel de análisis— han de ser también tomadas como hipótesis o *presuposiciones* generales sobre la situación real a encarar, de modo que los métodos elegidos sólo serán fructíferos y *apropiados en la medida en que la situación o asunto* a estudiar *cumpla las asunciones* hechas por los *métodos* a usar. Es decir, la validez real de las asunciones metodológicas tendrá una fuerte incidencia sobre la *eficacia analítica* de los métodos a usar, de manera que si en una situación utilizamos técnicas de observación (asumiendo que habrá manifestaciones externas del asunto estudiado) y la cuestión se manifiesta de forma esencialmente verbal o como sentimiento personal o colectivo, no captaremos los parámetros esenciales del fenómeno. O si usamos una entrevista normalizada asumiendo que la gente contestará a esas preguntas y nos dirá la verdad en una población que, por lo que sea, no está acostumbrada a contestar preguntas de extraños, a manejar mensajes verbales o a dar respuestas que piensa que le pueden perjudicar, el procedimiento será ineficaz e inválido. Conviene pues

© Ediciones Pirámide

identificar las dimensiones o parámetros a lo largo de los cuales varían los distintos métodos de investigación comunitaria para tenerlos en cuenta a la hora de elegir la estrategia adecuada según el tema, situación y objetivos perseguidos. Los autores señalan tres dimensiones relevantes en torno a las cuales aparecen agrupados (cuadro 5.1) los enfoques de investigación.

CUADRO 5.1

Enfoques de investigación comunitaria y dimensiones en que varían (D'Aunno y Price, 1984)

		Grado de colaboración con la comunidad		
		Bajo	Medio	Alto
Control del fenómeno	Bajo	Epidemiología ★ Indicadores sociales ★	Análisis de redes ★ Etnografía ★	Observación participante ★
	Medio		Cuasiexperimentos☆	Investigación-acción☆
	Alto		Verdaderos experimentos de campo ☆	Simulaciones ☆

★ Enfoques analíticos. ☆ Enfoques operativos.

- Grado de *colaboración* y contacto con los participantes del estudio. Mientras que en algunos enfoques (como la epidemiología o los indicadores sociales) el contacto es inexistente o mínimo, en otros (observación participante) es máximo, siendo intermedio en otros, como el análisis de redes. Como veremos en el capítulo 6, una de las implicaciones más importantes de la colaboración es que, al suponer una *relación* con los participantes para acceder a la información, modifica el tipo y contenido de la información obtenida, lo que marca una diferencia importante respecto de enfoques «objetivos» que —como la observación— no implican interacción ni, por tanto, distorsión relacional de los datos recogidos.
- Nivel de *control* sobre las variables de interés: bajo en la epidemiología, por ejemplo, y más alto en simulaciones o verdaderos experimentos de campo. El problema es que las situaciones en que obtenemos máximo control (experimentos verdaderos) son prácticamente inexistentes en la comunidad o, aunque pudiéramos crearlas, resultarían indeseables, ya que la introducción de controles experimentales suele distorsionar, si no destruir la situación a estudiar y las reacciones de los participantes, además de poder ser objetables desde el punto de vista ético.
- *Orientación analítica* o hacia la *acción*. Aunque, como se ha dicho, la investigación comunitaria se distingue por su dimensión activista, unos enfoques (como la investigación-acción o la simulación) están más orientados hacia la acción mientras que otros (como indicadores sociales o etnografía) se centran más en el análisis.

© Ediciones Pirámide

4. PANORÁMICA METODOLÓGICA: ENFOQUES ANALÍTICOS

D'Aunno y Price presentan una amplia panoplia de estrategias analíticas y operativas de investigación que, a falta de los enfoques verbales —explicados en el capítulo 6—, comprende: observación participante, etnografía, análisis de redes y epidemiología e indicadores sociales, entre los enfoques analíticos; e investigación-acción, simulación, experimentación de campo y cuasiexperimentación, entre los operativos. El cuadro 5.2 resume las características de las primeras, y el cuadro 5.3, las de los segundas.

Observación participante. El investigador comparte la experiencia diaria de los grupos, instituciones y colectivos de la comunidad que desea estudiar, lo que le permite observarlos sistemáticamente, enfocando su atención hacia los aspectos que le interesan. El enfoque minimiza, por tanto, la distancia social entre comunidad e investigador, lo que capacita a éste para entender el fenómeno estudiado desde un punto de vista próximo al del sujeto que lo vive. En la participación *completa* el investigador oculta su identidad para pasar desapercibido y no interferir con el proceso observado; en la participación *como observador*, el investigador revela su identidad, lo que, aunque aumenta la distancia social, le permite mantener una mayor integridad de su rol observador y de su capacidad de recoger datos. Ejemplos de fenómenos aptos para ser estudiados a través de la observación son: el estudio de sectas o grupos religiosos para probar ciertas hipótesis (Festinger), la conducta de pacientes psiquiátricos y el medio institucional (Goffman, Rosenham), para demostrar la irracionalidad de los sistemas, o el comportamiento de los jóvenes si se quiere investigar patrones de diversión (como «el botellón»). Virtudes del enfoque son que nos permite estudiar fenómenos inaccesibles a otros enfoques, permitiendo entender los procesos desde la perspectiva y el punto de vista de los sujetos involucrados: puede ser enormemente útil cotejar el comportamiento de los adolescentes en su diversión con las justificaciones y acompañamientos verbales de ellas. Y sus dificultades radican en que la pérdida de distancia social diluye el papel investigador y sesga la visión del fenómeno, modificándose, además, el comportamiento de los observados.

Etnografía. Trata de captar la cultura como forma de vida global de una población o subcomunidad —adolescentes, vagabundos, alcohólicos u otros—, poniendo «entre paréntesis» nuestras asunciones culturales para entender la diversidad cultural en la comunidad. Esto puede ser conseguido a través de entrevistas con un informante que nos ayude a entender el significado y sentido de las palabras y acciones de la gente en su vida diaria. Por ejemplo, la contradicción y ambivalencia encarnada por la toma de medicación en los ex pacientes psiquiátricos: mientras que por un lado esa toma mantenía «a raya» los síntomas, por otro consagraba la condición de enfermo mental que nunca volvería a estar bien. La virtud básica de este enfoque es que capacita al investigador para entender la vida social de los participantes en sus propios términos y significados, no en los del investigador; permite, además, captar la complejidad y riqueza de las vivencias de las gentes que viven en subculturas diferenciadas de la comunidad. Sus problemas residen en la dificultad de generalizar los hallazgos a otros contextos y culturas y en el alto grado de interpretación subjetiva que se añade a los datos y que tiende a mermar la fiabilidad de las conclusiones específicas a un observador y contexto.

Análisis de redes. Análisis de ciertas características de las redes sociales que —estando a medio camino entre las relaciones interpersonales y el sistema social amplio y abstracto— «retratarían» la estructura relacional de la comunidad. Se trata de averiguar las redes en que cada persona está inmersa, así como las conexiones y lazos en cada red, que son, a la vez, canales de comunicación potenciales entre sus «nudos» (personas, grupos, instituciones). Dada su procedencia sociométrica, en este enfoque se analizan tanto los aspectos *interactivos* (reflejo de los distintos tipos de intercambios y relaciones entre elementos) como los *estructurales* (tamaño de una red y densidad, o grado de contacto entre nudos); mientras que en las redes muy densas abundan las

© Ediciones Pirámide

CUADRO 5.2
Características de los enfoques analíticos de investigación comunitaria (D'Aunno y Price, 1984)

	Observación participante	Etnografía	Análisis de redes	Epidemiología	Indicadores sociales
Carácter	Comparte experiencia de comunidad; observación directa	Capta cultura como forma vida global en sus propios términos	Estudia redes de relación individuales y grupales	Examen distribución ecológica de problemas socio-sanitarios	Estadísticos sociales describen estado social de comunidad
Nivel de colaboración	Alto	Medio	Medio	Bajo	Bajo
Nivel de control	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Fines	Exploración y formulación de hipótesis Busca información para intervenir	Exploración y formulación hipótesis Busca información para intervenir	Busca información para intervenir Prueba de hipótesis	Busca información para intervenir Prueba de hipótesis	Busca información para intervenir Prueba de hipótesis
Ventajas	Permite estudiar fenómenos no accesibles a otros métodos y captarlos desde dentro	Podemos captar complejidad social y entender diversidad desde punto de vista del sujeto comunitario	Podemos analizar entornos sociales complejos a varios niveles y entre niveles	Permite planificar servicios globales Permite identificar factores asociados a trastornos	Permite descripción social en niveles supraindividuales Diseñar y evaluar programas y políticas
Inconvenientes	Debilita papel investigador y sesga su percepción Modifica fenómeno observado	Difícil generalizar hallazgos Problemas fiabilidad entre investigadores	Énfasis nivel individual y estructural red Medidas no estándar Percepciones sujetos no verificables	Dificultad de definir «casos» de problemas sociales Sesgos de estimación incidencia y prevalencia	Ambigüedad interpretación Pocos modelos estructurales Límites en diseño políticas sociales

© Ediciones Pirámide

CUADRO 5.3
Características de los enfoques operativos de investigación comunitaria (D'Aunno y Price, 1984)

	Investigación-acción	Simulaciones	Experimentos de campo	Cuasiexperimentos
Características	Comprensión fenómeno intentando cambiarlo colaborando con comunidad	Reproduce fenómenos procesos comunitarios para estudiarlos en entorno casi controlado	Asignación al azar de los sujetos a condiciones experimental y control	Aproximan diseños experimentales para descartar hipótesis alternativas plausibles
Nivel de colaboración	Alto	Alto	Medio	Medio
Nivel de control	Medio	Alto	Alto	Medio
Fines	Prueba hipótesis Exploración y formulación hipótesis Desarrollar y probar métodos de investigar Información como guía de acción	Exploración y formulación hipótesis Información como guía de acción	Prueba hipótesis Desarrollar y probar métodos de investigación Información como guía de acción	Prueba hipótesis Desarrollar y probar métodos de investigación Información como guía de acción
Ventajas	Combina e integra investigación y acción Observación e *insights* sobre el terreno	Más barato que verdadero experimento campo Podemos estudiar fenómenos menos nuevos, inasequibles	Permite inferencias sobre relaciones causa-efecto Combinación intervención y acción	Buenos diseños permiten inferencias causales sin restricciones de asignar gente al azar
Inconvenientes	Limita papel investigador Difícil establecer relaciones causales sin grupos control	Sobresimplificación realidad social Riesgo de generalizaciones no válidas a otro entorno o en mundo real	A veces impracticable por razones prácticas o éticas	Más difíciles interpretar que experimentos por carecer asignación aleatoria sujetos

© Ediciones Pirámide

interconexiones e intercambios, en las menos densas escasean. El enfoque se ha usado para relacionar el proceso de confrontación de mujeres en transiciones vitales con sus redes sociales y el apoyo social derivado. Mientras que el enfoque permite análisis completos de los entornos sociales («mapas» relacionales), así como análisis entre niveles (individual, grupal, etc.) y a través de ellos, presenta el inconveniente de la ausencia de estandarización de los parámetros de las redes, la subjetividad de los informes de sus participantes y el abuso del nivel individual que tiende a monopolizar los análisis.

Epidemiología. Una estrategia especialmente útil —junto a los indicadores sociales— para el nivel comunitario, al permitir examinar la distribución global de un fenómeno en el conjunto de la *población*. Mientras que la epidemiología proviene del campo de la salud (por lo que es descrita más ampliamente en el capítulo 12, sobre prevención), los indicadores sociales están ligados al campo del bienestar social. En la epidemiología se cuentan los «casos» declarados en una población y se buscan las causas del problema examinando su distribución poblacional y evolución temporal por medio de índices de incidencia (nuevos casos), prevalencia (casos acumulados) y riesgo. Es uno de los enfoques preferidos en los problemas de salud —incluida la salud mental— de los que aporta una descripción global vital para poder planificar la atención, organizar servicios y medir la eficacia de éstos, permitiendo también *relacionar a nivel macro* fenómenos complejos como clase social y trastorno mental. Tiene en cambio problemas con la delimitación de los «casos» fuera de los problemas estrictos de salud dejando fuera, además, a la gente que padeciendo un problema no acude a los centros de atención o tratamiento. Es decir, tiene dificultades fuera del ámbito de la salud y los problemas que no admiten un diagnóstico o definición clara.

Indicadores sociales. Desarrollados a partir de los «indicadores económicos» en la idea de que crecimiento económico y progreso social son procesos paralelos. Dan una imagen del estado de una comunidad (en realidad sociedad, raramente están singularizados en el nivel comunitario) en un momento dado a través de estadísticos descriptivos como el número de años de escolarización, la renta media, el porcentaje de personas en paro o el número de camas hospitalarias para un cierto número de habitantes (capítulo 6). Según los indicadores elegidos, pueden representar el «bienestar social» de la comunidad. La capacidad de los indicadores de aportar una descripción general de las condiciones sociales y la posibilidad de usarlos para analizar en un nivel supraindividual otros aspectos sociales (como hizo Durkheim en su conocido estudio del suicidio) son los puntos fuertes del enfoque; la ambigüedad de su interpretación y la carencia de modelos causales de relación con otros fenómenos, que dificultan su uso para diseñar políticas sociales, sus puntos débiles.

5. ENFOQUES OPERATIVOS

Los enfoques ya examinados, analíticos, están pensados para describir con claridad los fenómenos comunitarios o examinar las relaciones entre algunos de sus aspectos o características, siendo su poder operativo escaso. En cambio, otros enfoques están orientados hacia la acción y el cambio, de forma que, aunque se *pierde poder analítico,* se *gana poder operativo*, ligado a un mayor *control* de las *variables* constitutivas de los asuntos y procesos de interés. El mayor control permite descubrir el papel *causal* de las variables y, a veces, manejar esas variables en la comunidad para alcanzar consecuencias prácticas positivas. Así, el papel causal del conocimiento del estado de la salud en una comunidad y de las percepciones que al respecto tienen sus habitantes permitirá establecer programas de información y promoción de la salud; o mostrar empíricamente la capacidad de la movilización comunitaria para obtener ciertos equipamientos necesarios en los barrios debería facilitar los esfuerzos de organización de la comunidad.

Investigación-acción. Lewin (1946/1997) propone integrar dinámicamente investigación y acción en un proceso continuo en que el investigador cola-

© Ediciones Pirámide

bora con la comunidad en la producción de cambios sociales deseados por aquélla. Se tiene así un proceso en que la investigación está íntimamente enlazada con la intervención en un ciclo continuo de planificación, actuación, observación y evaluación reflexiva del proceso y sus resultados que a su vez retroalimentan la planificación consiguiente de los cambios. Lewin propuso una forma de cambio, democrática y participativa, en que el psicólogo tiene un rol dual —e integrado— de generar conocimiento y promover el cambio social junto a la comunidad. La investigación-acción se ha constituido, en realidad, en todo un paradigma o modelo alternativo (Balcázar, 2003; Salazar, 1992; Sánchez Vidal, 2002a) de practicar la PC particularmente en la psicología social comunitaria latinoamericana de la que es espinazo conceptual y práctico. Es frecuente que tanto los intentos de cambio como los proyectos de investigación sobre el terreno se planteen en América Latina como procesos de investigación-acción de un tipo u otro en que la actuación es objeto de evaluación (que varía entre la reflexión subjetiva y colectiva y la medición) y la investigación se vincula a alguna propuesta de cambio «interno» de la comunidad o, más frecuentemente, promovido desde fuera. También es frecuente que en esos procesos predomine netamente la *acción* sobre la investigación, muchas veces vicaria de la primera, como reflejo de la prioridad —notada al comienzo del capítulo— del activismo y el cambio social sobre la generación de conocimiento, típica de la PC.

Podemos destacar como aspectos positivos de este enfoque su capacidad para combinar fructíferamente teoría y acción social, así como los valores (colaboración, democracia, participación) que promueve en su proceso; sus dificultades residen en los límites que el exceso de activismo impone a la actividad investigadora, la dificultad de establecer relaciones causales (por la visión «desde dentro» que tiene el investigador) y la dudosa viabilidad del rol en el complejo nivel comunitario, ya que la investigación-acción está realmente pensada para el nivel grupal, más reducido y manejable.

Simulación. Se trata aquí de reproducir tantos rasgos básicos de un acontecimiento o sistema social como sea posible para poder observar (a veces con actores aliados con el investigador) los efectos de una acción o dinámica determinada. La simulación puede incluir posibilidades «virtuales» generadas por ordenador, representación de papeles *(role-playing)* en juegos (como el «dilema del prisionero» para observar procesos de negociación) o situaciones sociales, como la simulación de una «cárcel» para observar el comportamiento de «guardias» y «prisioneros». Si bien este enfoque permite estudiar procesos, raros, inaccesibles o que, por obvias razones éticas, no podemos provocar (disturbios, guerras, etc.) con un coste menor que los verdaderos experimentos, corremos el riesgo de hacer generalizaciones inválidas sobre el comportamiento de la gente en el mundo real, una crítica repetida contra los excesos del experimentalismo en la psicología social.

Experimentos de campo. Cuando tratamos de comparar —o tomar decisiones sobre— distintas líneas de intervención (programas, políticas, prácticas sociales), lo apropiado es realizar experimentos en que grupos o miembros de la comunidad son asignados a uno u otro grupo, experimental o control. Sin embargo, hacer de la comunidad un laboratorio en el que poner a prueba distintas hipótesis o decidir entre la conveniencia de varios «tratamientos» alternativos conlleva grandes dificultades, sobre todo en el tema de la asignación al azar de personas o grupos, muchas veces técnica o éticamente inviables. La línea de innovación social experimental de Fairweather y sus colegas (1977) o E. Rogers (y Shoemaker, 1971) tratando de encontrar la forma de vida más humana para los pacientes psiquiátricos tras ser dados de alta de la hospitalización es un ejemplo de este enfoque. Las distintas formas de *innovación institucional y cambio social* en general (comunidad terapéutica, organización de empresas en economía social, introducción de nuevas tecnologías, democracia directa y elaboración de presupuestos participativos, etc.) se prestan a ser estudiadas de esta manera. Se trataría de aproximar esos intentos a las condiciones experimentales para, sin destruir la naturaleza social de los fenómenos a investigar, obtener el mayor control posible de las

© Ediciones Pirámide

variables que pueden «contaminar» los resultados. Cuando es viable, este enfoque tiene dos grandes ventajas: permite hacer inferencias causales razonablemente robustas y combinar investigación e intervención. La asignación aleatoria y otros supuestos de los experimentos verdaderos son, sin embargo, y como se ha señalado, exigencias con frecuencia irrealizables en la realidad social o comunitaria.

Cuasiexperimentos. Son un conjunto de diseños de investigación de campo que aproximan las demandas de los verdaderos experimentos lo suficiente como para poder descartar «hipótesis alternativas plausibles» y establecer relaciones causales entre las variables de interés. Campbell y sus colegas (Campbell y Stanley, 1966; Cook y Campbell, 1979) identifican dos tipos de diseños: diseños de grupo control no equivalentes y series temporales.

Diseños de grupo control no equivalente. La asignación aleatoria de grupos, organizaciones o individuos a un grupo experimental (en que se prueba una hipótesis o forma de intervención) o control (grupo de comparación) que permite atribuir las diferencias observadas a la variable de interés es frecuentemente inviable en el campo comunitario. Se usan en estas condiciones grupos de control lo más similares posible en variables clave (como edad, nivel educativo, grado de motivación o problemática, etc.) a aquel en que se pone a prueba la hipótesis o intervención, lo cual permite atribuir la diferencia de resultados del grupo experimental a los factores puestos a prueba: un nuevo método pedagógico, un programa de prevención de accidentes de coche o una experiencia de participación directa en la vida municipal, etc. El enfoque se complica por la conveniencia de tener diversos grupos de comparación (control) respecto del grupo experimental o de usar otros artificios que salven la ausencia de un control experimental perfecto, casi siempre imposible en la vida social real.

Análisis de series temporales. Se trata de sustituir aquí el control experimental por el control estadístico, multiplicando las observaciones en el tiempo del fenómeno de interés (las crisis en un hospital psiquiátrico, por ejemplo), de forma que el término de comparación son mediciones pasadas del propio fenómeno en lugar de las medidas de otro grupo social. Los cambios de tendencia detectados al introducir un «tratamiento» experimental (así un nuevo programa para reducir las crisis) indicarían la eficacia de tal tratamiento, aunque la capacidad de descartar hipótesis alternativas (tendencias locales a la larga, variaciones estacionales, impacto del estallido de un conflicto social simultáneo, etc.) de estos diseños es limitada. Baste recordar a este respecto cómo el declive del consumo de heroína de los años ochenta estuvo relacionado no tanto con la eficacia de los programas de tratamiento e inserción social como con la irrupción del sida, una enfermedad mortal asociada al uso de jeringuillas con que se inyectaba la droga.

Las ventajas de los cuasiexperimentos residen en su capacidad de aproximar las inferencias causales sin las drásticas exigencias de asignación aleatoria a uno u otro grupo; sus límites, en que no alcanzan el poder suficiente como para interpretar los resultados con la claridad que esa asignación aleatoria otorga a los verdaderos experimentos de campo.

6. INVESTIGANDO LA COMUNIDAD PSICOLÓGICA

Siendo la comunidad noción central —aunque poco reconocida— de la PC, su percepción psicológica, el sentimiento de comunidad (SC), había de recibir una cierta atención investigadora en el campo, como, según veremos, ha sucedido. Sin olvidar el amplio análisis de la comunidad realizado en el capítulo 3, presento aquí un estudio propio del SC para ilustrar la investigación comunitaria. El estudio se inserta en uno de los dos núcleos conceptuales (el empoderamiento, sería, como ya se dijo, el otro) del campo; no pretende, sin embargo, representar al conjunto de la investigación comunitaria, sino sólo ilustrar una de sus líneas principales. Y no representa a la investigación comunitaria en su conjunto al menos por dos razones:

© Ediciones Pirámide

primera, tiene un carácter «básico» y fuertemente teórico que no se corresponde con el de la mayoría de estudios psicológico-comunitarios —orientados hacia la evaluación y la práctica—. Segunda, por su continuismo metodológico respecto de la psicología: se usa un método, el cuestionario verbal, clásico de la investigación psicológica empírica pero no incluido entre las metodologías aquí descritas como comunitarias, que han sido ya no obstante señaladas como limitadas.

Planteamiento del estudio. Como se vio en el capítulo 3, la comunidad, su reivindicación frente a la fragmentación social y a las deletéreas consecuencias de industrialización y modernización primero y globalización y posmodernidad después, ha sido objeto de encendidos debates intelectuales y sociales desde el siglo XIX en el Occidente industrial. La constatación de la importancia temática de la comunidad en PC y las inquietudes sociales sobre la desintegración social en las sociedades del norte industrializado, atizada por el movimiento comunitario de los sesenta del pasado siglo, acabaron por generar en EUA (la sociedad más individualista y desintegrada y proclive, al mismo tiempo, al examen empírico de los fenómenos sociales) una línea floreciente de investigación empírica del SC. Una línea centrada en la medida empírica del concepto, la identificación de sus componentes estructurales y la exploración de sus relaciones con otros conceptos sociales relevantes, como la participación y el *empowerment*.

La investigación del SC tiene menos eco fuera del ámbito anglosajón, salvadas excepciones como Italia, que genera una variada amalgama de estudios. El origen norteamericano de la línea investigadora y de la mayoría de sus estudios introduce algunas dudas sobre la validez transcultural de la base conceptual, instrumentos usados para medir el SOC y resultados obtenidos. Aunque las investigaciones españolas habían sugerido que las medidas desarrolladas en EUA podían ser aplicadas entre nosotros, parecía conveniente desarrollar una medida del SC anclada a una teoría alternativa a la usada y ponerla a prueba en una «verdadera» comunidad. Tales eran los fines del estudio que narro brevemente a continuación.

7. SENTIMIENTO DE COMUNIDAD

Aunque el SC puede ser definido, en principio, como la percepción psicológica de la comunidad, la investigación empírica demanda descripciones precisas del concepto desde las que construir medidas viables, de las que se suele carecer en el campo social. Sarason, por un lado, y, más recientemente, McMillan y sus colegas han hecho propuestas conceptuales desde las que podríamos construir tales medidas. Para McMillan y Chavis (1986), el SC es un sentimiento de pertenencia, de ser importante para los otros y el grupo, y una fe compartida en que las necesidades de los miembros de una comunidad serán satisfechas a través del compromiso de permanecer juntos. El concepto tendría, así, cuatro componentes: pertenencia *(membership),* influencia social, satisfacción de necesidades comunes, vínculos emocionales y apoyo compartido. Descarté esta teoría como base de la medida de SC porque, a pesar de ser la más usada en los estudios empíricos recientes, describe la solidaridad social en general, *no* el SC, que es un concepto más específico al que esa definición desborda ampliamente; coincidía así plenamente con el criterio expresado por Dunham (1986) y opté por basarme en la teoría más clásica y específica del SC de Sarason.

En su obra *The Psychological Sense of Community*, Sarason (1974) define el SC como «el sentimiento de que uno pertenece a, y es parte significativa de, una colectividad mayor», sintiéndose parte de una red de relaciones de apoyo mutuo ya disponible en la que puede confiar. El SC equivale a sentimiento de *pertenencia, mutualidad e interdependencia voluntaria,* diluyendo su posesión la sensación de alienación, anomia, aislamiento y soledad y satisfaciendo las necesidades de intimidad, diversidad, pertenencia y utilidad. Consta de cuatro ingredientes: percepción de similitud con otros; interdependencia mutua; voluntad de mantener esa interdependencia, dando o haciendo por otros lo que uno espera de ellos, y sentimiento de pertenencia a una estructura mayor estable y fiable. Son características del SC la percepción de ser necesario, de ser parte significativa de la comunidad, y la autoconciencia. Y son indicadores del concepto, el número de personas que forman la comunidad (familiar, territorial o de trabajo) personal; la fuerza del sentimiento de comunidad con ellas; la disponibilidad (afectiva y geográfica) de esa comunidad, y la disposición a alterar la permeabilidad de la «membrana» personal para incluir a los otros. Tenemos aquí un perfil suficientemente explícito del SC como para construir una medida válida y útil de él.

© Ediciones Pirámide

Resumen de la literatura empírica. Aunque los primeros intentos de medir el SC datan de los años cincuenta del siglo pasado, es a fines de los setenta y en los ochenta cuando los estudios empíricos se multiplican en EUA: Doolittle y MacDonald (1978), Ahlbrant y Cunningham (1979), Glynn (1981) o Riger y Lavrakas (1981), Davidson y Cotter (1986) o Chavis y otros (1986). En general los estudios utilizan cuestionarios verbales a veces basados en teorías de la comunidad y otras en nociones de los expertos o jueces y buscan indicios de fiabilidad y validez de la medida, dimensiones subyacentes o relaciones con variables demográficas o comunitarias relevantes. Varias revistas o secciones de libros, monográficamente dedicados al tema, recogen estudios dispersos o resumen las aportaciones preexistentes: *Journal of Community Psychology* (Newbrough y Chavis, 1986a y 1986b), *Journal of Community and Applied Social Psychology* (Prezza y Schruijer, 2001); Fisher, Sonn y Bishop (2002); Sánchez Vidal, Zambrano y Palacín (2004). Si bien el grueso de lo publicado proviene de EUA y el ámbito anglosajón, se producen también aportaciones relevantes, especialmente desde Italia y, en mucho menor grado, en España, donde Pons y sus colegas (1992, 1996; Marín y otros, 1994) estudian el sentimiento de comunidad en varias comunidades de la periferia de Valencia; Gómez Jacinto y Hombrados (1993) lo relacionan con ciertas dimensiones ambientales y sociales.

Tomados en su conjunto, y a pesar de algunas carencias teóricas, los estudios muestran que el SC:

- Puede ser definido operativamente y medido con precisión, exhibiendo varias medidas verbales una apreciable consistencia interna.
- Está formado por dos componentes básicos repetidamente propuestos en la literatura: uno, más potente, relacional, y otro, secundario, territorial.
- Aparece consistentemente relacionado con la edad, tiempo de residencia —real y esperado— en la comunidad y, más débil y esporádicamente, con la autodefinición del SC y otras variables estructurales como el nivel de renta o la raza.
- Presenta también relaciones, más tenues, con participación local, competencia, *empowerment* y satisfacción comunitaria.

Objetivos. Con los datos teóricos y empíricos previos, el estudio exploratorio se propuso desde un planteamiento transcultural *desarrollar una medida* localmente *válida y fiable del SC* basada en la teoría de Sarason y en los instrumentos ya probados, comprobar las dimensiones subyacentes detectadas y explorar la red relacional del SC en un contexto local distinto del estadounidense en que se hicieron la mayoría de estudios anteriores.

8. LA COMUNIDAD Y SUS HABITANTES

La comunidad elegida para estudiar el SC fue La Barceloneta, un barrio marinero de Barcelona que, además de aproximar las condiciones de una verdadera comunidad (enclave geográfica y socialmente delimitado con historia, carácter propio y autoconciencia social), era accesible informativa y geográficamente, dado su reducido tamaño. La elección de la comunidad para poner a prueba una medida de SC es esencial: la medida habría de quedar más claramente perfilada, y sus relaciones, puestas de manifiesto en una comunidad fuerte y cohesionada.

La Barceloneta (Fabre y Huertas, 1976; Ajuntament de Barcelona, 1994) es una pequeña península —parcialmente ganada al mar— de la ciudad de Barcelona con una amplia fachada marítima de playas por un lado y de puerto por otro. Se desarrolló a mediados del siglo XVIII, adquiriendo un

© Ediciones Pirámide

carácter industrial, marinero y recreativo. Su estratégico emplazamiento, conexiones marítimas y ferroviarias y su localización extramuros de la ciudad (que permitía establecer industrias, como el gas, prohibidas en ella) convierten al barrio en poderoso núcleo *industrial*. La industrialización genera un robusto movimiento obrero y una rica vida asociativa y cultural ligados a las reivindicaciones obreras y a los problemas urbanísticos y sanitarios del barrio: cooperativas, organizaciones mutuas, baños marítimos, clubes de natación, sociedades deportivas. La expansión industrial del siglo XIX marcó el desarrollo de La Barceloneta, y su decadencia a fines del siglo pasado («reconversión» industrial), el estancamiento, si no decadencia, posterior. El pasado industrial y marinero del barrio pervive aún en sus fiestas populares, calles, edificios e instituciones, cuyos nombres (La Maquinista, Andrea Doria, Almirante Cervera, etc.) rememoran el pasado. La remodelación urbana realizada con motivo de los Juegos Olímpicos de 1992 privó al barrio de su condición de *la* playa de Barcelona y, rodeado por nuevos y más dinámicos barrios y con sus habitantes dedicados a oficios y ocupaciones cada vez más obsoletos, fue creciendo la frustración y la *sensación* de haber sido «sobrepasado» por los barrios circundantes. Sensación ratificada por la ostensible pérdida de población del barrio, que pasa de 50.000 habitantes en 1976 a los actuales 16.000 (Ajuntament de Barcelona, 1996) y que, podemos suponer, acentúa el sentimiento de comunidad (capítulo 3) ligándolo a la *marginación* compartida por sus habitantes respecto a la ciudad de Barcelona en su conjunto.

Urbanísticamente, el barrio es un triángulo con una trama regular y geométrica en que, salvo ciertas zonas de ensanche nuevas, las calles son estrechas con edificios de cinco o seis plantas con viviendas antiguas y pequeñas (46 metros cuadrados de media en nuestra muestra), resultado de las sucesivas divisiones *(quart de casa)* de las amplias viviendas iniciales, en que viven tres personas, mayoritariamente en régimen de alquiler. Posee una fuerte personalidad y una *intensa vida social*, visible tanto en la interacción social en el mercado, escuelas y zonas de juego, bares del barrio como en la densa vida de calle y en la popularidad de las fiestas locales. El fuerte sentimiento de pertenencia al barrio es detectable en la forma de describirse y describir al barrio de sus habitantes en relación a la ciudad: son frecuentes los letreros de «soy del barrio» en los cristales de los coches; dicen «voy» a Barcelona, cuando viajan del barrio a otra parte de la ciudad. Problemas comunitarios frecuentes son, según la gente, la droga, las carencias urbanísticas y la falta de ciertos equipamientos (sobre todo una residencia de mayores y un polideportivo). Las estadísticas muestran un perfil social (Gómez, 1994) de desventaja respecto del conjunto de Barcelona: población envejecida, menor esperanza de vida, más paro, mínima proporción de titulados superiores y capacidad económica notablemente menor que la media de la ciudad.

9. MIDIENDO EL SC: LA ESCALA

El enfoque metodológico usado para investigar el SC y sus relaciones es la *encuesta* poblacional (descrita en el capítulo 6) en que se hacen preguntas cerradas (cuestionario) sobre las variables y asuntos a conocer a una muestra representativa de la comunidad elegida, La Barceloneta en este caso, que son después analizadas numérica y cualitativamente. Para recoger la información precisa se elaboró un cuestionario recabando información sobre los tres tipos de datos que interesaban: características *sociodemográficos* de la población e indicadores del SC (edad, estado civil, nivel educativo, residencia, tiempo viviendo en el barrio, etc.); *participación* local, un fenómeno que, además de haber aparecido relacionado con el SC, interesaba conocer por sí mismo, y *SC*.

Escala de sentimiento de comunidad. El SC se mide por medio de una escala de 18 enunciados —que los participantes puntuaban de cero a seis según el grado de acuerdo—, creada a partir de la teoría de Sarason. Dada la impregnación cultural estadounidense de la investigación en el área de SC y de los instrumentos de medida, se prestó especial atención a la pertinencia cultural de las preguntas y a la escala usada por Pons y otros en nuestro país,

© Ediciones Pirámide

CUADRO 5.4

Ítems de la escala de sentimiento de comunidad y dimensiones teóricas (Sánchez Vidal, 2001b)

Dimensión teórica	Ítems
Arraigo territorial Pertenencia	Formo parte del barrio Siento el barrio como algo mío Tengo raíces en este lugar Pienso vivir mucho tiempo en este barrio Me gusta este barrio porque tiene carácter y tradiciones propias
Relación Interacción	Una de las mejores cosas de la vida son los vecinos Conozco y trato bastante a mis vecinos Estoy satisfecho de mis relaciones con los demás Tengo buenos amigos entre los vecinos
Interdependencia Mutualidad	Es importante tener buenas relaciones con los que están a tu alrededor Creo que todos nos necesitamos unos a otros Ayudo a los vecinos cuando lo necesitan Mis vecinos suelen ayudarme si lo necesito Es importante ayudarse los unos a los otros Puedo confiar en los demás
Otras	Me veo básicamente como los demás Si quiero, puedo influir en la vida del barrio En este barrio se pueden hacer muchas cosas

que había mostrado buenas cualidades métricas. Los ítems cubren en cuatro áreas temáticas el contenido del SC: *pertenencia* o arraigo territorial captado por ítems como «Formo parte del barrio» o «Tengo raíces en este lugar»; relación o *interacción social* básicamente vecinal («Tengo buenos amigos entre los vecinos») y, también, social general («Estoy satisfecho de mis relaciones con los demás»); *interdependencia* y mutualidad («Puedo confiar en los demás», «Ayudo a mis vecinos cuando lo necesitan»); y otras, como influencia, competencia o similitud con otros.

Tras la prueba previa, el cuestionario fue pasado a una *muestra* de 354 personas residentes en el barrio y elegidas en centros y lugares de reunión de forma que fueran representativas de la distribución por sexo y edad del barrio de La Barceloneta (para ajustar lo cual fue «reducida» estadísticamente después a 260). El habitante «promedio» (más frecuente) del barrio tiene, según la muestra reconstruida, una edad de 45 años, es casado, con un nivel de estudios primario y ha vivido en el barrio durante 33 años.

Análisis y resultados. Una vez registrados los datos, fueron sometidos a análisis *estadístico* con el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS/PC+; Nie y otros, 1978; SPSS, 1990) que incluyó: descripción de las variables; análisis la escala de SC y sus ítems; análisis factoriales, para descubrir la estructura subyacente, y relaciones con las variables cualitativas y cuantitativas. La covariación de ciertas variables relevantes con la edad y otras ocurrencias observadas (como la observación de que las rotaciones factoriales oblicuas resultaban conceptualmente más adecuadas y métricamente menos exigentes que las ortogonales) llevaron a

© Ediciones Pirámide

realizar un amplio análisis estadístico en varias etapas. Resumo los resultados principales, su interpretación y discusión teniendo en cuenta los hallazgos anteriores, los referentes a la escala de SC y sus cualidades métricas, su estructura factorial y las relaciones con otras variables.

El SC medio de la muestra es alto, 85 (sobre un máximo de 108), lo que confirma los indicios —relacionales y otros— previos de que La Barceloneta es un barrio muy comunitario. Evaluación que debe ser, no obstante, confirmada comparando ese valor con el obtenido en otras comunidades menos cohesionadas, lo que ayudaría a establecer la validez discriminante de la medida de SC. La fiabilidad de la escala es alta (alfa de Cronbach, 0,86, similar al resultado obtenido en otros estudios), mostrando sus ítems una correlación sustancial con la escala en su conjunto, lo que indica que el SC es un concepto coherente, aunque dimensionalmente heterogéneo. Los ítems: «Conozco y trato bastante a mis vecinos», «Una de las mejores cosas de la vida son los vecinos» y «Mis vecinos suelen ayudarme si lo necesito» son los que mayor correlación muestran con la escala, siendo los mejores indicadores —verbales en este caso— del SC, mientras que la autopercepción del SC y de la importancia de su posesión son indicadores verbales más débiles, y el número de personas conocidas por su primer nombre, usado en la literatura estadounidense, no parece funcionar entre nosotros, al menos tal y como se midió (estimación verbal) en este estudio.

10. ESTRUCTURA: RELACIÓN, TERRITORIO Y TEORÍA DE LA COMUNIDAD

El análisis factorial (Gorsuch, 1974; Hair y otros, 1995) identifica las dimensiones básicas que subyacen a una medida verbal a partir de las correlaciones entre sus ítems en una población, en función, en otras palabras, de cómo la gente tienda a agrupar en sus respuestas unos ítems con otros. Los tres factores principales, que explican algo más del 48 por 100 de la varianza común, fueron retenidos tras ser rotados oblicuamente, apareciendo con los ítems que los forman y la correlación de éstos con cada factor (saturaciones) en el cuadro 5.5.

El primer factor, el más potente, llamado *interacción vecinal*, explica el 31 por 100 de la varianza común, conteniendo ítems sobre percepción positiva de, y relación con, los vecinos e interdependencia social. El segundo, que explica casi el 10 por 100 de la varianza compartida, está claramente definido por ítems ligados a la pertenencia o *arraigo territorial*. El tercero, responsable de algo más del 8 por 100 de la varianza común, es etiquetado *interdependencia,* ya que los ítems con mayores saturaciones tienen que ver con la mutualidad y solidaridad social general. Esos factores son similares, con matices, a los identificados en otros estudios, como Pons y otros (1992 y 1996) y Davidson y Cotter (1986), que han usado escalas verbales autodescriptivas. Y *corresponden* globalmente a las *áreas temáticas* inicialmente propuestas (cuadro 5.4), respaldando empíricamente, con matices, la teoría comunitaria que —nucleada por las ideas de Sarason— se usó para construir la escala. Mientras que hay un acuerdo sustancial con los contenidos de esas áreas teóricas en los factores secundarios (arraigo territorial e interdependencia), el factor empírico principal (interacción vecinal) incluye, junto a los contenidos ligados a la dimensión teórica de interacción, otros relacionados con la interdependencia pero que se dan en la esfera territorial del vecindario.

Interacción vecinal y social. El peso de este factor relacional del SC, identificado bajo distintas formas por otros muchos investigadores (Riger y Lavrakas, 1981; Chavis y otros, 1986; o Hillery, 1955), afirma que la *interacción social de base territorial* (vecinal o barrial para ser más precisos) es el *núcleo del SC*, confirmando indirectamente ideas teóricas (como las de Durkheim y otros) que mencionan la interdependencia social como base de la solidaridad social en las sociedades industrializadas. La solidez del núcleo relacional del SC es confirmada en el tercer factor (*interdependencia* o mutualidad), menos potente, que extiende la esencia interactiva del SC más allá de la esfera territorial del vecindario en la

© Ediciones Pirámide

CUADRO 5.5

Análisis factorial de la escala de sentimiento de comunidad (Sánchez Vidal, 2001)

Factores y varianza explicada	**Ítems que lo definen**	**Correlación ítem-factor**
Interacción vecinal (31 por 100 de varianza)	Mis vecinos suelen ayudarme si lo necesito	0,83
	Conozco y trato bastante a mis vecinos	0,82
	Tengo buenos amigos entre los vecinos	0,69
	Puedo confiar en los demás	0,68
	Una de las mejores cosas de la vida son los vecinos	0,66
	Estoy satisfecho de mis relaciones con los demás	0,63
	Ayudo a los vecinos cuando lo necesitan	0,62
Arraigo territorial (9 por 100)	Formo parte del barrio	0,75
	Si quiero, puedo influir en la vida del barrrio	0,67
	Tengo raíces en este lugar	0, 67
	Siento el barrio como algo mío	0,62
Interdependencia (8,4 por 100)	Es importante ayudarse los unos a los otros	0,82
	Creo que todos nos necesitamos unos a otros	0,80
	Es importante tener buenas relaciones con los que están a tu alrededor	0,71
	Me gusta este barrio porque tiene carácter y tradiciones propias	0,56

Análisis de componentes principales con rotación Oblimín.

dirección social general, desterritorializada. Sugiriendo, en otras palabras, que la relación o interacción no es sólo el fundamento del sentimiento de comunidad en el ámbito territorial del vecindario, sino que influye también en la cohesión social de los ámbitos no territoriales de la sociedad general.

Arraigo territorial: aunque bastante menos potente, este factor es más claro y compacto que aquél. Recoge sentimientos de arraigo e identificación con el barrio como un todo y no sólo, como en los otros dos factores, con su vertiente relacional, apareciendo, también, en ciertos análisis (Pons y otros, 1992 y 1996; Riger y Lavrakas, 1981) pero no en otros (Davidson y Cotter, 1986; Skjaeveland y otros, 1996). Aunque la dimensión territorial ha formado tradicionalmente el núcleo de la definición de la comunidad tanto en el uso popular como en el científico del término (como reconocen Hillery, 1955; Bernard, 1973; o Gusfield, 1975), los hallazgos recientes indican inequívocamente que, aunque ese componente es aún parte del SC, ya no es el referente fundamental de la *comunidad subjetiva que ha pasado a ser esencialmente relacional*. Ello confirma tanto tesis sociales clásicas (como la de Durkheim) como las de autores más modernos como Dunham (1986), que afirman el *papel decreciente de la solidaridad estructural, ligada al territorio y la localidad, y su sustitución por un proceso más relacional y funcional* (ligado para algunos al trabajo). ¿Qué *función* tiene el *territorio* en la comunidad y el SC según los resultados de este y otros estudios del SC? Parece que, a pesar de las suposiciones de globalización y el posmodernismo (capítulo 3) sobre su progresiva degradación, localidad y territorio sigue conservando un doble e importante papel.

© Ediciones Pirámide

- Es el *ámbito* o plataforma en que se desarrolla la interacción (componente principal de la comunidad), reteniendo, probablemente y como se indicó en el capítulo 3, un papel, *no* exclusivo, de *generador de interacción*.
- *Nuclea* el constituyente secundario de la comunidad, la *pertenencia o arraigo* territorial asociada al vecindario, la vertiente territorial de la solidaridad social natural local que llamamos sentimiento de comunidad.

11. RELACIONES DEL SC: PARTICIPACIÓN, PERTENENCIA Y CAMBIO SOCIAL

El perfil participativo del barrio fue obtenido averiguando los grados de participación en áreas relevantes de la vida comunitaria como las asociaciones vecinales o de padres de alumnos (APAs), fiestas, parroquias, asociaciones culturales y otras. En conjunto, la participación comunitaria es muy baja (4 puntos de media sobre un máximo de 30), estando, además, concentrada en unas pocas personas que participan activamente en múltiples actividades. La mayor participación se da en las fiestas y asociaciones de carácter lúdico y popular, no en aquellas de carácter más formal o institucional (APAs, asociaciones vecinales, etc.), típicamente asociado con el activismo y el cambio comunitario. El carácter predominantemente *lúdico* de la participación en La Barceloneta, aunque congruente con los datos de otros estudios españoles, puede ser explicado por el citado carácter recreativo del barrio; la baja participación en asociaciones que buscan el cambio social es coherente con el gran «bajón» del activismo político tras la transición democrática posfranquista (capítulo 1); uno y otro datos sugieren que al *participar* en actividades sociales la gente *busca más la relación y la pertenencia que el cambio social.* La implicación práctica de tal sugerencia es clara: la participación comunitaria debe ser planteada a través de actos y formatos lúdicos y populares. Pero resulta, también, descorazonadora, un planteamiento tal de la participación comunitaria (encarnado, por ejemplo, por la animación sociocultural) tiene el riesgo de desnaturalizar ambas cosas: el carácter de lúdico y de mejora personal implícito en la participación de la gente y la orientación al verdadero cambio social buscado por la acción comunitaria (y por el interventor).

El SC aparece positivamente relacionado con la *edad* (la relación más clara y potente, que «contamina» otras relaciones), el *tiempo de residencia* en el barrio y, probablemente, el número de personas conocidas por su primer nombre. La relación con la participación comunitaria es, en cambio y contra lo esperable, nula. La evidencia de estas relaciones se obtuvo a través de correlaciones, análisis de regresión, varianza y covarianza (controlando la edad, un poderoso intermediario en las relaciones con otras variables) y regresión logística, que permite examinar en qué medida un conjunto de variables cualitativas y cuantitativas predice los valores de otra (el SC, en este caso). El control de la edad en los análisis permitió detectar que las aparentes relaciones iniciales con otras variables (sexo, estado civil, nivel de estudios) eran artefactos asociados a su estrecha asociación (covariación) con la edad. En cuanto al número de personas conocidas por su primer nombre, la evidencia es mixta, apareciendo asociado al SC sólo en unos análisis estadísticos y no en otros. Aunque parece un indicador razonable de integración comunitaria e interacción social (del SC, por tanto), la peculiaridad de la comunidad estudiada (un auténtico «pueblo» donde todos se conocen) y la forma de medirlo (estimación personal global) pueden haberle restado eficacia a los resultados, reduciendo la variabilidad del fenómeno y la fiabilidad de su medida. Sólo la prueba más controlada en otras comunidades arrojará luz adicional sobre el verdadero valor de tal «marcador» en nuestro entorno social.

El significado de las relaciones detectadas es relativamente obvio y consistente con la teoría de la comunidad y el SC descrita en el capítulo 3. Si el SC se desarrolla como fruto de la experiencia compartida y ha declinado históricamente como resultado de los procesos de industrialización y urbanización, es lógico que las personas mayores y con más tiempo de residencia en un barrio tengan más sentimiento de comunidad. Acentuando el matiz interpretativo histórico, podemos aventurar que las personas mayores del barrio, con frecuencia inmigrantes rurales, se desarrollaron en una sociedad agraria más comunitaria y cohesionada en que las tendencias disolventes de la modernización y el liberalismo económico no habían penetrado todavía en las ciudades a las que el desarrollo español de los años sesenta y setenta empezó a abocar. En cambio, los jóvenes se han criado en urbes y en el seno de una cultura moderna y «posmoderna» que como se vio (capítulos 1 y 3) ha debilitado los valores y vínculos relacionales estables sobre los que se construye la comunidad: no es pues extraño que los estudios realizados con ellos muestren dificultades en la pertenencia y el SC. La falta de relación de SC y participación local sólo teóricamente es inesperada; los índices de relación relatados en otros estudios (Davidson y Cotter, 1989; Chavis y Wandersman, 1990) tienen valores mínimos, y cualquier experiencia o estudio cualitativo detecta la complejidad y singularidad social del fenómeno participativo que puede adquirir distintas formas en cada comunidad, entorno social y momento histórico concreto y que no siempre se puede capturar con unas cuantas preguntas sobre supuestas conductas «participativa». Es, de todos modos, otro interrogante abierto por la investigación.

© Ediciones Pirámide

12. CONCLUSIÓN: POTENCIAL Y LÍMITES; VALORES Y LEALTADES DEL INVESTIGADOR

Esta y otras investigaciones han mostrado que la percepción psicológica de la comunidad, el SC, puede ser medido mediante una escala teóricamente fundada, pudiendo ser analizado en sí mismo y en relación a otros fenómenos sociales relevantes. Estructuralmente, el SC presenta un núcleo relacional del que el territorio parece soporte generador —no único—, lo que otorga a las interacciones comunitarias su carácter distintivo: el estar —en parte— territorialmente constituidas. Siendo el componente territorial pequeño pero constante en los estudios, hay que reconocer que la manera de «construir» teóricamente el concepto de SC puede generar otros componentes menores. La fuerte relación del SC con la edad —y en menor grado, con el tiempo de residencia en la comunidad— tiene interpretaciones dinámicas e históricas congruentes con el análisis social y la teoría comunitaria. Otras relaciones parecen, por el contrario, resultado de artificios metodológicos o socioculturales específicos de la sociedad estadounidense en que se han realizado la mayoría de estudios. El acuerdo razonado en la definición del SC que no desborde los límites del concepto y que permita verificar su estructura subyacente y explorar las relaciones en otras sociedades y culturas es pues una tarea pendiente y señala los límites a la eventual generalización como «universales» de los conceptos y la evidencia empírica específica del ámbito anglosajón en que se generan.

Aun cuando el *enfoque cuantitativo y empírico* se muestra fructífero y revelador en los estudios realizados, es demasiado limitado y *estrecho* como para monopolizar el estudio de un concepto social —por tanto construido— como el sentimiento de comunidad. *Conceptualmente*, el enfoque parece insuficiente a la hora de definir conceptos básicos como «comunidad» o «vecindario». Reacciones en el terreno de las personas que respondían a los cuestionarios y algunos ensayos grupales complementarios previos aconsejan explorar los significados que la gente atribuye a esos y otros términos clave. Tal exploración habría de ser útil y clarificadora tanto al interpretar los resultados logrados con medidas teóricamente «prefabricadas» de SC como al «construir» o definir ese concepto, poniendo de manifiesto divergencias conceptuales que pueden explicar —en parte al menos— diferencias de resultados y de interpretaciones. Ello puede ser especialmente útil en grupos de edad como los adolescentes —y su contraste con los mayores— de cara a explicar *su* visión de la comunidad y entender las dificultades encontradas con este tipo de medidas con ese grupo. *Metodológicamente*, el cuestionario estándar y cerrado, pensado para poblaciones urbanas acostumbradas a responder a preguntas personales formuladas por un extraño (¡a veces por teléfono!), puede muy bien resultar inapropiado en un proceso de investigación-acción o desarrollo comunitario en

© Ediciones Pirámide

un pueblecito del Algarve portugués, los cerros de Valparaíso o el campo araucano, en que los formatos de obtener información, preguntar y responder son otros. Puede que en tales casos el contenido de las preguntas haya de ser cambiado o puede ser necesario leerlas y «explicarlas» a la gente estableciendo una interacción real con ella, con lo que se alteran las condiciones y, presumiblemente, la posibilidad de comparar los resultados obtenidos. La existencia de otros métodos y enfoques —no necesariamente verbales ni, desde luego, ligados a los individuos sino a dimensiones sociales de la comunidad— de identificar y medir la comunidad plantea, en fin, la pregunta teórica de cómo comparar los datos obtenidos con diferentes métodos y la más práctica de por qué han de primar en los procesos de publicación, difusión de resultados y asignación de recompensas los informes verbales con demasiada frecuencia identificados como *el* método científico de medida o, al menos, el *más* científico de los métodos de medir e investigar.

Tampoco ha de olvidarse que hemos extraído conclusiones a partir de una comunidad concreta elegida por su elevada cohesión: los hallazgos explicados deberían ser ratificados en otras comunidades elegidas con criterios teóricos. Así, el contraste con barrios escasamente comunitarios contribuiría a probar la fiabilidad de la medida y su estructura factorial y, de obtenerse un menor nivel de SC, su validez discriminante. Los datos preliminares de un estudio posterior en otro barrio (el Ensanche barcelonés) parecen ratificar la estabilidad de la estructura factorial y relacional y el menor nivel de SC con respecto a La Barceloneta, lo que aporta una cierta validez discriminante al concepto y la medida usados. La prueba con jóvenes (contrastándola a la vez con mayores) de esta medida y de enfoques cualitativos alternativos (como los grupos focales) podría contribuir a dilucidar en qué medida las dificultades encontradas con ese grupo con las medidas verbales de SC se deben a la forma de medir el concepto o indican una verdadera carencia de SC reflejo de las dificultades de integración social (y de sentirse parte de la comunidad) de los jóvenes actuales. Los estudios longitudinales podrían aportar también valiosos datos evolutivos. Particularmente interesante parece aclarar si las relaciones del SC con otros conceptos —como el empoderamiento— son «reales», reflejan, simplemente, los solapamientos de contenido dimensional que algunos autores establecen de entrada, y además de diluir el significado del SC, pueden contribuir a crear covariación artificial con otros fenómenos relevantes pero diferentes del SC.

En un artículo posterior (Sánchez Vidal, 2003) he abordado las dimensiones «no científicas» (sociales, estratégicas, valorativas...) ligadas a la investigación en La Barceloneta, prestando especial atención a las disyuntivas ético-valorativas que un investigador «basado» en la universidad se plantea al abordar una comunidad para generar —y en su caso usar— conocimiento. Se hace allí un esbozo de evaluación dinámica y global del barrio y su situación que incluye los datos e impresiones acumulados durante el proceso investigador y en otros contactos y observaciones («devolución» de los resultados del estudio, representación teatral y debate sobre el barrio, investigación grupal fallida con jóvenes, etc.) necesarios para tener una visión interconectada y totalizadora de lo que sucedía en la comunidad que los resultados del estudio empírico del SC —tomados como una pieza de información más a relacionar con el resto usando la «imaginación sociológica» tan querida de Mills— nunca conseguirían por sí solos.

Se replantea, también y sobre todo, el clásico *conflicto de lealtades* del psicólogo académico que al hacer un estudio sobre el terreno entra en contacto, también, con el latido vital y los problemas reales de una colectividad de personas viviendo en un territorio que llamamos comunidad. Ese conflicto entre academia y comunidad tiene una serie de derivaciones estratégicas y éticas ligadas al grado de compromiso con la comunidad y la continuidad de la relación del psicólogo comunitario con ella, la forma de acceder a la comunidad desde fuera y las preferencias personales y condicionantes sociales (recompensas académicas, legitimidad social de las distintas formas de desarrollar conocimiento, uso «político» de esa legitimidad para sostener una u otra concepción de conocimiento e investigación, etc.) que interactúan al considerar y tratar

© Ediciones Pirámide

de solucionar dilemas estratégicos y éticos, como desarrollar conocimiento y actuar, lealtad debida a la academia —de la que uno es parte real— y la comunidad —a la que uno supuestamente sirve— que deben ser explicitados y discutidos más allá de la supuesta solución que la estrategia de investigación-acción —una de las opciones ante esos dilemas— representa.

RESUMEN

1. Por su orientación preferente hacia la acción, investigación y desarrollo teórico son secundarios y están aún infradesarrollados en PC.
2. Dadas las preferencias activistas del campo, la investigación comunitaria trata, en general —y a diferencia de otros campos—, de combinar armoniosamente investigación y acción social, desde el compromiso dual del psicólogo comunitario: con el desarrollo de la comunidad y el bienestar de sus pobladores, por un lado, y con la generación de conocimiento, por otro.
3. Rechazada la pretensión, hoy insostenible, de que la ciencia social es neutral, debemos reconocer que la investigación comunitaria está impregnada de valores que tratan de combinar ciencia y valores que asumimos compatibles. Para ello, el investigador comunitario debe ser lo más claro y explícito posible sobre sus valores y presupuestos previos.
4. Investigador y comunidad poseen recursos generalmente complementarios; la mejor forma, por tanto, de hacer realidad el ideal comunitario de combinar productivamente investigación y desarrollo comunitario es establecer un pacto o *relación de colaboración* en que investigador y comunidad *intercambien equitativamente recursos.*
5. Existen diversos *enfoques metodológicos* para abordar los procesos y fenómenos comunitarios. La *elección* del enfoque adecuado a cada caso y situación dependerá de: el conocimiento previo del tema, los límites éticos y prácticos, los objetivos perseguidos por el investigador y el nivel de análisis más apropiado (que orienta, a su vez, la elección del «blanco» interventivo y la forma de «construir» el problema comunitario). Se debe evitar primar el nivel individual de análisis, que imposibilita una investigación —e intervención— verdaderamente comunitaria.
6. La idea de *metodología* es más amplia que la de técnicas o métodos: abarca, además de procedimientos técnicos para recoger información, una serie de *asunciones* sobre los fenómenos sociales y la forma más adecuada en que el investigador puede relacionarse con esos fenómenos para obtener un mejor conocimiento de ellos.
7. La *elección* del *enfoque metodológico* dependerá de la medida en que esos presupuestos sintonicen con los objetivos del investigador y se cumplan en la realidad social a investigar y, eventualmente, cambiar. Tres dimensiones características de los enfoques, clave para esa elección, son: el grado de *colaboración* y contacto con la comunidad, el nivel de *control* ejercido sobre las variables de interés y la *orientación* más *analítica* (hacia la descripción de los fenómenos comunitarios y sus relaciones) o más *operativa* (hacia el cambio social).
8. Los enfoques metodológicos *analíticos* incluyen: observación participante, etnografía, análisis de redes sociales, epidemiología e indicadores sociales. Cada enfoque tiene unas características, ventajas e inconvenientes y varía a lo largo de las dimensiones (grado de colaboración, nivel de control y fines perseguidos) relevantes para elegir uno u otro.
9. Los enfoques *operativos* incluyen la investigación-acción, las simulaciones, los experimentos de campo y los cuasiexperimentos. También poseen características, ventajas e inconvenientes que orientan la elección de uno u otro.

© Ediciones Pirámide

10. El sentimiento de comunidad (SC), el componente psicológico de la comunidad, su percepción subjetiva, es un tema teórica y socialmente relevante que ha sido objeto de análisis social desde la modernización e industrialización y de investigación empírica desde los años sesenta del pasado siglo.
11. Las investigaciones realizadas sobre todo en EUA con cuestionarios han mostrado que el SC puede ser medido a través de escalas verbales fiables, estructuralmente formadas por dos componentes ya reiterados en la literatura teórica: uno, más potente, relacional, y otro territorial que tiene relaciones significativas con la edad, el tiempo de residencia (real y esperada) en la comunidad y, esporádicamente, con otras variables.
12. Para examinar esas medidas y datos en nuestro contexto sociocultural, se plantea una investigación del SC en un barrio altamente comunitario de Barcelona. En base a la teoría de Sarason, se construye una escala de 18 ítems que cubren las tres dimensiones básicas de contenido del concepto —interacción social, arraigo territorial e interdependencia— y que los análisis muestran robustamente fiable.
13. Según los resultados —convergentes con análisis teóricos y empíricos previos—, la estructura subyacente al SC está formada por un factor dominante, *interacción vecinal,* y otros dos menores, *arraigo territorial* e *interdependencia.* Se confirma así el carácter básicamente relacional del SC cuyo núcleo central —en las sociedades industrializadas— es la *interacción social* de base *territorial* (vecinal), complementada con la interacción social general, desterritorializada. Ello apoya —con matices— los análisis que distinguían (capítulo 3) comunidad simbólica y comunidad territorial y sugerían el declive sustantivo de esta última, sin desestimar su papel generador de comunidad simbólica.
14. El SC está sustancialmente ligado a la edad y, mucho menos, al tiempo de residencia en la comunidad. Algo coherente con las interpretaciones —históricas y dinámicas— que proponen que la comunidad y el SC se desarrollan a partir de la vida común y la experiencia compartida.
15. La participación local (baja, de carácter lúdico-recreativo y a cargo de unas pocas personas) no parece, en cambio, relacionada con el SC, como sugiere la lógica y habían apuntado débilmente algunas investigaciones previas.
16. El estudio del SC, de su naturaleza y relaciones parece una línea fructífera de investigación comunitaria que ilustra las metodologías verbales empíricas que merece la pena proseguir, ampliando su base conceptual y experiencia sociocultural (incluyendo la de los más jóvenes) y usando también enfoques cualitativos y consideraciones valorativas.

TÉRMINOS CLAVE

- Investigación comunitaria
- Metodología
- Enfoques analíticos
- Enfoques operativos
- Sentimiento de comunidad
- Interacción vecinal
- Arraigo territorial

© Ediciones Pirámide

LECTURAS RECOMENDADAS

Heller, K. H., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S. y Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Los capítulos 3 y 4 presentan la panorámica más amplia de los métodos —no verbales— de investigación.

Bloom, B. L. (1984). *Community Mental Health* (2.ª edic.). Nueva York: Brooks/Cole.

Descripción clara de diversos enfoques de estudio de la comunidad, ilustrados con la descripción de una comunidad específica.

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

Descripción crítica y teoría del sentimiento de comunidad y su significado social en la escena contemporánea.

Sánchez Vidal, A., Zambrano, A. y Palacín, M. (comps.) (2004). *Psicología comunitaria europea: comunidad, poder, ética y valores*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

El capítulo III es un muestrario de puntos de vista y estudios europeos (italianos sobre todo) sobre el sentimiento de comunidad, sus implicaciones y aplicaciones sociales.

Newbrough, J. R. y Chavis, D. M. (eds.) (1986a). Psychological sense of community, I: Theory and concepts. *Journal of Community Psychology, 14* (1).

Colección de artículos sobre el sentimiento de comunidad desde una perspectiva estadounidense, mayoritariamente empírica.

Fisher, A. T., Sonn, C. C. y Bishop, B. J. (2002). *Psychological sense of community: Research, applications and implications*. Nueva York: Kluvwer Academic/Plenum.

Compilación de artículos sobre investigación, aplicación y teoría del sentimiento de comunidad en el ámbito anglosajón y australiano.

© Ediciones Pirámide

PARTE SEGUNDA
Bases operativas

© Ediciones Pirámide

Evaluación: necesidades, recursos y resultados 6

1. LA EVALUACIÓN SOCIAL COMO METODOLOGÍA UTILITARIA

Como fenómeno ambiguo, complejo y socialmente relevante, la evaluación admite variadas lecturas técnicas y sociales. Implica medir, pero también valorar; es un acto metodológico, pero también una interacción entre sujetos en un contexto social preñado de intereses y poder. Puede ser reducida a un procedimiento de generar conocimiento utilitario —que puede, en consecuencia, ser utilizado por diversos actores sociales para sus propios fines— o elevada a fuente de conocimiento público que posibilita el debate y la acción social consciente e informada. Puede devenir instrumento de control democrático pero, también, de burocratización y alienación. Para el profesional, la evaluación es, en fin, una oportunidad de aprender de la práctica, una fuente esencial de conocimiento práctico a añadir al conocimiento, más teórico o desinteresado, producido por la investigación.

Comienzo explorando aquí algunas características metodológicas y sociales de la evaluación social situándola, al mismo tiempo, en el doble contexto interventivo (técnico) y social de que forma parte. Subrayo, en la parte técnica, su carácter de «contenedor» metodológico productor de conocimiento utilitario, sus diferencias con la evaluación psicológica, la dualidad subjetiva-objetiva desde la que puede ser enfocada, el papel de los valores y su pluralidad conceptual y práctica. El cuadro 6.1 resume el concepto, características técnicas y sociales de la evaluación social.

Conocimiento utilitario, no *investigación*. Existen múltiples formas de utilizar el conocimiento (Sánchez Vidal, 2002a) que vendrían a encarnar metodológicamente los distintos modos de concebir la relación entre teoría y práctica social: educación e «ilustración» de la gente, difusión de innovaciones, consejo experto, activismo social partidista, elaboración del saber popular, generación de principios de acción social, etc. En último término, la relación entre teoría y práctica oscila, según el fin perseguido y el papel asignado a conocimiento y acción, entre dos polos extremos. Uno, *investigación*, que, al buscar primariamente la producción de conocimiento, deja a la acción social como posibilidad secundaria o periférica; otro, *evaluación,* pensado para la acción social, por lo que el conocimiento tiene un papel secundario, instrumental para tal acción. En la realidad caben, sin embargo, formas intermedias entre uno y otro polos y combinaciones de ambos procesos —producción de conocimiento y acción social—. La investigación-acción lewiniana o los ciclos «integrales» (Rothman y Thomas, 1994) formados por desarrollo de conocimiento, utilización del conocimiento y desarrollo de intervenciones son dos variantes señaladas.

«Contenedor» metodológico ateórico. Dado que la evaluación surge para valorar resultados de acciones sociales realizadas en distintos campos

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.1

Evaluación social: concepto y carácter

Dimensión	Descripción
Concepto	Interacción selectivamente dirigida a obtener información para actuar Conocimiento público que permite autorreflexión y debate social Aprendizaje de la práctica: investigación de la acción social
Características técnicas	Conocimiento utilitario, instrumental, no investigación Evaluación socioterritorial, no diagnóstico psicológico «Contenedor» metodológico, ateórico, transversal, multidisciplinar Conceptual y funcionalmente plural; ligada a toma de decisiones en acciones sociales Prerrequisito (y acompañante) de intervención
Características sociales y psicosociales	Proceso social, no sólo métrico y metodológico Interacción relevante (se puede controlar o utilizar); objetividad y subjetividad también se pueden combinar; bidireccional Desarrollo ligado a problemas sociales y liberalismo: libertad de elegir, empirismo, individualismo y competitividad. Otras visiones posibles Forma de control social. Permite control democrático de acción social Deshumaniza en exceso y sofoca realización personal; contradice supuesto básico libertad de elección Legitima acción social

y ámbitos (salud, educación, servicios sociales, comunidad, etc.) sin una base teórica clara, se ha desarrollado como un proceso genérico, *transversal* y *multidisciplinar,* adaptable a distintos campos pero no perteneciente a ninguno de ellos. Como el modelo de planificación social del que es parte, la evaluación sería, en nuestro caso, un *añadido*, importante pero solapado, para «organizar» y racionalizar el proceso de intervención comunitaria, no una parte específica de él. En otras palabras, caben actuaciones comunitarias concebidas y realizadas desde otros parámetros conceptuales y metodológicos, aunque aquí defenderemos aquel que incluye evaluación e intervención como ejes. En general podemos, pues, concebir la evaluación como un *contenedor,* marco o proceso genérico y flexible donde podemos «insertar» o situar distintos métodos, estrategias y decisiones valorativas, elementos que, por cierto, pueden ser comunes con los existentes en los procesos de investigación: lo que cambia es el «contenedor» y la dirección o propósito del proceso global. Así la epidemiología o los cuasiexperimentos pueden ser parte, indistintamente, de una investigación o de una evaluación concreta para introducir un cambio social.

Evaluación e interacción social, no *diagnóstico psicológico*. La evaluación social debe ser claramente distinguida de la psicológica. Ésta se centra en el individuo, sus rasgos de personalidad o su patología psicológica; aquélla, en colectivos y en sus características y dinámicas globales: sociodemográficas, territoriales y ecológicas, económicas, relacionales y otras. No se trata, pues, de pasar *tests* a las personas sino, en nuestro caso, de conocer a través de los métodos apropiados las características estructurales de la comunidad y las tramas relacionales y dinámicas sociales compartidas por sus pobladores. Además, y como se irá viendo, en la evaluación social los aspectos relacionales (psicosociales) y sociales

© Ediciones Pirámide

(valores, poder, intereses) adquieren tal relevancia que deben ser tenidos en cuenta tanto en el diseño del proceso evaluador como en la valoración de los resultados. Por ejemplo, la forma de manejar la *interacción personal* implícita en la recogida de información es crítica a la hora de elegir uno u otro método. En efecto, podemos elegir usar la interacción evaluador-evaluado como fuente de información o tratar de suprimirla, controlándola experimental o estadísticamente. Cada opción tiene sus propias consecuencias: el uso de la interacción aumentará las oportunidades de observar el fenómeno y las reacciones a aquélla, que, sin embargo, habrá modificado el fenómeno de interés. Si queremos controlar la interacción, pagaremos el precio de limitar mucho el nivel y contenido de lo observable que excluirá datos subjetivos o procesales esenciales a través de instrumentos invariables e «independientes» de la persona del evaluador, aunque, como contrapartida, se mantiene mejor —según el tipo de control usado— la «integridad» del fenómeno social.

Visiones objetivas y subjetivas. Como cualquier forma de conocimiento de lo social, la evaluación comunitaria oscila entre —y combina— dos aproximaciones que hacen asunciones diferentes sobre la realidad social y la mejor forma de aprehenderla. Una aproximación *objetiva* que, fiel a la aspiración de la ciencia naturalista, trata de suprimir la interacción y la subjetividad personal, seleccionando dimensiones cuantificables para obtener una representación objetiva, valorativamente neutra —y no «contaminada» por el método— de la comunidad como realidad vista *desde fuera*. La encuesta o los indicadores sociales son enfoques metodológicos congruentes con esa visión. La otra aproximación, *subjetiva*, usa la interacción personal como parte de un proceso de comprensión, en que subjetividad y postura valorativa, lejos de ser un obstáculo a suprimir o controlar, son un *dato* valioso de la realidad humana a tener bien en cuenta. Esta visión, *desde dentro* (o, al menos, desde el otro, «descentrada» del observador), se vale de enfoques cualitativos como la etnografía o la observación participante. El carácter complementario de los puntos de vista subjetivo —desde dentro— y objetivo —desde fuera— hace aconsejable, como principio, la *combinación* de ambos y de las correspondientes metodologías cuantitativas *y* cualitativas. El papel (ya comentado) de la interacción y la importancia atribuida al punto de vista de los otros, así como el grado en que los consideremos *actores* sociales o meras piezas inanimadas o comparsas de estructuras y procesos mejor descritos por atributos sociales «objetivos» y despersonalizados (sean éstos designios divinos, indicadores económicos o patrones socioculturales dados), serán criterios de peso para seleccionar los métodos de evaluación.

Evaluación y valores. Los valores importan en la evaluación al menos desde tres puntos de vista. Uno, general e intrínseco: evaluar es *valorar* datos o medidas. Los valores están, pues, en el corazón mismo del proceso evaluador; sobre todo en sus últimos pasos, más directamente y explícitamente valorativos. Pero también, más implícitamente, a lo largo de ese proceso, con lo que empapan sus resultados finales. Y es que los valores puntúan todos aquellos momentos de la evaluación en que hay que optar o tomar decisiones: al elegir destinatario, al determinar qué dimensiones y aspectos de los fenómenos a evaluar son más importantes, al seleccionar las medidas o indicadores a usar o las unidades y formas de observación adecuadas, y así sucesivamente. En consecuencia, las medidas numéricas resultantes de la «recogida de información», lejos de ser indicadores objetivos y universales de una dimensión X, *reflejan el conjunto de asunciones y valores que han guiado* las sucesivas *opciones y juicios* que componen el proceso evaluador. Reflejan, también, por supuesto, las condiciones sociales y experimentales preexistentes y las operaciones métricas, estadísticas o de otro tipo aplicadas. Segundo, como veremos, la información obtenida está *teñida* por los valores, intereses y punto de vista social de los sujetos y agentes sociales de las que también es en parte reflejo. Tercero, hay dos momentos de la evaluación en que los valores son decisivos. Uno, ya citado, al elegir, al principio, el destinatario y el nivel y método de medida. Otro, al final, al integrar e *interpretar* los resultados, lo que implica aplicar «pesos» o valores diferentes a

© Ediciones Pirámide

las distintas «piezas de evidencia» y, finalmente, atribuir una valía y significado global al conjunto de datos teniendo en cuenta el tema y los objetivos que se plantearon de entrada. No hay que olvidar, en fin, que los datos cobran significado y valor, no sólo en función del contexto teórico que enmarca la evaluación sino, también, en función del contexto sociocultural, político y relacional que encuadra el proceso evaluador y los actores sociales que lo conforman, de forma que los mismos datos serán con frecuencia interpretados de forma dispar por colectivos o comunidades diferentes.

Pluralidad de conceptos y usos. El ateoricismo, origen diverso y carácter utilitario de la evaluación de programas por un lado, y la complejidad de los fenómenos y contextos sociales en que se usa, por otro, «garantizan» tanto la pluralidad de usos y conceptos generales como la multidimensionalidad de las evaluaciones concretas. En efecto, la evaluación se entiende de muchas formas y maneras, según la concepción filosófica de base, el aspecto que a partir de ahí se prime y el uso que pretendamos darle a los datos obtenidos: diseñar acciones, tomar decisiones, mejorar programas, examinar resultados, analizar relaciones entre variables, verificar el cumplimiento de objetivos, etc. Posavac y Carey (1992) mencionan los siguientes usos de la evaluación de programas: «acreditar» (reconocimiento oficial del correcto funcionamiento) instituciones y agencias; justificar la financiación pública de programas o agencias; responder a demandas concretas de información (sobre problemas, poblaciones, programas, etc.); tomar decisiones y elegir entre varios programas; ayudar al diseño y mejora de intervenciones, e identificar y conocer los efectos indeseados de los programas. La ayuda en la *toma de decisiones* sobre acciones sociales es un uso casi universalmente mencionado por los analistas de la evaluación social. La Sociedad para la Investigación de la Evaluación (ERS; Patton, 1982) ha identificado seis formas de evaluación según el fin perseguido y el tipo de actividades subrayadas:

- *Análisis* (contextuales, de factibilidad, etc.) *previos* a la puesta en marcha de la intervención.
- *Evaluabilidad*: examina si distintos enfoques y métodos de evaluación serán técnica o estratégicamente realizables.
- *Evaluación «formativa»:* busca mejorar los programas y su realización.
- Evaluación del *impacto* o los resultados y efectos globales de un programa.
- *Seguimiento* del programa para verificar el grado de cumplimiento de los objetivos iniciales.
- *Evaluación de la evaluación:* usando los datos obtenidos en la evaluación como material de nuevos análisis (metaanálisis, crítica de los informes de evaluación, etc.).

El cuadro 6.2 resume los usos de la evaluación y las formas que, en consecuencia, toma en un sentido amplio.

Prerrequisito de la intervención. En general, y pese a la mencionada pluralidad de enfoques y procesos, aquí entendemos la evaluación social como una parte integral del proceso de intervención social al que, como veremos, precede (evaluación inicial o de necesidades), acompaña (evaluación de proceso) y cierra (evaluación de resultados). De tal forma que la actuación social presupone la evaluación, y la evaluación de resultados —o procesos— presupone una acción social. La evaluación inicial no presupone, sin embargo, una intervención posterior.

2. LA EVALUACIÓN COMO PROCESO SOCIAL

Aunque inicialmente se asumió que el diseño de programas sociales y su evaluación eran procesos esencialmente racionales sometidos, por tanto, a la misma lógica y normas métricas y estadísticas que las medidas físicas, el tiempo se encargó de mostrar cuán ingenua e irreal era esa visión. Aunque tal visión tiene cierta utilidad en ámbitos psicológicos relativamente controlados como el laboratorio o el despacho profesional, al evaluar la comunidad u otros entornos sociales los aspectos estrictamente

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.2

Usos y formas de evaluación social

Usos	Formas de evaluación
Conocer resultados, y conjunto de efectos, de los programas	Evaluación de resultados o impacto
Tomar decisiones sobre acciones Elegir entre programas	Evaluación «respondiente» y comparativa
Ayudar al desarrollo y mejora de las acciones sociales	Evaluación formativa
Seguimiento del desarrollo de programas en relación a objetivos/expectativas iniciales	Evaluación de proceso
Acumular información sobre cuestiones, programas y contextos sociales	Conocimiento público, reflexión social

métricos y metodológicos se ven acompañados por —o «sumergidos» en— un mar de elementos sociales de importancia similar o superior a la de aquéllos. De ahí derivan una serie de rasgos y significados (cuadro 6.1) a destacar en la evaluación social: su vinculación con los problemas sociales y con ciertos supuestos liberales, su conexión con el control y la democracia, su potencial alienante para las personas y su pluridimensionalidad social.

Proceso social, no sólo *métrico.* La evaluación social supone bastante más que recoger información o realizar medidas de necesidades, actitudes o cambios sociales: es un proceso social complejo que, como se ha indicado, implica *interacción* e influencia *bidireccional* con los evaluados (que a su vez evalúan al evaluador) y transcurre en un *escenario social* poblado de relaciones, valores y actores que tratan de influir todo el proceso en la forma que les resulte más favorable o positiva, no siempre coincidente, claro está, con los designios del evaluador o la institución que representa. Cuestiones como quién evalúa, para qué, desde qué supuestos, quién paga o para qué se usarán los resultados devienen en consecuencia capitales tanto en el propio proceso de evaluación (al «generar» los datos) como en la obtención, interpretación y uso de sus resultados, adquiriendo una significación real equiparable, si no superior, a la de los procedimientos de recogida, «tratamiento» y análisis estadístico de la información.

Evaluación, problemas sociales y liberalismo. La evaluación es una respuesta de la ciencia social aplicada a los problemas de las sociedades industriales modernas a las que parece significativamente vinculado tanto en su evolución como en la filosofía que la inspira. En efecto, el desarrollo del campo está ligado (Rebolloso, 1998) a los programas lanzados por los gobiernos demócratas en los años sesenta y setenta del pasado siglo para resolver los problemas sociales de EUA. Pero la evaluación refleja también, según House (1980), el trasfondo ideológico —libertad de elegir, individualismo, empirismo y competitividad— del liberalismo norteamericano. El comentario del autor sobre el origen y significado de la evaluación es elocuente y esclarecedor:

«Todos los modelos actuales derivan de la filosofía liberal, en que las desviaciones de la corriente principal son responsables de los distintos enfo-

© Ediciones Pirámide

ques. El liberalismo [...] surgió del intento de racionalizar y justificar una sociedad de mercado organizada sobre el principio de la libertad de elección. La elección sigue siendo la idea clave de los enfoques de evaluación, aunque quién elige, entre qué opciones y sobre la base de qué se elige son aspectos diferenciadores [...]

Una segunda idea del liberalismo es la de la psicología individual [...] otra la orientación empirista [...]».

Los enfoques de evaluación asumen también un mercado de ideas en que los consumidores pueden «comprar» las mejores. Asumen que la competición de ideas fortalece la verdad. En última instancia asumen que el conocimiento hará a la gente feliz o mejor de alguna manera. De forma que los enfoques de evaluación comparten las ideas de una *sociedad de mercado competitiva e individualista*. Pero la idea fundamental es la *libertad de elección*, porque, sin elección, ¿para qué sirve la evaluación? (pp. 46-47, énfasis añadido).

Aunque a falta de una teoría robusta esa inspiración ideológica parece marcar la orientación inicial de la evaluación, creo preciso ofrecer lecturas ideológicas alternativas y análisis sociales adicionales para captar en toda su amplitud y potencial —positivo y negativo— el fenómeno evaluador antes de adentrarnos en sus aspectos más técnicos y prácticos.

Evaluación, control social y democracia. Como recogida sistemática de información sobre características personales y desempeños sociales, la evaluación puede ser usada por los actores sociales con distintos propósitos, pudiendo convertirse en una herramienta de control social con un potencial, positivo o negativo, democratizador o tiránico, formidable. Así, la evaluación de desempeños y horarios en las empresas puede ser un mecanismo «racionalizador» de la producción y la justa remuneración pero, llevado al extremo y espoleado por la codicia capitalista, acaba siendo una forma de control y explotación de los trabajadores. Otro ejemplo, la enseñanza, ilustra otras posibilidades de la evaluación. En efecto, en la enseñanza el profesor ejerce, por encargo de la sociedad, el control del progreso de los estudiantes, evaluando lo que han aprendido. Pero, como se ha dicho, la evaluación social es siempre *bidireccional:* los estudiantes también evalúan las aportaciones del profesor, aunque esa evaluación carecía, hasta hace poco, de legitimidad social. El reconocimiento de la evaluación que los estudiantes hacen de los profesores para mejorar la enseñanza la ha convertido en un mecanismo de *control democrático* —algo que también sucede, como se verá, en la intervención comunitaria—. La extensión de la evaluación a las distintas áreas de la vida social (comportamientos, actividades, desempeños, resultados, etc.) junto a la creciente racionalización y burocratización que conlleva pone en peligro, sin embargo, la libertad y realización personal. Lo que encierra una curiosa paradoja: si Marina (1997), Giddens (1985 y 1987) y Mumford (1969) coinciden en señalar que el control y la rutina social son la base sobre la que se construyen la autonomía personal por un lado y el desarrollo de la sociedad moderna por otro, la sobredosis de evaluación y control burocrático, tan característica de la sociedad moderna, amenaza tanto esa autonomía personal como la libertad de elección que, según House, era fundamento de la propia evaluación.

Evaluación, alienación social y realización personal. Pero la evaluación encierra otro tipo de riesgos personales derivados de su carácter utilitario e instrumental. Como toda valoración usada con fines motivadores (incentivos económicos, imperativos éticos, metas sociales, etc.), la evaluación generalizada de la actividad de las personas en la sociedad actual es fuente de deshumanización y alienación social ya que la vida de las personas acaba estando regida más por esas evaluaciones y criterios extrínsecos que por sus propias y auténticas aspiraciones. Las personas viven una vida, en otras palabras, alienada, *dirigida por los demás* (por «artefactos» motivadores sociales, éticos o económicos generados en nombre de ellos por la sociedad), *no por sí mismas*. Ésa sería una de las tensiones que, conectando con la tesis de Marina, contribuyen a la «desaparición» del sujeto y de la voluntad individual como «instrumento» de búsqueda de la felicidad.

© Ediciones Pirámide

Es obligado introducir en este punto la reflexión ética recordando que, si bien se pueden evaluar comportamientos, desempeños o resultados, las *personas no son evaluables*, *tienen valor* y merecen en principio respeto *por sí mismas* con independencia de sus desempeños. Ese principio ético marca un límite que ni la valoración profesional ni las políticas sociales ligadas a la evaluación social deberían cruzar, especialmente cuando se trata con los más débiles o socialmente maltratados, que es cuando la aplicación del principio adquiere todo su sentido de humanidad y justicia social.

La violación de ese principio es, por desgracia, frecuente cuando topa con las exigencias de eficacia y dedicación social, entronizadas por la sociedad actual: la tragedia de los suicidios infantiles ligados al bajo rendimiento escolar o la de adultos por evaluaciones sociales negativas (baste recordar los suicidios de los cocineros franceses privados de las conocidas «estrellas» que acreditaban la calidad de su cocina) son sólo la punta del gran iceberg formado por miríadas de vidas «guiadas», con la bendición social y el «consentimiento» personal, por el juicio y la evaluación ajenos. Tal «heteronomía» vital no es más que otra expresión alienante y deshumanizadora a que el exceso de racionalismo y utilitarismo acompañantes de la progresiva tecnificación y burocratización parece abocarnos (véase, por ejemplo, Mumford, 1969, o Ellul, 2003); expresión tanto más significativa y preocupante cuanto que acaba negando el «sagrado» principio de autonomía personal sobre el que la modernidad occidental está montada. Es el riesgo de deshumanización implícito en cualquier método o proceso que —en nombre de la eficacia, el bienestar, la seguridad o lo que sea— trata de suprimir los valores y deseos humanos que acompañan a la ciencia o la técnica convirtiendo en valores en sí, algo que, como la ciencia, la técnica o la eficacia, son sólo medios justificables únicamente por los objetivos humanos que —como la felicidad o la justicia— persiguen y valiosos sólo en la medida en que ayudan a los humanos a alcanzarlos.

Dimensiones sociales: responsabilidad, aprendizaje y conocimiento público. Ya hemos visto que, como fenómeno poliédrico y ambiguo, la evaluación tiene diversas lecturas, de forma que la percepción individualista y liberal norteamericana puede ser corregida y complementada con una visión más colectiva y global. En efecto, como se ha reiterado, la evaluación es un proceso esencialmente social que implica tres *actores* distintos: la *gente* (la comunidad o sociedad), que suele generar la información; los *especialistas* profesionales, que la «recogen» y «tratan» técnicamente, y el *gobier-*

CUADRO 6.3

Estructura social: actores, papeles y dimensiones de la evaluación social

Actores	**Papel**	**Dimensiones Responsabilidades**
Público Sociedad	Genera la información («propietario» de la información)	Conocimiento público Permite reflexión y debate social
Gobierno	Encarga y paga evaluación («propietario» de los resultados)	Responsabilidad social
Experto Profesional	Recoge y elabora información («propietario» del proceso metodológico)	Aprendizaje de la práctica Investigación-acción Investigación de la intervención

© Ediciones Pirámide

no, que, en representación de la sociedad, paga, y con frecuencia utiliza, los datos obtenidos. De ahí se derivaría la triple valencia o significado de la evaluación social que, ampliando lo expuesto por Chelimsky (1978) y en coincidencia con algunos de los «usos» ya asignados a la evaluación, se puede concretar en: responsabilidad social, eficacia de los programas y generación de conocimiento práctico. El cuadro 6.3 sintetiza la estructura social de la evaluación a través de los actores, sus papeles y las dimensiones que desde cada punto de vista se derivan y que examinamos ahora.

- Para el *político*, la evaluación de programas fundamenta la demanda de *responsabilidad social* por el uso de los medios públicos para mejorar la vida de la gente, lo que se traduce en la exigencia de que los programas sean eficaces con el menor gasto posible. De otra forma, la evaluación de programas es el elemento esencial de *legitimación social de la acción social* y de las teorías y métodos que la sustentan. Las acciones sociales ya no se justifican, como antaño, simplemente en base a la ideología política o los valores éticos y sociales que las fundamentan; hay que demostrar que, además, son eficaces. Los profesionales deben estar, pues, siempre preparados para demostrar la eficacia real de las acciones (comunitarias o de otro tipo) propugnadas, más allá de las exposiciones teóricas y posiciones ideológicas de partida.
- Para el *público*, los programas deben tener efectos beneficiosos al menor coste posible y, debería añadirse, generar datos y elementos que aumenten el conocimiento, la reflexión y discusión pública sobre las cuestiones sociales básicas. Es decir, a diferencia de otros tipos de información, la evaluación social debe ser también considerada como un proceso de generación de *conocimiento público* que posibilita el debate social en la medida en que comunidad o sociedad adquieren una información sobre sus capacidades y problemas que les habilita para: entablar un debate y participar informadamente en la vida social, avanzar en las soluciones a los problemas o la realización de las aspiraciones compartidas y controlar los programas dirigidos a lograr lo uno o lo otro.
- Para el experto o el profesional, la evaluación es una forma insustituible de generar conocimiento y *aprender de la práctica social*; no sólo se trata de establecer si los programas «funcionan» (son eficaces y efectivos), sino de saber *por qué* funcionan y, en consecuencia, cómo pueden ser mejorados.

La presencia de esos tres actores básicos —comunidad, expertos y políticos— puede también llevarnos a plantear preguntas de mayor calado ético y político como: ¿a quién pertenece la información obtenida, quién la genera, quién la trata o quien la paga? ¿Cómo actuar en caso de conflicto de valores o intereses entre los actores? Aplazamos la consideración de las respuestas al capítulo 9, en que se tratan las cuestiones éticas.

3. EVALUACIÓN COMUNITARIA Y PODER

Como evaluación social que es, la evaluación comunitaria participa de las características descritas. Su especificidad deriva del papel desempeñado por el soporte territorial como referente organizativo de sus sistemas y dimensiones presentes, según se vio en el capítulo 3. En coherencia con lo escrito, concibo aquí la evaluación comunitaria como un instrumento para intervenir (parte integral, por tanto, de la intervención y diferenciado del diagnóstico psicológico) y como un proceso interactivo y social complejo (multidimensional) impregnado de valores e intereses. A continuación se desarrollan algunas implicaciones metodológicas y prácticas de los rasgos ya descritos para la evaluación social, se describen después algunos métodos típicos de evaluación de necesidades y programas y se aborda, al final, la evaluación de programas. Antes de entrar en esos temas, debemos especificar en el terreno comunitario la dimensión política ya apuntada en la evaluación social en general. La amplitud de la literatura sobre evaluación desborda (sobre todo en inglés) lo imaginable, así es que me limito a indicar algunas obras en castellano que, entre otras, estimo recomendables para profundizar en el tema: Organización Mundial de la Salud, 1981; Fernández Ballesteros, 1995; Pineault y Daveluy, 1989; Rossi y Freeman, 1989; Stufflebeam y Shinkfield, 1993; Medina, 1996. Y en inglés: McKillip, 1987; Posavac y Carey, 1992; Patton, 1990. Varios manuales de psicología comunitaria incluyen también capítulos sobre evaluación o metodología relacionada.

© Ediciones Pirámide

El poder como constituyente y trasfondo de la evaluación. Como los valores, el poder es un constituyente nuclear tanto de la evaluación social, cuyos distintos aspectos y momentos impregna, como del trasfondo social en que se desenvuelve, con frecuencia descrito como un escenario de juegos de, y lucha por el, poder entre diversos actores y grupos sociales. En efecto:

- Los *temas* sociales a evaluar tienen *dimensiones políticas* importantes, estando muchas veces ligados a conflictos entre facciones sociales.
- La *información* —el fruto de la evaluación— *es poder* en la medida en que fundamenta las decisiones públicas y los debates sociales tanto «directos» (entre colectivos sociales) como indirectos, los mediados por los poderosos medios de comunicación.
- La evaluación acaba siendo, en consecuencia, un «arma» decisiva en la *lucha* entre distintos grupos y facciones sociales para conseguir *recursos escasos* precisos para satisfacer necesidades o alcanzar objetivos y aspiraciones.
- Los actores sociales «tiñen» con sus intereses (mezcla de valores y poder) el *contenido de la información* aportada.
- El *interventor social maneja* en mayor o menor medida *poder* (recursos sociales escasos: ayuda profesional, dinero, prestigio, trabajo, etc.) a distribuir entre distintos grupos sociales potenciales, sobre todo al elegir el destinatario social de su actuación.

En consecuencia, en la escena social, la *evaluación de necesidades o programas adquiere irremediablemente tintes políticos*, tanto más cuanto más carga política o social tenga la cuestión evaluada, cuantos más recursos y poder haya en juego para abordarla y cuanto más diversos sean los puntos de vista de los actores involucrados o los desequilibrios sociales entre ellos. Pero si hay un cierto acuerdo sobre la existencia de una dimensión política en la evaluación social, el manejo de esa dimensión es, en cambio, polémico, registrando posturas divergentes, asociadas al reconocimiento explícito —o no— de esa dimensión política y al papel que respecto a ella debe adoptar el interventor profesional. Mientras unos, más reticentes a reconocer la impregnación política del rol comunitario, proponen que el interventor permanezca como un actor neutral, independiente de las pugnas por el poder, otros, asumiendo plenamente la naturaleza política de la acción comunitaria, piensan que el compromiso social y el activismo partidista son las opciones correctas para el psicólogo comunitario. Así, para Riger (1989), «los psicólogos se convierten, tanto si quieren como si no, en jugadores de un juego político cuando intervienen en escenarios comunitarios» (p. 380), y para Cook y Shadish (1986) «la evaluación no es, en muchos aspectos, más que otro acto político que se da en una contienda en que el poder, la ideología y los intereses son determinantes más poderosos de la toma de decisiones que la evaluación de los programas» (p. 200).

3.1. Implicaciones prácticas: participación, democracia y empoderamiento

La exploración y reconocimiento explícito de la dimensión política obliga a extraer ciertas conclusiones a tener en cuenta en la evaluación comunitaria.

Evaluación como participación. En la medida en que permite a los colectivos comunitarios definir cuáles son los problemas u objetivos comunes relevantes y significativos, la evaluación constituye

© Ediciones Pirámide

una forma privilegiada de participación social; una vía, por tanto, inicial de acceso al poder «definitorio», si no decisorio.

Multilateralidad y democracia. Los aportes multilaterales de los diversos grupos suponen un *control democrático* del poder del evaluador experto cuya visión se ve confrontada con informaciones y puntos de vista externos y autónomos. La pluralidad de fuentes de información y opinión social funcionan como *contrapoderes* o «contrapesos» del poder decisorio del político o el evaluador profesional, lo que debería contribuir finalmente a democratizar los procesos de producción de información, definición de objetivos y toma de decisiones sobre los programas e intervenciones sociales.

Evaluación y empoderamiento. Si, como suele decirse, la información es poder (esencialmente en los procesos de actuación y de toma de decisiones), un procedimiento interesante, y poco utilizado, de intervención potenciadora consiste en el uso de la información obtenida en la evaluación para la «ilustración social» de la gente. En efecto, la utilización de la evaluación como forma de producir conocimiento público, la *devolución* a la comunidad del conocimiento que ella misma ha generado tendrá un efecto empoderador nada despreciable. ¿Cómo? Primero, aumentando el conocimiento y la conciencia que la comunidad tiene de sí misma, sus problemas y sus capacidades; segundo, ese autoconocimiento permitirá que los colectivos sociales sean *actores* conscientes e informados tanto del debate social como de las propuestas de solución de los problemas colectivos y de las vías para hacer realidad sus aspiraciones y deseos. Es decir, la devolución de la información o el saber emanado de la comunidad —y elaborado por el experto comunitario— puede constituir una vía para transformar a aquélla de mero emisor de información y receptor más o menos pasivo de programas elaborados por ciertas élites políticas o intelectuales en participante en la discusión social y en actriz consciente e ilustrada. Pensemos que tanto esta forma de empoderamiento a través de la información social como el papel mediador del psicólogo y otros expertos comunitarios pueden ser críticos en la compleja sociedad actual en que tanto el debate social como la toma de decisiones requieren unos conocimientos y significados globales sin los cuales la gente queda a merced de élites políticas, intelectuales o mediáticas que, monopolizando la información relevante o manipulándola según sus intereses, acaban definiendo los problemas y aspiraciones de la comunidad, tomando decisiones en su nombre e induciendo el retiro del hombre común del escenario público ante una profusión y complejidad de datos cuyo sentido y alcance no acaba de entender.

4. LA PRÁCTICA: PRINCIPIOS REGULADORES

De los conceptos y significados de la evaluación comunitaria explicados se derivan una serie de principios que regulan su práctica, en la que nos centramos en esta parte. De su condición instrumental derivaremos varias reglas metodológicas; de su carácter social complejo deducimos, además de la necesidad de tener en cuenta los valores y el poder, el principio de multidimensionalidad; y de su condición interactiva y psicosocial obtendremos un conjunto de funciones interventivas. Debemos aclarar, además, la diferencia respecto a la evaluación psicológica (particularmente el psicodiágnostico) ya enunciada en la introducción, así como la ubicación de las distintas variantes de evaluación a lo largo de la intervención, punto por el que, al permitirnos situar la evaluación en el proceso de actuación comunitaria, empezamos.

4.1. La evaluación en el proceso interventivo

Ya se ha indicado que la evaluación precede a la intervención comunitaria, de la que es requisito previo. En realidad, y como muestra la figura 6.1, la evaluación está presente a todo lo largo de la intervención, en sus distintos momentos: al comienzo, durante el proceso y al final.

© Ediciones Pirámide

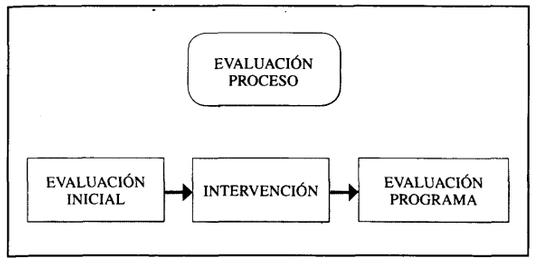

Figura 6.1.—La evaluación como parte del proceso de intervención comunitaria.

Evaluación inicial que, salvo circunstancias críticas o excepcionales, precede a la intervención y la hace posible al mostrarnos el estado inicial del tema (problema o deseo positivo), sus determinantes y la situación en que se inserta. Todo ello tiene una doble utilidad: 1) aporta los datos numéricos y cualitativos para elaborar una *hipótesis evaluativa* (que *no* diagnóstica: no estamos trabajando con personas enfermas sino con complejas cuestiones comunitarias) sobre los elementos que «causan» y mantienen el problema o situación a modificar; 2) sirve de base con que *comparar el estado final* del tema, y la situación en su conjunto, permitiendo la evaluación de acciones y programas, imposible sin esa «línea base».

Evaluación del proceso o progreso; seguimiento del programa para ir verificando en qué medida sus distintos componentes (etapa 5, cuadro 6.14: actividades, métodos, trabajadores, etc.) se van «comportando» conforme a lo previsto de forma que o se alcanzan los objetivos intermedios señalados o se progresa apropiadamente hacia los objetivos generales.

Evaluación de resultados (o «evaluación de programas» en general) desde el punto de vista de los objetivos planteados y del tema específico objeto de la intervención (la participación, la droga, etc.) pero también del impacto comunitario global. Esta evaluación final sólo puede realizarse con alguna garantía si se ha hecho una evaluación inicial que le sirva como término de comparación.

© Ediciones Pirámide

5. CONOCIMIENTO INSTRUMENTAL

Ya hemos visto que la evaluación, como saber al servicio de la intervención, tiene un *carácter* instrumental, más restringido y utilitario que el conocimiento, que en principio se asume desinteresado, no utilitario y de alcance ilimitado: no se trata de conocer por conocer, sino de *conocer para actuar*. De ese carácter utilitario de la evaluación comunitaria se derivan dos consecuencias metodológicas destacables respecto al proceso a seguir y el volumen de información a obtener (cuadro 6.4).

El contenido determina el método a usar. Si la información va a ser usada para actuar, el contenido de la información —*lo que necesitamos saber* para intervenir— dictará el método (o métodos) adecuado para obtener tal información. Y no, como sucede con frecuencia, al contrario, cuando nuestro método preferido determina el contenido de la información obtenida. Esta regla parece, sin embargo, plantear una contradicción, pues necesitaríamos conocer con antelación los datos que la evaluación va, precisamente, a aportarnos. La contradicción es sólo aparente: es el contenido de las *preguntas* que vamos a hacer —no de las respuestas a ellas— lo que debemos conocer para seleccionar el método adecuado; sólo la «aplicación» de ese método a la comunidad nos «dará» las respuestas. Y es que no es posible obtener respuestas sin saber *antes* las preguntas que vamos a hacer, que estamos buscando. Eso supone tener una idea de los *objetivos* globales y el nivel social en que se va a desenvolver la evaluación inicial, a partir de cuyos resultados podremos concretar los objetivos interventivos finales. Más que de una contradicción, se trata, pues, de un proceso parcialmente «cíclico» o retroalimentado. Un ejemplo puede aclarar tanto la relación instrumental de la metodología respecto al contenido como la aparente incongruencia de procedimiento descrita. Para conocer la motivación de una comunidad ante un problema X (contenido de la evaluación), podemos observar la dinámica de una reunión o acto vecinal sobre el tema, un breve cuestionario a los vecinos o pedir a ciertos informantes clave que estimen la motivación o interés de la comunidad; se trata de tres opciones o métodos

CUADRO 6.4

Evaluación comunitaria como conocimiento instrumental

	Descripción
Carácter	Información para intervenir; no conocimiento desinteresado
Proceso	Contenido de información a recoger determina método, no al revés
Volumen	Intermedio apropiado a objetivos y nivel de intervención Evitar { defecto: faltan datos para actuar exceso: dificultad de integración de datos y discrepancias

distintos para obtener el contenido informativo buscado, aquello que deseamos averiguar.

Volumen medio de información. Debemos recabar una cantidad de información intermedia según el nivel de actuación y los objetivos planteados: cuanto más ambiciosos los cambios buscados y más alto el nivel social, más información precisaremos en general. No tendremos las mismas necesidades informativas para animar un barrio hundido en el desánimo o dirimir una lucha por el poder en una comunidad que para resolver un conflicto en una escuela o las quejas de unas cuantas familias. Se debe, pues, evitar tanto el exceso como el defecto de información. Obtener *demasiada* información implicará gastar en la evaluación parte del esfuerzo (tiempo, dinero, energías del equipo) necesario para la intervención en su conjunto; no debemos agotar en la fase inicial las energías personales y los medios que luego necesitaremos para actuar. El exceso de datos suele crear, además, problemas para integrar la información, especialmente si ésa ha sido obtenida con distintos métodos, que, como se sabe, «crean» su propia varianza. Tener, por otro lado, información escasa o *insuficiente* es aún más grave, ya que puede impedirnos diseñar, realizar o evaluar la intervención adecuada, algo imperdonable. ¿Cuánta información es, entonces, una cantidad «intermedia»? Por supuesto que no existe una contestación predeterminada y cuantificable para esa pregunta. La respuesta orientativa y general sería: debemos recoger la información —cantidad y cualidad— que en la situación inicial necesitamos para diseñar, realizar y evaluar el programa; eso sin olvidar que nunca vamos a tener toda la información precisa y que pueden producirse acontecimientos inesperados o surgir preguntas para las que vamos a necesitar nuevos datos.

6. VALORACIÓN SOCIAL, NO DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Las diferencias de la evaluación social respecto a la evaluación psicológica se pueden situar, en el ámbito comunitario, en los tres ingredientes básicos de cualquier forma de evaluación: la unidad o nivel evaluados, su contenido (qué queremos averiguar) y el método usado para averiguar ese contenido (cuadro 6.5). Examinemos las diferencias en los tres componentes, extrayendo las correspondientes consecuencias prácticas para la evaluación comunitaria.

Unidad *o nivel social.* Mientras que el psicodiagnóstico —la evaluación psicológica en general— se centra en el individuo o en alguna de sus dimensiones o características (patología, personalidad, etc.), la evaluación comunitaria se centra en la comunidad (el barrio X) o, también, en alguna dimensión social problemática o positiva —la delincuencia, el sentimiento de comunidad o la participación— ó en las características de un colectivo social concreto: los adolescentes, los inmigrantes, las mujeres maltratadas, etc. Más allá de la diferencia general entre el nivel comunitario e individual, conviene examinar las características, particularidades de cada uno de esos tres focos posibles —comunidad, tema, colectivo social— de la evaluación comunitaria en lo relativo a la dificultad del acceso a los informantes y la información, y de la tarea evaluadora en su conjunto. La *comunidad* es, sin duda, la unidad estructuralmente más compleja en términos de los aspectos territoriales, sociales e institucionales incluidos (capítulo 3). Dado que su descripción puede resultar casi inagotable en relación al tiempo, medios y esfuerzo personal disponibles, es en general aconsejable hacer una descripción limitada de aquellos rasgos generales básicos que «retraten» a la comunidad en su conjunto, lo que permitirá centrarnos en los aspectos más relevantes para el tema de interés. La información es, en cambio, bastante accesible en los aspectos físico (la gente se concentra en un espacio territorial limitado) y social: la gente está con frecuencia *organizada* en asociaciones e instituciones que son fuente importante de información temática (asociaciones sectoriales) o social, representando los intereses colectivos. Así, las asociaciones de mujeres o la vocalía de la mujer son núcleos organizados muy valiosos si estamos evaluando el maltrato.

Si la unidad evaluada es un aspecto social determinado (el paro o la participación), la complejidad estructural desaparece quedando reducida a una sola *dimensión*; carecemos, en cambio, del soporte territorial de la comunidad, lo que puede dispersar y dificultar el acceso a la información, que ya no se limitará al territorio X. La tarea evaluadora se simplifica si el tema tiene un soporte organizativo formal o informal que, como se ha indicado, servirá como fuente informativa. Si, por el contrario, la gente no está organizada respecto al tema de interés, carecemos de una valiosa fuente de información sobre el tema; tenemos, entonces, que recurrir al muestreo de individuos y a la agregación de datos como procedimientos evaluativos, cuestionables desde el punto de vista metodológico, ya que, al reducir una comunidad o colectivo a una colección de individuos, escamotean valiosas dimensiones y relaciones sociales.

El *colectivo* social ocupa un lugar intermedio entre la comunidad y la dimensión temática: es estructuralmente más complejo que la dimensión singular pero menos que la comunidad, careciendo igualmente de soporte territorial al que limitar la recogida de información. La cuestión de los núcleos organizativos sociales que nos sirven como fuentes informativas tiene un planteamiento similar a la de la dimensión temática, aun cuando parece, en principio, más frecuente la organización social por temas que por grupos de edad. Con frecuencia, de todos modos, los tres tipos de unidad evaluativa distinguidas aparecen «mezclados» o superpuestos. Así, podemos evaluar las necesidades de los inmigrantes o jóvenes de un barrio X (comunidad y población), la participación en el barrio Y (tema y comunidad) o el maltrato infantil (tema y población).

Contenido. La evaluación psicológica se suele centrar en aspectos psicológicos (como la patología psiquiátrica) y dimensiones o rasgos de la personalidad. En la evaluación práctica de la comunidad interesan básicamente tres tipos de «datos»: necesidades o problemas de la comunidad o sus habitantes, motivación o actitud ante el tema de interés y recursos sociales (solidaridad, riqueza económica, trabajo disponible, tejido asociativo presente, etc.) o personales. Si el conocimiento de las necesidades y dificultades existentes y su gravedad es preciso para evaluar la problemática presente (el «diagnóstico» en la visión médica), conocer la motivación y los recursos sociales es necesario para abordar los temas y buscarles solución («pronóstico»). Hay que evaluar por tanto unos y otros: el mismo problema X tendrá muy distintas probabilidades de solución en una comunidad apática y desmotivada que en una organizada y «peleona». De hecho, la motivación social (o personal) es con frecuencia más importante para solucionar un problema (o alcanzar una meta deseada) que la gravedad del problema o los obstáculos acumulados ante la meta ansiada.

Método. La evaluación individual aún se basa en un solo método (con predominio de los métodos

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.5

Diferencias con la evaluación psicológica

Concepto	Evaluación comunitaria	Evaluación psicológica
Nivel/unidad	Comunidad Problema/dimensión positiva Colectivo social	Individuo
Contenido	Necesidades/problemas Motivación/actitud Recursos personales y sociales	Problemas psicológicos Dimensiones de personalidad
Métodos	Múltiples Más indeterminados (observación importante)	Monométodo (priman enfoques verbales)

verbales como la entrevista o los *tests*), mientras que la comunitaria necesita combinar varios métodos con frecuencia de distintos tipos (verbales, observación, de archivo) que puedan captar los diferentes niveles y tipos de datos que componen la comunidad y los colectivos que la habitan. Así, aunque los métodos verbales tienden a dominar en el trabajo comunitario del psicológico, la observación territorial o social es también esencial, y los datos estadísticos o cotidianos de archivo son complementos aconsejables, como se vio en el capítulo 3. No obstante, es ésta una diferencia más de grado que de cualidad, ya que la tendencia al uso de métodos múltiples es cada vez más extendida en el trabajo individual, en respuesta a la variedad de datos a captar en las personas, no sólo en las comunidades o poblaciones, infinitamente más complejas y heterogéneas, de todas formas, que las personas.

7. MULTIDIMENSIONALIDAD: TEMAS, ACTORES, MÉTODOS

Dos rasgos destacan al considerar la evaluación como fenómeno social —como una actividad que implica relaciones con actores sociales diversos y se da en un contexto trabado y complejo—: la importancia del poder y los valores y la multiplicidad de lecturas sociales y de dimensiones temáticas y metodológicas involucradas. Tal consideración nos exige introducir métodos de análisis y gestión práctica que tengan en cuenta tanto la impregnación política y valorativa como las diversas dimensiones relevantes de los temas tratados, los intereses sociales involucrados y, en consecuencia, de los métodos de evaluación a usar. Así, el constructivismo social busca incorporar los puntos de vista de los actores sociales en la elaboración conceptual de los problemas y el operacionalismo multimetódico, el uso de varios métodos complementarios para describir los temas y problemas mejor. Examinemos las tres fuentes de multidimensional de la evaluación comunitaria y su manejo para reflejar mejor la complejidad de los fenómenos comunitarios.

Cuestiones sociales. Si los problemas y cuestiones sociales tienen varias facetas o dimensiones, el primer paso de su evaluación será el *análisis dimensional* que permita identificar las dimensiones relevantes y desarrollar indicadores o medidas para cada una. Eso permitirá detectar los cambios producidos en la intervención en la cuestión o problema, lo que no sucedería si usamos un solo método o indicador que en general pasará por alto cambios

© Ediciones Pirámide

importantes en aspectos que no hayamos identificado ni en consecuencia medido, con lo que podemos estar simplificando o distorsionando la evaluación de los verdaderos cambios producidos al considerar sólo una dimensión (o un número reducido de ellas) y no el fenómeno en su conjunto. Así (cuadro 6.6) en la evaluación de los problemas —y programas de tratamiento— de drogas, el «Índice de Severidad de la Adicción» (*Adiction Severity Index*; MacClelland y otros, 1980) valora seis dimensiones: consumo de drogas, estado físico, estado psicológico, situación laboral y económica, estado legal y relaciones sociales. Se incluyen aquí, como se ve, aparte de la dimensión básica de interés (el consumo de drogas), otras cinco de diversas áreas psicológicas, sociales y otras, que son parte del conglomerado «drogas» y que, por tanto, hemos de evaluar junto a la dimensión central citada para obtener un perfil verídico del fenómeno en su conjunto y de los cambios producidos por las intervenciones, y no una aproximación de ambos sesgadamente unidimensional.

Actores e intereses sociales. También son múltiples las partes interesadas en las cuestiones sociales y diversas sus visiones de las cuestiones y de sus soluciones. El número de actores o *grupos de interés* varía según el tema y el contexto social: en general aumenta con el nivel social, pero también —al igual que la diversidad o divergencia de los intereses implicados— con el tipo de tema tratado. Los intereses sociales en una familia o un grupo pequeño serán relativamente más simples, por ejemplo, que en una organización o institución media (una escuela, una empresa mediana, un hospital pequeño) y más simples que en un barrio o comunidad. Los enfoques «respondientes» de evaluación (Stake, 1975; Bryk, 1983; Cook y Shadish, 1986) tienen muy en cuenta los intereses o puntos de vista de los actores sociales interesados *(stakeholders)* relevantes en la evaluación. Dos preguntas prácticas pertinentes en esta área son: ¿qué actores sociales debemos tener en cuenta en la evaluación comunitaria? ¿Cómo usar el enfoque en la práctica de la evaluación?

En respuesta a la primera pregunta, Delbecq y sus colegas (1984) consideran tres tipos de actores básicos: los usuarios potenciales (la comunidad), los expertos y los que patrocinan o pagan la intervención (políticos u otros proveedores de recursos).

CUADRO 6.6

Multidimensionalidad: temas, actores, métodos

Aspecto	Descripción	
Tema/ problema	Dimensiones básicas Medir cada dimensión Ejemplo: droga	Consumo Estado físico Estado psicológico Situación laboral Situación familiar-relacional Estado legal
Actores *stakeholders*	Afectados (criterio subjetivo) Profesional/experto (criterio objetivo, profesional) Social (entorno social, gestores, políticos)	
Métodos	Cualitativos/subjetivos y cuantitativos/objetivos Verbales, observacionales e históricos (cuadro 6.10)	

© Ediciones Pirámide

Cook y Shadish (cuadro 6.7) añaden un cuarto: los grupos de interés y organizaciones sociales. Esto puede ser simplificado a un modelo tripartito desde el que más arriba trazamos las dimensiones sociales de la evaluación y que usaremos, más adelante (cuadro 6.14), para evaluar resultados de las acciones comunitarias. El modelo define tres aspectos básicos a evaluar (subjetivo, objetivo y social) cuyos titulares informativos son respectivamente: los sujetos afectados, los expertos o profesionales y los otros socialmente significativos con que se relacionan los sujetos. Basta con desdoblar los «otros significativos» en grupos sociales informales (asociaciones, grupos de interés) y formales (políticos y agencias privadas) para tener un esquema coherente y utilizable en la evaluación comunitaria que viene a coincidir con las propuestas ya citadas.

CUADRO 6.7

Stakeholders *o actores sociales en la evaluación comunitaria (Cook y Shadish, 1986)*

- Gestores políticos o administrativos
- Grupos de interés: organizaciones sociales y ciudadanas y grupos de presión
- Prestadores de servicios: técnicos y profesionales
- Usuarios o consumidores en general: «comunidad» o sociedad interesada

Para responder a la segunda pregunta (cómo usar el enfoque multilateral en la práctica), partiremos de la observación de que, en la medida en que los actores sociales actúan como grupos interesados *(stakeholders),* tienden a «colorear» la realidad social (especialmente aquellos temas que les interesan) y los esfuerzos para cambiarla con sus propios valores e intereses. Así, los *políticos* tienden a ocuparse tanto por la imagen social y la rentabilidad electoral de una acción comunitaria como por sus resultados reales para la gente. Los *grupos y organizaciones* comunitarias tendrán intereses específicos ligados a objetivos sectoriales muchas veces dispares, si no incompatibles: mientras unos pueden querer más seguridad y policía, otros desearán más servicios, otros más prestaciones familiares o una escuela o un parque, etc. Los *profesionales* suelen hacer evaluaciones positivas de los programas que ellos diseñan o llevan a cabo y definir los problemas de forma que precisen de su intervención, en lugar de desarrollar los recursos sociales existentes. Y la *comunidad* defiende con frecuencia sus propios intereses frente a otras comunidades e ignora la voz y necesidades de los más débiles. Y así sucesivamente. ¿Qué regla práctica podemos derivar de esta observación? La siguiente: debemos tener en cuenta la *posición* (o papel) de cada actor social relevante en relación al tema a evaluar y el *contenido* de los *valores e intereses* (cuál es su *interés* por el tema) respecto al tema tratado. El conocimiento de esas dos cualidades de los *stakeholders* básicos nos permitirá entender cada punto de vista y obtener una evaluación global del tema «encajando» las distintas piezas del rompecabezas comunitario —o social— resultante. De nuevo, el esquema tripartito (cuadro 6.14) adquiere así pleno significado: tiene en cuenta los tres tipos de intereses básicos (subjetivo, objetivo y social) implicados en una cuestión social que corresponden a las tres posiciones sociales esenciales (sujeto, estudioso o experto en el tema y contexto social próximo al sujeto y que por su relación con él sufre las consecuencias de su conducta). La articulación de los tres tipos complementarios de conocimiento ligados (experiencial, científico-técnico y social) en cada tema o programa interventivo debe dar una visión global, integrada y significativa del tema.

Métodos. La presencia de dimensiones temáticas y de perspectivas sociales plurales exige, lógicamente, usar métodos múltiples apropiados a los distintos tipos de «datos» o información a captar. Necesitamos indicadores de las distintas dimensiones (subjetivas, sociales, objetivas) y métodos que puedan captar los distintos puntos de vista de los actores sociales y las consecuencias dinámicas y estructurales de los programas. Con frecuencia será necesario combinar (cuadro 6.10) los datos históricos o estadísticos existentes con algún método verbal —que implica interacción— y con la observación del entorno físico o social —que no interfiere con los fenómenos observados—. La combinación de esos tres tipos de métodos nos permitirá obtener nuevos datos, confirmar hipótesis iniciales y compensar los sesgos de cada enfoque metodológico. Se trata, como en la investigación (capítulo 5), de seleccionar estrategias metodológicas, no sólo en función de la información (contenido y cantidad) precisa sino, también, de los requisitos y asunciones de cada estrategia y de los efectos no interventivos (premisas relacionales, interferencia con el fenómeno, creación de expectativas, etc.) involucrados en cada una.

Hay que tener en cuenta que cada método tiene unas características, puntos fuertes y puntos débiles, facilita un tipo de información pero hace difícil, si no impide, obtener otro. ¿Por qué conviene, en ese sentido, combinar enfoques cualitativos y cuantitativos? Porque los enfoques *cuantitativos* u objetivos (como los indicadores sociales) maximizan la información descriptiva y estructural, pero nada dicen sobre las dinámicas psicosociales y aspectos valorativos y subjetivos «internos»: motivación y actitud de los actores sociales, significado para ellos de los temas evaluados, relaciones entre actores, dinámica de la acción, etc. Para captar esos aspectos (los *cómos y los porqués* de la acción y de los actores), debemos también usar métodos *cualitativos* o subjetivos (como los informantes clave o grupos semifocales). De nuevo, el esquema tripartito permite situar y dar sentido global a los datos aportados por uno u otro enfoque.

8. PROCESO

El carácter instrumental del método y los ingredientes identificados al diferenciar evaluación social y psicológica permiten ya proponer un proceso lógico que ordene esos ingredientes (cuadro 6.8). Primero identificaremos el *nivel social* en que nos moveremos o la unidad precisa objeto de la evaluación (y de la intervención posterior), después determinaremos el *contenido* de la información a obtener (las «preguntas a hacer») y, finalmente, elegiremos los *métodos* apropiados para obtener esa información, teniendo en cuenta los recursos reales con que contamos.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.8

Secuencia procesal: unidad, contenido, método (UCM)

1. Seleccionar unidad/nivel social – U
2. Determinar contenido información necesaria – C
3. Elegir métodos apropiados – M

9. FUNCIONES INTERVENTIVAS

Desde el punto de vista psicosocial, la evaluación es una *interacción* con personas o colectivos sociales selectivamente dirigida a obtener información para actuar. Tendrá, pues, como cualquier interacción, una serie de implicaciones y funciones interventivas que van más allá de la recolección de datos, su propósito explícito. Por eso, y aunque la evaluación es una fase distinta de la intervención propiamente dicha y tiene objetivos diferenciados, no existe una separación clara y tajante entre una y otra, de forma que podemos afirmar que, de alguna manera, la evaluación *ya es* intervención. Funciones y dimensiones interventivas de la evaluación, parcialmente notadas a lo largo de la exposición, son (cuadro 6.9) las siguientes:

- La evaluación de necesidades *comunica* implícitamente el *respeto* e interés del interventor por las personas y colectivos con que se va a intervenir. Se les pregunta por sus nece-

CUADRO 6.9

La evaluación comunitaria como interacción: funciones interventivas

- Es una forma básica de participación de la comunidad
- Establece papel inicial del interventor (indagador y proveedor potencial recursos)
- Comunica respeto por el punto de vista de la comunidad
- Permite acceso a la comunidad o población
- Motivación social y creación de expectativas de cambio

© Ediciones Pirámide

sidades, capacidades y puntos de vista en lugar de asumir que el experto externo los conoce o que puede prescindir de la información y opinión de esas personas y grupos sociales.

- La evaluación es, como se ha indicado, una forma básica de *participación*, de hacer a los destinatarios partícipes de la intervención. A través de ella se reconoce el valor y papel central de la comunidad o del colectivo social de interés para definir sus propios problemas y necesidades, si bien, para ser efectiva, la participación debe extenderse, también, a las fases de toma de decisiones y de ejecución de las acciones.
- Desde el punto de vista estratégico, la evaluación es una buena forma de *acceder a la comunidad* o población de interés, aunque tiene sus propios riesgos. Por un lado, crea expectativas —irreales con frecuencia— de que se va a hacer algo para solucionar la situación, algo que muchas veces no sucede. Sitúa, por otro, al evaluador en la clara e incómoda posición de proveedor potencial de recursos y bienes (servicios, ayudas económicas o de otro tipo, etc.) altamente deseados, lo que puede a su vez llevar a los sujetos a distorsionar la realidad comunitaria exagerando o inventando los problemas y responsabilizando siempre a otros (ayuntamiento, gobierno, «los políticos», «la administración»), con lo que la evaluación (y el evaluador) se pueden convertir fácilmente en vehículos de reivindicación y victimización en vez del proceso de captación más o menos objetiva de la realidad comunitaria que se supone son.
- La evaluación *define* por tanto implícitamente *el rol* del practicante respecto al sistema social evaluado. Al menos inicialmente: es posible que en función del papel atribuido el interventor haya de redefinir ese papel inicialmente atribuido (por ejemplo, como se ha visto, de proveedor de recursos o de vehículo amplificador y legitimador de quejas institucionales).
- *Motivación social* y *creación de expectativas de cambio*. Al establecer la relación inicial con las personas o grupos sociales y crear expectativas de que se van a producir cambios, la evaluación tiene un importante papel motivador y dinamizador. Tiene, de otro modo, un importante efecto interventivo *previo* a la intervención formal.
- La evaluación comunitaria *crea expectativas,* casi mágicas con frecuencia, de intervención posterior. Ese efecto es más probable y potente si el evaluador coincide con el interventor y pertenece —o es percibido como perteneciente— a una institución política dotada de medios (económicos sobre todo) y obligada a atender las necesidades sociales: ayuntamiento, consejería, agencia pública, etc. En este tipo de situaciones es estratégica y éticamente conveniente que el evaluador *aclare* —redefina si es preciso— su *papel* real si observa distorsiones implícitas de ese rol (o del proceso que seguirá) en las personas evaluadas, disipando expectativas irreales. ¿Cómo hacerlo? Explicando tanto la *identidad* institucional del evaluador (a qué o a quién representa) como el *uso* que se va a dar a los datos. Facilitar esa información es un deber del evaluador, y conocerla, un derecho de la comunidad. El manejo de las expectativas es también importante desde el punto de vista estratégico, pues constituyen un *arma de doble filo*. Positivo, al crear, como se ha dicho, un clima inicial favorable a la intervención posterior. Negativo, porque las expectativas frustradas (repetidamente con frecuencia) alimentan los procesos de apatía y fatalismo social cuyo arraigo y perpetuación en los colectivos marginales dificulta o imposibilita cualquier movilización posterior. Las expectativas de un colectivo social son, pues, un *recurso a administrar* cuidadosamente averiguando, como parte del proceso de evaluación inicial, la historia previa de expectativas suscitadas, confirmadas o frustradas.

© Ediciones Pirámide

10. ENFOQUES Y MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Como se ha indicado, la evaluación inicial incluye, además de necesidades o problemas, las capacidades personales y los recursos sociales existentes. Los modelos y métodos descritos a continuación están pensados para medir y valorar déficit o conflictos (el núcleo de la «evaluación de necesidades») pero suelen servir igualmente y en su mayoría para evaluar los resultados de los programas que, según el esquema procesal bosquejado, se hace comparando la situación tras intervención con la inicial. Así, los informantes clave, la encuesta o la observación de la interacción servirán tanto para detectar necesidades, problemas o recursos comunitarios iniciales como para documentar los cambios generados por la intervención, con la ventaja de que el uso de los mismos métodos antes y después de intervenir elimina la «varianza metodológica», la influencia del método en el resultado. Pero no siempre es así: la historia de la comunidad o del tema tratado, o la ecología físico-social, interesan básicamente al inicio, en la «evaluación de necesidades», dado que, además y como en el caso de la cultura u otros «datos» globales, o no son modificables o no van a ser objeto de un cambio, que suele centrarse en aspectos más accesibles y micro.

CUADRO 6.10

Métodos de evaluación de necesidades y programas

Tipo métodos	Enfoques/métodos	Características básicas
Verbales (implican interacción)	Informantes clave	Personas con información relevante sobre tema; exploratorio, subjetivo
	Grupos semifocales	Personas interesadas en el tema; permite observar dinámica; subjetividad e interacción social
	Encuesta poblacional	Cuestionario fijo sobre temas conocidos por población; objetivo, minimiza interacción
Datos existentes Historia, estadísticas	Tasas de tratamiento	Datos indirectos sobre cantidad y cualidad de casos atendidos en servicios normalizados
	Indicadores sociales	Estadísticos sociales básicos; permite comparación entre sociedades y en el tiempo
	Historia	Permite situar tema y comprender problemas presentes
Observación	Interacción: forma y contenido	Indicador de vida y perfil social
	Cultura y vida cotidiana	Comprensión forma de vida, asuntos básicos y organización global de comunidad
	Estructura físico-arquitectónica de entorno	Territorio, como condicionante relaciones y vida comunitaria; relación con entorno

© Ediciones Pirámide

Modelos. Siguiendo a McKillip (1987), podemos describir tres modelos generales para identificar y evaluar.

- *De discrepancia*. La diferencia entre las expectativas o ideales sociales por un lado y la realidad existente por otro define aquí tanto el estado inicial de necesidad o problemática como el éxito de la intervención, indicado por la reducción de esa discrepancia. Es la forma habitual de evaluar necesidades y resultados de los programas.
- *De marketing*. La población-cliente define las necesidades; el interventor se limita a preguntar qué es lo que aquélla quiere o necesita. No siempre existen, sin embargo, los medios o la voluntad política de satisfacer las necesidades así definidas.
- *De toma de decisiones*. Las necesidades se definen a partir de un modelo numérico algo complejo en que se ponderan las «utilidades» (valores o intereses asociados por los sujetos a las opciones que se contemplan) teniendo también en cuenta ciertas cualidades de las necesidades.

Aunque los métodos principales de evaluación de necesidades aparecen en el cuadro 6.10, dado el predominio de los enfoques verbales, pueden también incluirse aquí las estrategias investigadoras que, como se indicó en el capítulo 5, pueden muchas veces usarse para la evaluación. Informantes clave, grupos focales, encuesta, tasas de tratamiento e indicadores sociales son los enfoques tradicionales, y se describen a continuación. La observación suele ser, sin embargo, igualmente relevante en el caso de la comunidad; y los análisis histórico, ecológico y cultural aportan elementos contextuales muchas veces esenciales para situar, hacer comprensibles y dar sentido al resto de datos.

10.1. Métodos verbales

Implican una interacción del evaluador con los habitantes de la comunidad que responden preguntas o aportan datos, sometidos, lógicamente, al doble filtro de la subjetividad de los evaluados y su respuesta a la situación de interacción establecida. Como se ha indicado, la interacción es a la vez un dato (valioso en sí) y una fuente indeseable de distorsión de la información objetiva que pudiera interesarnos. La manera de captar ambos aspectos es combinar los métodos verbales con la observación u otros datos (históricos, ecológicos, etc.) de origen no verbal que no incluyen el doble filtro interactivo y subjetivo. Por ejemplo, para evaluar el sentimiento de comunidad o la relación comunitaria se puede usar una medida verbal (como la explicada en el capítulo 5) pero, también, observar la interacción en la calle o ver el número y tipo de redes o asociaciones existentes. La concordancia o discrepancia de los tres tipos de «indicadores» nos permitirá «desenredar» los aspectos subjetivos y desiderativos y aclarar las dimensiones o formas de expresión del fenómeno captado a través de métodos más sensibles a uno u otro aspecto. Así, la visión subjetiva de un sector de la comunidad de que existe un bajo sentimiento de comunidad no avalada por los datos de observación y asociativos globales puede muy bien indicar un deseo subjetivo de mayor comunidad que la existente. Los informantes clave, grupos focales y la encuesta son enfoques verbales típicos.

Informantes clave. Personas, clave por su profesión, actividad o posición en la comunidad o tema de interés que, a través de la entrevista individual, aportan información sobre la comunidad, el tema y la forma de afrontarlo y el uso de los servicios y recursos existentes. Los informantes clave comúnmente entrevistados pueden agruparse en tres categorías: expertos o profesionales ligados a la comunidad o tema de interés, líderes comunitarios informales y administradores públicos y afectados por el tema o necesidad —o usuarios del servicio— en cuestión. Es decir, los tres tipos de actores o grupos de interés básicos contemplados en el modelo tripartito. Pero habrán de elegirse en cada caso y situación, en función de la información precisa. Así, si queremos conocer la historia de una reivindicación comunitaria, las personas mayores testigos de las luchas o participantes en ella

© Ediciones Pirámide

(pero también, como «control», el político local a cargo del asunto) serían informantes apropiados. En el capítulo 3 se ampliaron los informantes clave a entrevistar en una exploración comunitaria (cuadro 3.11: líderes formales, representantes de asociaciones y figuras locales y profesionales) y se indicó la estrategia apropiada para «mapear» la comunidad.

Las entrevistas a informantes clave constituyen un procedimiento exploratorio que aporta información preliminar, valiosa pero parcial, a validar o matizar con otros métodos más amplios y abarcadores. Sus *ventajas* son la accesibilidad, el bajo coste y el caudal de información cualitativa y causal que aporta; sus *desventajas*, los sesgos introducidos por los intereses del informante en función de su posición —social, profesional o personal— respecto del tema a valorar. Esos sesgos pueden ser corregidos usando varios informantes clave (dos al menos) situados en las distintas posiciones sociales relevantes con respecto al problema o tema de interés. Es decir, según los valores o intereses que teñirán el punto de vista de los informantes, lo que condujo a considerar los tres tipos de informantes clave ligados al modelo tripartito (cuadro 6.14): expertos, entorno social y afectados.

Aparte de la información concreta sobre el tema evaluado, es útil siempre indagar las actitudes de los informantes y su motivación para implicarse en las soluciones. De forma que la entrevista adopta un formato semiestructurado cuyo guión general recoge el cuadro 6.11.

CUADRO 6.11

Entrevista comunitaria: temas básicos

- Problemas o necesidades más importantes de la comunidad
- Aspiraciones, metas e intereses compartidos
- Recursos informales y estrategias para afrontar los problemas o para alcanzar metas comunes
- Servicios formales disponibles; accesibilidad y calidad de los servicios
- Ayuda o servicios adicionales necesarios

© Ediciones Pirámide

Grupos focales y nominales, foros comunitarios. Familia de métodos de *interacción grupal* en que los colectivos sociales o sus representantes aportan información y valoraciones sobre temas de interés (necesidades o problemas, actitudes y motivación, recursos y servicios comunitarios) usando el formato semifocal ya descrito para los informantes clave. Se trata de un enfoque más complejo y dinámico que, al multiplicar los actores presentes, sustituye los sesgos personales por los sesgos sociales propios de la dinámica grupal, y ligados a las jerarquías, el liderazgo, los intereses profesionales o sociales y otros fenómenos similares. El cuestionario o guía semiformalizado se usa con flexibilidad variable. Así, los evaluadores más cualitativos (Krueger, 1988; Taylor y Bogdan, 1987) siguen el flujo espontáneo del grupo asumiendo que así aflorarán con mayor claridad los intereses y prioridades de los participantes, no los del evaluador. Parece recomendable en general usar una estrategia mixta que permita expresar el sentir del grupo, introduciendo en un momento dado los temas o cuestiones que, siendo importantes para el evaluador, no han sido abordadas por aquél. Este enfoque general incluye una familia de métodos que oscila entre los grupos pequeños (o «nominales») y los foros comunitarios, que incluyen al conjunto de la comunidad (o a sus representantes directos) y son usados en el desarrollo comunitario o las experiencias de democracia participativa. Dado que los grupos «nominales» se usan no sólo para evaluar asuntos comunitarios sino, también, para elaborar programas, el enfoque es descrito en el capítulo 7 (cuadro 7.11), en el que se pueden consultar sus fases evaluativas (esencialmente las dos primeras, de valoración de problemas y soluciones).

Desde el punto de vista *estratégico*, la dificultad práctica del método reside en contar con los contactos comunitarios que permitan reunir al cónjunto de personas con las características sociales o personales deseables (conocedoras del tema, pero heterogéneas —u homogéneas— en sus puntos de vista, posición social, edad, etc.) y estructurar el proceso en uno o más grupos y en un número de reuniones suficiente para obtener la información precisa, pero también limitado para evitar las «bajas» que con el tiempo

se producen. Las discusiones grupales suponen una buena forma de acceder a la comunidad, aunque sea a través de la «ventana» que supone el asunto que tratemos y las vinculaciones sociales de los miembros de los grupos. El eco social que aportan contribuye, además, a crear expectativas exageradas o irreales sobre la solución del asunto de interés. Conviene recalcar también el potencial interventivo de estos métodos de interacción social que, además de aportar información, opinión y valoraciones sobre el asunto en cuestión, permiten *iniciar* la *búsqueda de soluciones* y sondear la actitud y *motivación* de la gente identificando personas y grupos dispuestos a implicarse en la intervención posterior.

Encuesta poblacional. Conocido método sociopsicológico que evalúa el asunto de interés en una muestra representativa del conjunto de la comunidad o población diana, por lo que —junto a los indicadores sociales— ocupa el extremo más *objetivo y global* de la evaluación comunitaria. Es, sin embargo, mucho más *costoso* que otros métodos, y precisa una amplia infraestructura organizativa: equipo de encuestadores preparados, estrategia de muestreo con frecuencia engorrosa, prueba piloto, etc. Se tiende a olvidar, por otro lado, que el método sólo es apropiado para captar dimensiones sociales con las que la gente está familiarizada, de forma que, teniendo las preguntas que «traducen» esas dimensiones, un mismo significado para todos, puedan ser respondidas sin ambigüedad y ser interpretadas con claridad, pudiéndose sumar las respuestas como cantidades o porcentajes con sentido. Razones por las cuales en los temas sociales o comunitarios el enfoque debería ser en general usado en las últimas fases, cuando tenemos claro lo que queremos preguntar y sólo si otros métodos más flexibles y menos costosos no han respondido a esas preguntas. Las fases y mecánica del método están bien establecidas (véanse, por ejemplo, Babbie, 1973; García Ferrando y otros, 1986): elaboración de la encuesta o entrevista estructurada y prueba piloto exploratoria; muestreo, selección de un grupo de personas —o «unidades muestrales»— que representen al conjunto de la población a encuestar; pasación por un equipo debidamente entrenado; codificación de respuestas y análisis estadístico de datos; interpretación, obtención de conclusiones y recomendaciones de actuación.

Como se ha indicado, y a diferencia de las tasas de atención, la encuesta exige hacer explícitos los criterios que definen la dimensión evaluada (fracaso escolar, participación, inmigración) y que son precisos para «construir» verbalmente las variables a medir, lo que presenta dificultades en el campo social, en que hay casi siempre modos diferentes de concebir cada dimensión o variable. Las *ventajas* de la encuesta radican en la posibilidad de *cuantificar* las dimensiones, generalizar los datos obtenidos y hacer *comparaciones* entre poblaciones o comunidades, siempre, claro está, que los criterios usados para definir las variables sean equivalentes. Subsisten, de todas formas, los riesgos, también presentes en las tasas de tratamiento, de sobrestimar un fenómeno (si se usan criterios de definición muy laxos) o infravalorarlo, si se usan criterios muy rigurosos que excluirán casos reales de la dimensión considerada. Como método de evaluación, la encuesta suscita tantas adhesiones (ligadas a las virtudes mencionadas) como críticas, derivadas del *abuso* del método y de la engañosa «objetividad» lograda uniformando los procedimientos y haciendo preguntas cerradas con alternativas fijas, lo que deja poco lugar para la captación de puntos de vista o datos subjetivos relevante para la intervención, como se reseñó en el capítulo 5 a propósito del sentimiento de comunidad. La experiencia demuestra, por otro lado, que hay aspectos de la interacción y la situación de encuesta que influyen en las respuestas pudiendo sesgarlas notablemente en una u otra dirección.

10.2. Otros métodos

Métodos suplementarios de obtener información comprenden el examen de datos estadísticos e históricos preexistentes (incluyendo las tasas de atención o tratamiento) y la observación.

Datos preexistentes: estadísticas e historia. Un principio estratégico básico de la evaluación es hacer acopio de la información existente (factual, histórica, contextual o de otro tipo) antes de organizar la recolección de datos adicionales que se consideren

© Ediciones Pirámide

necesarios. Ésa es una posibilidad real en sociedades y comunidades que mantienen registros y datos (censos, padrones, estadísticas sociales, económicas o de otro tipo) públicos, así como a través de las estadísticas de organismos internaciones (OMS, FAO, PNUD, ONU, etc.), Internet, enciclopedias o libros de historia y similares. El problema de ese tipo de información es que la mayoría de las veces es escasamente pertinente o útil para el tema considerado o el nivel —comunitario— en que se le trata, por lo que —con la excepción de las tasas de tratamiento—, su utilidad se limita a enmarcar y dar sentido a otros datos que sí respondan específicamente a las preguntas planteadas. De forma que si disponibilidad y comparabilidad son las ventajas generales de estos enfoques, su amplitud y falta de especificidad son sus defectos. Aparte se describen las tasas de atención o tratamiento e indicadores sociales. La historia de una comunidad, o dimensión concreta de interés, puede trazarse a partir de los estudios existentes (en la biblioteca o archivo local u otros lugares similares) o a través de informantes clave que hayan vivido el desarrollo histórico de la comunidad, cuyos testimonios deben ser valorados, como se indicó, interrelacionadamente y en función de su papel en los sucesos descritos. En el capítulo 3 (cuadro 3.11) se describían las fuentes concretas y los tipos de datos de archivo —actuales o históricos— específicamente referidos a la comunidad, ya que muchos de los métodos y datos preexistentes son también aplicables a otros contextos y unidades sociales.

Tasas de atención. Enfoque objetivo y directo para estimar las necesidades y problemas a partir de los usuarios de los servicios de tratamiento y atención correspondientes (hospitales, centros de servicios sociales u otros) que se asumen representativos de todos los afectados en la comunidad. Es uno de los métodos epidemiológicos clásicos que estudia los problemas tratados (*no* los realmente existentes). Sus *virtudes* radican en la accesibilidad de la información y, por tanto, su bajo costo: la información está ya recogida, sólo hay que organizarla. Pero tiene, como contrapartida, dos importantes *problemas* derivados, precisamente, de esa facilidad de acceso a los datos. Uno, los *sesgos* de estimación de la dimensión o problema derivados de la consideración social atribuida al uso de los correspondientes servicios o programas de atención. Si el uso del servicio conlleva la estigmatización social del usuario (trastorno mental, sida, toxicomanía, etc.), se subestimará el problema existiendo numerosos «falsos negativos en la comunidad. Si, al contrario, del «etiquetado» diagnóstico y uso de servicios se derivan beneficios económicos o sociales, se puede sobrestimar el problema y registrar «falsos positivos». No se puede, pues, asumir mecánicamente que las personas tratadas o asistidas representan, en cantidad y cualidad, al conjunto de afectados en la comunidad, sino sólo a aquellos que, padeciendo el problema o necesidad, están suficientemente motivados o informados —u organizados— para buscar ayuda. Dos, los datos pueden no ser comparables si los criterios usados en los distintos servicios o centros o a través del tiempo no son uniformes o, al menos, equiparables, lo que puede llevar a atribuir mayor presencia a los problemas en una zona o momento si se usan criterios laxos o a inferir una reducción de la problemática (así, el porcentaje de parados) al usar criterios más estrictos que excluyen a una parte de los afectados.

Indicadores sociales. Estadísticos descriptivos de aspectos sociales básicos (como la salud, la educación o el empleo) cuyo conjunto «retrata» numéricamente el estado de una sociedad en un momento dado, permitiendo, sobre el papel, actuar informadamente en el ámbito social, de forma similar a como los indicadores económicos lo hacen en el ámbito económico. El conjunto de indicadores sociales representa el *nivel de vida* de una región o sociedad (raramente de una comunidad). Indicadores sociales al uso incluyen aspectos (y, entre paréntesis, sus indicadores métricos) como: la pobreza (porcentaje de hogares por debajo de un nivel dado de renta); el desempleo (tasa de desempleo); la salud (tasa de mortalidad infantil); el nivel de renta (renta per cápita); la vivienda (coste de la vivienda); la educación (nivel de escolarización); la desintegración social (indicadores de delincuencia o violencia social); la seguridad ciudadana (robos declarados), o la participación ciudadana (porcentaje de voto).

© Ediciones Pirámide

Dado que la información para elaborar los indicadores sociales se extrae de censos, padrones municipales, registros públicos o de la acumulación de estudios realizados, el enfoque tiene la ventaja de la accesibilidad, y la desventaja de que los datos ya existentes raramente son útiles para la intervención específica en el nivel comunitario, dando, en general, un marco numérico indicativo de la situación social en que se enmarca la acción comunitaria. Se achaca al enfoque la carencia de una base teórica idónea que permita hacer interpretaciones significativas de lo que representan o de los cambios producidos por los programas destinados al cambio social. Bloom (1984) concluye su recomendable exposición sobre el tema señalando la incapacidad de los indicadores sociales para responder —por sí solos— a la cuestión básica de la evaluación comunitaria: ¿obtiene la gente lo que necesita (o desea)? Incapacidad que remite a los límites ya subrayados de los enfoques objetivistas: sólo aportan una de las dos dimensiones —la externa, objetiva, social— necesarias para responder a esa cuestión. Falta la percepción subjetiva colectiva tanto del estado de necesidad (o problemática) como del grado de satisfacción logrado por las intervenciones destinadas a cambiar la situación. Sólo de la comparación y cotejo de ambas dimensiones (y del correspondiente examen dinámico) podemos derivar una respuesta aproximada a la cuestión de la evaluación comunitaria.

La observación. En el capítulo 3 se describieron los aspectos del territorio y la vida social que es conveniente observar en una comunidad y que el cuadro 3.11 detallaba. En el caso de la comunidad, se trataba de hacer un reconocimiento general con la atención flotante de los aspectos construidos como la trama urbana o los edificios, las casas, los signos y carteles y, por bloques horarios, de la vida social en lo tocante al ritmo vital, sitios de reunión, tipos de grupo o temas de conversación. Aunque no se desarrolle aquí en detalle, hay que señalar que la observación es también útil en temas sociales concretos o reuniones y actos comunitarios para reivindicar o solucionar problemas; por ejemplo, en una asamblea vecinal o una reunión sobre un conflicto del barrio.

11. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS: CONCEPTO Y RELEVANCIA

Ya se recalcó al inicio del capítulo el carácter social del proceso evaluador en general y las importantes funciones sociales que ese carácter y el extendido uso social de la evaluación le conferían. También se situó la evaluación de resultados o programas en el contexto lógico y temporal de ese proceso. Corresponde ahora subrayar la relevancia social específica de la evaluación de programas a partir de un esquema tridimensional que le reconoce tres funciones básicas recogidas en el cuadro 6.12. A continuación trato de aclarar en qué consiste realmente la evaluación de programas y qué implicaciones metodológicas tiene esa aclaración. Revisamos antes las tres dimensiones —teórica, práctica y social— de toda valoración de acciones sociales.

- *Dimensión teórica.* La evaluación de programas e intervenciones comunitarias debe servir, según se indicó, para aprender de la práctica, de manera que el proceso seguido y los resultados alcanzados permitan desarrollar una teoría más o menos utilizable o modificar el conocimiento ya existente.
- *Dimensión práctica.* Se trata de mejorar los programas comunitarios (y la intervención comunitaria en general) a partir de la evaluación de los resultados de los programas, elaborando principios y recomendaciones prácticas que, en último extremo, deben mejorar la vida de la comunidad, de sus habitantes.
- *Dimensión social.* Sobre la evaluación de programas descansa gran parte de la *legitimidad social* de la intervención comunitaria: ahí reside su *relevancia social* (y científica). Si los programas no «funcionan» (no producen los efectos científicamente previstos y socialmente buscados), todo el andamiaje teórico y metodológico de la acción comunitaria queda en cuestión. Si, por el contrario, los programas son eficaces y contribuyen a mejorar la vida de la gente y a reducir las desigualdades, serán vistos por la comunidad como relevantes y socialmente legítimos.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.12

Relevancia y dimensiones de la evaluación de programas

Dimensión	Descripción/función
Teórica	Aprender de la práctica comunitaria (resultados y proceso)
Práctica	Mejorar la acción comunitaria desde lo aprendido
Social	Legitimar la intervención comunitaria (mostrar que «funciona»)

Concepto. Las definiciones de evaluación de programas tienden a subrayar —como ya se vio en la introducción del capítulo— o bien sus dimensiones científicas o sus implicaciones utilitarias. Así, para Rutman (1977), la evaluación de programas aplicaría procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable sobre cómo ciertas actividades concretas producen resultados o efectos concretos; a la vez, esa evaluación (Stufflebeam y Shinkfield, 1993) utilizaría los datos obtenidos para guiar la toma de decisiones, solucionar problemas y entender los fenómenos implicados en ambas actividades. Debemos, de todas formas, ir un poco más lejos y tratar de aclarar el verdadero significado de la evaluación de programas desde el punto de vista social y examinar, a partir de ahí, las exigencias científicas del proceso evaluador. Veamos. Toda evaluación de resultados implica dos cuestiones esenciales, un «qué» y un «porqué».

- El *qué:* ¿el programa *tiene efectos*, «funciona»?
- El *porqué:* ¿los efectos detectados pueden ser razonablemente *atribuidos* al programa y no a la miríada de variables y esfuerzos sociales que actúan a la vez que la intervención formal en la comunidad?

La primera es una cuestión más pragmática, la constatación de que podemos inducir o causar a voluntad cambios comunitarios o sociales. La segunda cuestión es teórica, pues indica que los efectos observados han sido causados por el programa (y no por otros fenómenos concurrentes) de forma que pueden ser «generalizados» a otras comunidades y sistemas sociales; es la cuestión de los «ingredientes causales» —las «causas»— de la intervención. Esto nos lleva a plantearnos la verdadera naturaleza de la tarea de evaluar programas: se trata de *comparar lo que ha sucedido realmente* con lo *que habría sucedido si el programa no se hubiera realizado*. Sólo esa comparación nos permite desenredar los efectos del programa del resto de factores actuantes y atribuir, por tanto, los efectos observados a la intervención realizada. Pero... el programa se ha realizado, ha tenido sus efectos y eso ya no tiene vuelta atrás. ¿Cómo aproximar en la práctica social las exigencias para atribuir los efectos observados a la intervención realizada, teniendo en cuenta que la comunidad no es un laboratorio ni la intervención comunitaria un campo de experimentos con sustancias químicas o físicas, sino con personas? Estamos planteando la cuestión de los diseños de intervención que permiten hacer inferencias causales razonablemente sólidas, válidas. Hay dos procedimientos (ligados a la cuasiexperimentación), realizables y que dan una respuesta aproximada a la pregunta planteada: el proyectivo y el experimental que corresponden a las dos modalidades de cuasiexperimentos descritos en el capítulo 5: series temporales y diseños de grupo control no equivalente.

«Proyectivo» o geométrico: se toman unas medidas (tres al menos) previas a la intervención del fenómeno X a modificar, se forma una línea resultante y se compara esa proyección (la prolongación de esa línea) en el momento de finalizar la intervención con el resultado realmente logrado por ésa. La diferencia

© Ediciones Pirámide

entre la proyección de la tendencia inicial y el resultado real será atribuida a la intervención realizada. Estamos, claro es, asumiendo que la tendencia inicial se mantendrá en el tiempo, con lo que la diferencia es atribuible al programa. Para reforzar la atribución de causalidad se pueden analizar los sucesos sociales relevantes que puedan haberse dado durante el mismo período de la intervención y estimar los efectos que pueden haber tenido sobre el fenómeno X a modificar. Si, por ejemplo, se trataba de reducir el consumo de drogas, una noticia espectacular sobre la muerte de un adicto o el endurecimiento de las penas por consumir droga pueden contribuir, junto al programa en cuestión, a disminuir el consumo. La irrupción del sida en un momento histórico dado causó una caída drástica del consumo de heroína, pero esa caída no podía ser atribuida a ninguno de los programas destinados a reducir ese consumo.

Experimental: se trata de usar una comunidad de control B (en que no se aplica el programa) con la que se comparan los cambios en el fenómeno X de la «comunidad experimental» A, en la que sí se aplica. Las diferencias pueden ser atribuidas con cierta confianza al programa y no a otros sucesos concurrentes. Como en el procedimiento previo, se hace preciso examinar y tener en cuenta sucesos y acciones simultáneas que en cualquiera de las comunidades puedan haber contribuido a incrementar o reducir el nivel del fenómeno X analizado. Puede que, por ejemplo, una iniciativa ciudadana sobre el fenómeno X (maltrato o construcción de viviendas asequibles) en la comunidad control B tenga efectos tan positivos sobre esos fenómenos como la intervención formal realizada en la comunidad A. Naturalmente que estos procedimientos pueden ser también aplicados en otros sistemas o niveles, comparando, por ejemplo, programas escolares u hospitalarios.

12. CONTENIDO. MODELO TRIPARTITO: BIENESTAR, EFICACIA Y UTILIDAD

Hay distintas propuestas sobre qué se debe evaluar en los programas sociales, cuál es el contenido básico de la evaluación. Así, Stufflebeam y Shinkfield (1993) proponen el conocido modelo CIPP porque, según el acrónimo formado por las primeras letras de cada aspecto, evalúa:

- El contexto de la evaluación.
- La entrada *(input)* en el sistema; la capacidad de ese sistema para aceptar y permitir que se realice el programa.
- El proceso de realización del programa y sus actividades.
- El producto o resultados obtenidos en función de los objetivos marcados.

McLean (1974) incluye cinco componentes que pueden reducirse a los tres que siguen (los otros dos son los resultados en relación a los costes —eficiencia— y el impacto global y pueden ser subsumidos en el componente de resultados).

- La *estructura administrativa* y gestión del programa (financiación, recursos disponibles, clientela a atender, instalaciones necesarias, etc.).
- El *proceso,* llamado valuación «formativa», porque contribuye a mejorar y modificar los programas; es especialmente relevante al comienzo, cuando se ponen a prueba o realizan las primeras intervenciones, mientras que la evaluación de resultados tiene sentido más adelante, cuando el programa ya está probado y se trata de apreciar sus resultados reales.
- Los *resultados,* tipo de evaluación con que se suele identificar la evaluación de programas en general; usa indicadores de eficacia, eficiencia o efectividad práctica real de un programa, o impacto comunitario general.

Por nuestra parte sostenemos un modelo tripartito construido a partir de la propuesta de Strupp y Hadley (1977) para la psicoterapia. Consta de tres dimensiones —recogidas en el cuadro 6.13—: bienestar, eficacia y utilidad.

- **Bienestar** o satisfacción de aquellos que son atendidos en la intervención. Dimensión esencialmente subjetiva, definida por los propios afectados a partir de los cambios experimentados en sus percepciones o estados *internos*; más asociada a la *forma* de atender a los afectados y al tipo de relación establecida con ellos que al contenido efectivo del programa o servicio.
- **Eficacia:** la capacidad de «producir efectos», de alterar la variable de interés o alcanzar los objetivos para los que fue concebido el programa: reducir el consumo de droga o el nivel de pobreza, aumentar la participación de la comunidad, etc. Se trata de una dimensión definida por los expertos a través de la observación o medición objetiva de las manifestaciones *externas* de los cambios producidos en el fenómeno comunitario a modificar.
- **Utilidad** que las acciones y efectos del programa tienen para la comunidad. Cercano al *impacto* y utilización, aunque no del todo equivalente. No es definido por el profesional en la variable de interés (eficacia) ni por el bienestar subjetivo de los destinatarios del programa (satisfacción), sino por la utilidad que la suma de efectos (positivos o negativos, ligados a los objetivos iniciales o no) tiene para el conjunto de los grupos y colectivos sociales, y no sólo para sus usuarios directos.

Los tres contenidos son complementarios y deberían estar, en principio, presentes en cada evaluación, ya que captan las dimensiones o aspectos básicos del cambio social, implicando, como resume el cuadro 6.13, distintos tipos de conocimiento, aportados por tres actores centrales y diferentes. Las tres *clases de conocimiento* incluidas son: *experiencial,* interno, la percepción de cómo se vive subjetivamente la condición (dependencia alcohólica, pobreza, participación social, etc.) evaluada, sólo conocida por quienes la han padecido (o disfrutado, si es positiva); *científico-técnico*, los conocimientos o datos válidos sobre esa condición, acumulados por los expertos y profesionales; *social*, derivado de la relación con los afectados, cuyos titulares (los «otros significativos») padecen las consecuencias externas de la condición (o disfrutan de sus beneficios). Hay, como se ve, tres categorías de actores sociales *titulares* de cada dimensión que aportan datos diferentes y complementarios (entre paréntesis) según su posición social respecto al tema valorado: los *sujetos* afectados (bienestar, satisfacción), el *profesional* o experto (eficacia) y la comunidad o los «*otros*» social y psicológicamente *significativos* que padecen las consecuencias negativas de la conducta de los afectados y se beneficiarán de la utilidad de su desaparición y de otros efectos positivos que pueda tener el programa. Como puede apreciarse, el modelo tripartito toma en consideración la multiplicidad temática y social de las acciones sociales (ya comentada antes en este capítulo) y, al mismo tiempo, le da una respuesta evaluadora integral pero relativamente simple.

CUADRO 6.13

Modelo tripartito de la evaluación de resultados

Contenido	Criterio	Tipo conocimiento	Actor social titular
Bienestar Satisfacción	Subjetivo: percepción de tema y resultados	Interno, experiencia vivida	Afectados
Eficacia	Objetivo: manifestaciones externas	Científico-técnico: evidencia empírica, teoría	Experto Profesional
Utilidad Impacto	Social: consecuencias externas-sociales de tema y conducta de afectados	Social: según relación e interés social	«Otros significativos»: vecinos, familia, compañeros trabajo, red social

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

Siendo complementarios, pero no coincidentes, los tres contenidos y criterios pueden concordar o no. En principio, la producción de una acción potente y bien dirigida en una comunidad o tema social X debería generar cambios positivos en las tres dimensiones: sería eficaz en la reducción de la problemática o avance hacia los objetivos marcados, aumentaría el bienestar de los afectados que se sentirían mejor (o menos mal), de forma que la comunidad encontraría útil el programa, cuyo impacto sería valorado como positivo. Pero muchas veces eso no es posible y se producen discrepancias de peso en el grado, o incluso el signo global, de los tres contenidos o indicadores del cambio. Así, trabajando con enfermos terminales, no podemos esperar acciones eficaces, puesto que los males en cuestión no tienen cura; habremos de valorar la intervención por la mejora subjetiva («calidad de vida» de los enfermos) o social, el confort de los familiares. Es factible, por otro lado, mejorar los índices de satisfacción o bienestar de los usuarios de servicios o programas estableciendo una buena relación con ellos (entrenando a los profesiones en «habilidades sociales» o relaciones públicas), sin mejorar realmente la eficacia de los servicios prestados. Debe quedar claro a este respecto que si no se ayuda realmente a la gente que lo necesita (mejorando la salud o la educación, reduciendo la pobreza, etc.), la simple mejora del bienestar o satisfacción es un fraude técnico y social. Sin olvidar que la participación en los programas comunitarios puede tener un efecto similar: la gente se siente mejor, se relaciona con otros y es escuchada, pero no siempre mejoran realmente las condiciones sociales que deberían cambiar.

Tampoco que la mayoría de cambios sociales requieren esfuerzos, sacrificios: si sólo usamos criterios de bienestar a corto plazo, será bastante improbable que se alcancen objetivos o cambios comunitarios significativos. (Aquí hay, evidentemente un matiz importante: ¿quién toma las decisiones y marca los objetivos de la acción? No es lo mismo que los sacrificios sean decididos por los propios sujetos a que sean impuestos por otros...) En general, las medidas o programas que suponen prohibiciones o restricciones (control de accidentes o de la violencia, disciplina alimenticia o ejercicio físico en la promoción de la salud, etc.) sin contrapartidas claras y en el corto plazo generan algún tipo de «malestar» subjetivo y social. Puede también suceder que el bienestar de los afectados suponga, a la vez, el malestar del entorno social o los otros significativos, como sucede con los programas permisivos («de reducción de daños») sobre drogas pero, también, con los programas para mejorar las condiciones de vida (vivienda, acceso a la protección social, etc.) de los inmigrantes en las sociedades ricas. Estas ilustraciones dejan clara, en todo caso, la necesidad de considerar las distintas dimensiones de los cambios producidos por las acciones sociales y la conveniencia de un análisis conjunto y global de esas dimensiones.

Evaluación comparativa. En realidad, *toda* evaluación de programas es de naturaleza comparativa, ya que, como se ha dicho, compara el efecto de una acción sobre una comunidad con lo que habría sucedido de seguir ésta con su propia dinámica y sin intervención exterior alguna. Se habla de evaluación comparativa en sentido estricto para referirse a la comparación de varios programas en relación a un mismo asunto desde algún punto de vista o criterio: coste, eficacia, valores sociales involucrados, etc. La función de la evaluación comparativa es ayudar a políticos y gestores sociales a tomar decisiones informadas sobre la forma de intervención más conveniente para cada población según su eficacia, coste o beneficios generados.

El análisis *coste-eficacia* relaciona los efectos conseguidos por la intervención *(outputs)* con su coste monetario *(input)* mostrando la eficiencia relativa de cada programa; en el análisis *coste-beneficio* compara los costes monetarios con los beneficios (también económicos) del programa. Aunque, como se ha señalado, estos análisis economicistas pueden ayudar a racionalizar el gasto público en programas sociales, suponen una falacia peligrosa en el terreno social: asumir que todo lo que es relevante en una acción puede ser expresado en términos económicos. Y es que aspectos primordiales en los problemas y acciones sociales —como el sufrimiento, la vida, la dignidad, la privación del futuro, el expolio, la injusticia o la discriminación— que no sólo no pueden ser cuantificados sino que, además, deben primar éticamente sobre aquellas dimensiones que, aun siendo secundarias, pueden ser cuantificadas.

© Ediciones Pirámide

El *metaanálisis* permite sumar los resultados obtenidos en varios estudios «traduciendo» todos los efectos obtenidos a una escala común que los hace numéricamente comparables (una operación cuestionable), con lo cual se pueden sintetizar resultados de varios estudios o evaluaciones y comparar la eficacia de los diversos enfoques de intervención.

13. PROCESO Y TAREAS IMPLICADAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1981) ha resumido en una guía breve y útil las nueve etapas del proceso de evaluación de programas subrayando las tareas básicas de cada una. Las etapas y tareas consideradas por la OMS, resumidas en el cuadro 6.14, son las siguientes.

1. *Especificación del tema* a evaluar; qué es lo que se va a evaluar: un programa, un servicio que ofrece varios tipos de programas o una institución. El tema debe ser *relevante* y justificable en términos de cobertura poblacional (el número de personas servidas) o importancia potencial para la población. Habrán de concretarse también otros parámetros básicos de la evaluación, como el nivel organizacional en que se realiza, destinatario, finalidad, limitaciones percibidas o respuestas posibles según los resultados que se esperan.
2. *Asegurar el apoyo informativo* preciso para llevar a cabo todo el proceso de evaluación, especialmente en tres aspectos.
   - Los *requisitos* de la información a obtener teniendo en cuenta las necesidades de los diversos componentes de la evaluación: el tema y unidad evaluada, la relevancia del tema y su definición, la adecuación estratégica y política del programa, el progreso, la eficiencia, la efectividad y el impacto. O sea, se trata de explicitar qué cualidades y contenido ha de tener la información a obtener para evaluar el tema, su relevancia, saber si el programa progresa, etc.
   - Las *fuentes* de información disponibles: documentos gubernamentales; informes periódicos de instituciones locales, nacionales o internacionales; información demográfica o epidemiológica; programas de actividades de instituciones o centros, etc.
   - Valoración de la *adecuación* —accesibilidad, utilidad y suficiencia— de la información disponible con el fin de saber si es necesario recoger información adicional y por qué medios: encuestas, entrevistas individuales o grupales, datos de uso de servicios, etc.
3. Verificar la *relevancia* del programa: hasta qué punto responde a *necesidades* humanas *básicas* y a las prioridades políticas y sociales generales o del campo concreto (salud, educación, trabajo, etc.).
4. *Adecuación* del *programa* y *la política* marco desde la que se formula. Valorar en qué medida los problemas han sido claramente identificados y definidos (escalón de diseño político) y el programa o programas apropiadamente formulados, como garantía de que podrán ser correctamente evaluados.
5. *Revisión del progreso* del programa verificando hasta qué punto su desarrollo real se ajusta a lo previsto, introduciendo correcciones y cambios según las desviaciones observadas y resolviendo los problemas que puedan aparecer. Esto puede realizarse a través de indicadores incluidos inicialmente, del *feedback* de los usuarios o de la observación de la marcha de las actividades del programa. Se trata de comprobar si:
   - La tecnología y el método de trabajo utilizados tienen la efectividad prevista.
   - Se están llevando a cabo las actividades previstas en el programa y si se están realizando en el tiempo previsto.
   - El personal tiene la preparación apropiada y está realizando las acciones del programa en la forma prevista.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 6.14

Proceso de evaluación de programas (OMS, 1981)

Etapa	Descripción
1. Especificar tema	Qué se evalúa: un programa, un servicio, una institución Nivel de realización, finalidad, limitaciones y respuestas posibles según resultados y destinatario Tema debe ser relevante por cobertura o importancia para la gente
2. Asegurar apoyo informativo	Preciso para realizar proceso de evaluación • Requisitos (cualidades y contenido) de la información a obtener según componentes de evaluación: 3-9. • Fuentes de información disponibles: documentos, informes, datos demográficos o epidemiológicos, actividades de instituciones, etc. • Adecuación (accesibilidad, utilidad y suficiencia) de información disponible: ¿se precisa más información?, ¿cómo se obtendrá?
3. Establecer relevancia del programa	¿Responde a necesidades básicas? ¿Se ocupa de temas y áreas social o políticamente prioritarias?
4. Adecuación técnica y política	Verificar si el programa y la política que lo enmarca son apropiados: ¿Programa bien formulado, de forma que puede ser evaluado? ¿Problemas claramente identificados y definidos?
5. Revisar progreso	Verificar si la realización del programa se ajusta a lo previsto Introducir correcciones según desviaciones observadas y resolver problemas emergentes. Ver si: • Tecnología y métodos funcionan • Se realizan actividades previstas en el momento justo • Los trabajadores están preparados y realizan acciones previstas • Alcanzamos objetivos parciales o avanzamos hacia los generales
6. Valorar eficiencia	Analizando los resultados en relación con los esfuerzos realizados (eficiencia técnica) y los recursos usados (eficiencia económica)
7. Valorar efectividad eficacia	En qué medida se han logrado objetivos propuestos (y paliado el problema de interés) según los destinatarios de la intervención y los indicadores de resultados previstos
8. Evaluar impacto	Global del programa sobre la vida y el desarrollo de la comunidad; exige análisis totalizador incluyendo efectos indeseables e imprevistos
9. Conclusiones y propuestas	Resumir objetivos, enfoques, métodos y resultados Mostrar las relaciones entre métodos, acciones y resultados Conclusiones a discutir con responsables del programa Recomendaciones: cambios en programa, nuevas acciones; redefinición administrativa, institucional o del programa; mejora de financiación o el personal, etc.

© Ediciones Pirámide

- Se están logrando los objetivos parciales —por áreas o por períodos de tiempo— previstos o se progresa al ritmo marcado hacia los objetivos generales o finales.

6. *Valorar la eficiencia* del programa analizando los resultados obtenidos en relación con los esfuerzos realizados (eficiencia *técnica*) y los recursos materiales usados (eficiencia *económica*). Para ello habrá que revisar: las actividades y métodos usados, la mano de obra, las finanzas, las instalaciones y centros, la colaboración social o económica con instituciones y agencias, el control de la gestión y la relación costo-eficacia.
7. *Valoración de la efectividad* del programa analizando en qué medida se han logrado los objetivos expresados, si es posible, en términos de la reducción del problema o situación indeseable que originó la acción. Ello exige haber identificado antes adecuadamente los destinatarios de la intervención y los indicadores de resultados.
8. *Evaluación del impacto*, o efecto *global* del programa sobre las condiciones de vida y desarrollo de la comunidad. El impacto incluye el conjunto de efectos (deseables e indeseables, previstos e imprevistos) del programa y su influencia general sobre el funcionamiento social de la comunidad o colectivo valorado. Requiere un análisis totalizador y es, según la OMS, la tarea más difícil del proceso de evaluación.
9. *Obtención de conclusiones y formulación de propuestas de actuación* futura, resumiendo los objetivos, enfoques, métodos y resultados del programa y mostrando las relaciones entre enfoques y métodos usados, por un lado, y las acciones del programa y los resultados obtenidos, por otro. Conviene partir de un resumen de la información y resultados que apoyen las conclusiones obtenidas; el resumen debe incluir las opiniones y comentarios de personas o grupos contemplados en el proceso. Las conclusiones deben ser discutidas con los responsables del programa. Las propuestas de actuación pueden incluir, según los resultados: cambios del programa o sus objetivos; rediseño del programa o modificación de alguno de sus componentes; inicio de nuevas acciones o programas; redefinición de funciones o estructuras administrativas; aumento de los presupuestos; formación o incorporación de personal adicional.

© Ediciones Pirámide

14. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS

No deberíamos cerrar esta breve exposición sobre la evaluación de programas sin hacer algunas recomendaciones prácticas y estratégicas que, por la relevancia y frecuente uso social del método, han de complementar los análisis técnicos y metodológicos precedentes. Según esas recomendaciones —sintetizadas en el cuadro 6.15—, en la evaluación de programas debemos:

- Verificar que el programa tiene *cimientos comunitarios*, es decir, que: 1) responde a una *necesidad* o *aspiración* real de la gente de forma que la comunidad lo ve como algo propio, no como algo dado innecesario, ajeno o impuesto desde el exterior; 2) es *accesible* a la gente. La ausencia de relevancia comunitaria y accesibilidad social garantiza el desinterés, si no el rechazo, de la comunidad.
- Asegurarse de que se cuenta con los *recursos* necesarios para la puesta en marcha, realización y mantenimiento del programa antes de echarlo a andar; con ello evitaremos dificultades técnicas y humanas de difícil solución una vez en marcha la intervención.
- Establecer canales de *comunicación* lo más directos y ágiles que sea posible entre comunidad o usuarios del programa por un lado y los responsables o planificadores por otro; esos canales permitirán evaluar la marcha del programa y corregir desviaciones o resolver problemas imprevistos. Habitualmente se establecen vías de comunicación verticales que transmiten las consignas y procedimientos de arriba abajo. Suele faltar, sin embargo, un sistema de *retorno de abajo arriba* —de la comunidad o los profesionales de base que «ejecutan» el programa a los responsables o planificadores— que permita a estos últimos conocer desde los despachos lo que está su-

CUADRO 6.15

«Mandamientos» prácticos de la evaluación de programas comunitarios

- **Programa tiene cimientos comunitarios: se ajusta a necesidades o aspiraciones de la gente y es accesible**
- **Contar con recursos necesarios para su realización**
- **Establecer vías de comunicación entre destinatarios y responsables del programa**
- **Examinar antes «qués» y «porqués» básicos: por qué evaluar; por qué nosotros, por qué ahora, quién encarga y para quién, qué quiere obtener, quién paga...**
- **Ver evaluación como proceso social: dinámica social, liderazgo, relaciones de grupos, equilibrios de poder, cómo cambiará y las relaciones y equilibrios de poder, etc.**
- **Papel del evaluador; posibles cambios, agendas ocultas, etc.**
- **Examinar consecuencias previsibles para grupos sociales contratantes y terceros**
- **Incluir conclusiones y recomendaciones claras, sintéticas, pertinentes**

cediendo en realidad en la comunidad y en el día a día de los programas. La carencia de tal seguimiento (que materializa la evaluación del proceso o progreso) dificulta, o hace imposible, la corrección de los fallos o desviaciones del programa. Las reuniones periódicas son, por ejmplo, una forma útil de «mantenerse al día» sobre el progreso del programa.

- Dedicar un tiempo a *examinar* los «porqués» de la evaluación, antes de comenzar a actuar. ¿Para qué? Para detectar intenciones no declaradas, «agendas ocultas», beneficios «secundarios» u otras «sorpresas» que puedan presentarse más adelante. No es infrecuente, por ejemplo, que los fines o intenciones reales de algunos actores sociales (patrocinadores del programa, asociaciones comunitarias, políticos locales, etc.) no coincidan con los que declaran abiertamente, lo que puede conducir al interventor a diseñar un programa erróneo que puede, además, estar condenado al fracaso y al enfrentamiento entre unos actores cuyo comportamiento puede diferir de lo esperado y causar problemas a un interventor ingenuo o desprevenido. Vale, pues, la pena preguntarse y analizar: por qué piden la evaluación; por qué a nosotros; por qué en este momento (como fruto de qué intenciones, procesos, necesidades o deseos); quién hace realmente el encargo; a quién —o a qué— representa; qué quiere obtener (de la evaluación y de nosotros); ¿espera beneficios ilegítimos de la acción?; pide algo para otros o van a ser afectados terceros que no han participado en el proceso de «contratación»; están presentes los actores sociales básicos o sus representantes; han quedado perfilados el papel, deberes y derechos de cada parte del proceso, etc.
- *Ver* el proceso en *términos relacionales* y *sistémico-sociales*, no como un simple encargo descontextualizado. La visión contextual deberá valorar puntos como los siguientes: grupos en presencia; dinámica social existente; el liderazgo activo (o inexistente); la estructura, fines y filosofía social de la organización o institución de que el profesional es parte y cómo es vista la institución por la comunidad; relación comunidad-sociedad; distribución y relaciones de poder entre los grupos comunitarios; relaciones de los grupos comunitarios y el poder establecido.
- Examinar el *papel* del evaluador en el proceso a la luz de los «porqués» y datos contextuales obtenidos de los análisis previos. No hay que olvidar que la presencia de un evaluador externo puede *modificar* notablemente los equilibrios preexistentes, creando, por ejemplo, expectativas de cambio o modificando el equilibrio de fuerzas existentes en la comunidad. El evaluador ha de ser consciente de que su papel será definido, no sólo por las demandas técnicas de la evaluación, sino, también, por los *condicionantes sociopolíticos* de la situación. Así un «cliente» puede, por ejemplo, tratar de legitimar con los datos del experto externo una acción social en beneficio propio o en contra de otros grupos. De ello se deduce el consejo citado de examinar con cuidado la eventual existencia y contenido de «agendas ocultas» en relación al evaluador y a la evaluación.
- Analizar antes de actuar las *consecuencias previsibles* de las acciones programadas tratando de predecir: quiénes se verán beneficiados y quiénes perjudicados; cómo van a ser percibidas las acciones por los distintos actores sociales y qué reacciones cabe esperar de ellos; qué efectos objetivos tendrán sobre el problema o cuestión objeto de intervención y sobre las actitudes que los actores tienen sobre su solución, etc. Ya se ve que el examen de las consecuencias de la intervención no es sólo recomendable desde un punto de vista técnico sino, también, *estratégico y ético*, por los problemas que puede presentar al interventor; será, por eso, retomado y aclarado en el capítulo 9, dedicado a la ética de la intervención comunitaria.
- Incluir, como aconseja la OMS, *conclusiones y recomendaciones de actuación*. Tales conclusiones y recomendaciones deben ser *claras y sintéticas*; deben estar pensadas para la persona o institución a que van específicamente destinadas *(stakeholders):* el político, las asociaciones locales, la comunidad en su conjunto, la prensa u otros. Ello puede hacer aconsejable en ocasiones elaborar varios informes según qué actores sociales pensemos deben conocer lo que se ha hecho y sus resultados, y qué es lo que cada uno debe saber al respecto. Estamos sobrentendiendo, lógicamente, que aunque el conjunto de información obtenido es sólo uno, puede variar tanto la porción que de esa información se facilita a los distintos actores como la forma de presentarla; lo cual supone, como se ve, un esfuerzo adicional de difusión de la información aconsejable tanto desde el punto de vista ético (los generadores de información tienen derecho a conocer los resultados) como estratégico, por la importancia de implicar a los actores en el proceso interventivo. En general, si uno quiere que la evaluación genere acción social, en vez de ir a parar al cajón o la papelera, los informes deben ser claros y sintéticos, «ir al grano», evitando la «paja», el argot, la retórica teórica, las vaguedades o el apelmazamiento sin fin de datos. La discusiones metodológicas o teóricas son de «consumo» interno, apropiadas para los informes científicos o técnicos dirigidos a los expertos y su parroquia, no a la comunidad, los ciudadanos o los políticos. Hay que ser, en fin, consciente de que el interés de la gente o el tiempo de los políticos para leer informes sobre un tema determinado son recursos limitados. Y reconocer que la *presentación personal* del informe y de sus conclusiones suele ser muy útil, si existe la oportunidad, para apoyar lo escrito o subrayar alguna parte del informe.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. La evaluación es una *interacción selectivamente* dirigida a obtener *información* necesaria *para intervenir*. Implica medir dimensiones sociales pero, también, atribuirles significado e integrarlas coherentemente según criterios de valor. Permite al experto aprender de la práctica y facilita, como conocimiento compartido, el debate y la acción de la comunidad.
2. Desde el punto de vista *técnico*, la evaluación es un «contenedor» métrico ateórico y heterogéneo en sus concepciones y usos, claramente diferenciado de la evaluación psicológica, que genera conocimiento utilitario y que puede ser concebido desde perspectivas subjetivas (que enfatizan la interacción y los sujetos sociales) u objetivas (que subrayan los aspectos estructurares) complementarias.
3. Desde el punto de vista *social,* la evaluación supone un proceso social multiforme que se da en un contexto complejo; ha estado históricamente vinculada a la solución de los problemas sociales desde supuestos liberales. Conectada al control social, puede tener un uso democrático pero, también, resultar profundamente alienante si, como sucede en la vida moderna, se abusa de la evaluación como medio para controlar los desempeños sociales de las personas. Cumple distintas funciones para los diversos actores sociales involucrados: legitimación de la acción social, conocimiento público, expresión de responsabilidad social.
4. El *poder* y los *valores* son ingredientes básicos de la evaluación comunitaria, a la que imprimen un valor interventivo que trasciende la simple recogida de información: los asuntos comunitarios tienen dimensiones políticas, la información obtenida puede ser usada para alcanzar más poder y recursos sociales, los actores sociales «tiñen» con sus intereses y valores la información aportada y el interventor maneja poder técnico y distribuye recursos sociales. La evaluación es, además, una forma de participación que permite el control democrático de unos actores sociales por otros y que, apropiadamente difundida a la gente, puede ayudar a su ilustración y desarrollo.
5. *Procesalmente*, la evaluación precede a la intervención, estando en su comienzo (evaluación inicial o de necesidades), pero también en su final (evaluación de programas) y en paralelo con ella (evaluación de proceso). Tiene un carácter *instrumental* respecto a la acción, lo que implica que el contenido de la información a obtener determina el método (y no al contrario) y que debemos obtener un *volumen* medio, suficiente para intervenir informadamente pero evitando tanto el defecto de datos (que dificulta la acción informativa) como el exceso, que absorberá energías y medios necesarios para actuar, creando, además, dificultades para integrar la información. El proceso de evaluación consistirá en determinar, por este orden: el *nivel* social, el *contenido* de la información a conocer, los *métodos* para obtener esa información.
6. La evaluación comunitaria debe ser distinguida de la psicológica (sobre todo del psicodiagnóstico) en sus tres constituyentes básicos: la *unidad* o nivel, la comunidad, asunto o colectivo social, no el individuo; el *contenido*, necesidades o problemas, motivación y recursos, no psicopatología o dimensiones de personalidad, y *métodos*, múltiples y sociales (a veces territorializados), no los *tests* o entrevistas individuales característicos de la evaluación psicológica.
7. La evaluación comunitaria es *multidimensional* en: los asuntos y *temas* sociales tratados, cuyos ingredientes relevantes hay que identificar para detectar los cambios producidos; los actores sociales involucrados y el tipo de información aportada según el contenido de sus valores e intereses; y los *métodos* —subjetivos y objetivos, verbales, de observación y registros estadísticos e históricos— que captan niveles y aspectos distintos de la vida comunitaria y cuya combinación dará un retrato global y comprensible del tema evaluado.
8. La evaluación es más que una recogida de datos, teniendo, por su carácter interactivo y social, una serie de *funciones interventivas* que debemos tener en cuenta al actuar: comunica respeto e interés por la comunidad, es una vía importante de participación y de motivación de la gente al crear expectativas de cambio que, por su doble virtualidad —positiva y negativa—, deben ser administradas con cuidado.
9. Hay varios *métodos* o enfoques de evaluación de necesidades. Los métodos *verbales* implican una interacción que introduce sesgos subjetivos y sociales que, si bien distorsionan la información obtenida, pueden ser también valiosos en sí mismos. Las entrevistas a *informantes clave* facilitan información respecto al tema de interés, cuyos sesgos pueden evitarse teniendo en cuenta los respectivos intereses. En los grupos *focales* y foros comunitarios se extraen datos simultáneos de muchos informantes que interactúan, pudiendo usarse como inicio de un proceso de organización de la comunidad. Con la *encuesta* se obtiene información sobre temas conocidos por la gente a través de preguntas claras y preestablecidas; sus ventajas de representatividad y globalidad son contrapesadas por la rigidez de su formato y su alto costo.
10. Los *datos estadísticos* o *históricos preexistentes* son útiles para establecer el marco general de la evaluación, excepto en las *tasas de atención,* que dan información cuantitativa y cualitativa sobre los usuarios de servicios de atención a problemas socialmente reconocidos aunque no sobre el conjunto de los afectados. Los *indicadores sociales* retratan el estado y evolución de una región o sociedad en sus dimensiones sociales básicas. La *historia* permite entender lo que está sucediendo en una comunidad a la luz del pasado y como fruto de una interacción de fuerzas y actores sociales.
11. La *observación* del territorio, entorno construido y vida social permite obtener datos globales —o concretos sobre asuntos singulares— sin modificar el fenómeno observado. Aporta información contextual e hipótesis iniciales imprescindibles para evaluar una comunidad.
12. La *evaluación de programas* trata de establecer si un programa «funciona» o tiene efectos positivos en relación a un problema o aspiraciones comunitarias *comparando lo que ha sucedido con lo que habría sucedido si el programa no se hubiera realizado*. Tal comparación puede lograrse aproximadamente proyectando la tendencia de la dimensión antes de intervenir o comparando los cambios en la comunidad de interés con otra «control» similar.
13. La evaluación de programas tiene tres *funciones* esenciales: *teórica*, permite aprender de la práctica; *práctica*, posibilita mejorar los programas comunitarios, y *social*, legitima la práctica (y la teoría) comunitaria, de lo que se deriva su gran relevancia social.
14. El *modelo tripartito* establece tres aspectos o *contenidos* a evaluar en una intervención comunitaria*: bienestar subjetivo* o satisfacción de los afectados; *eficacia* o efectos producidos en la cuestión de interés u objetivos perseguidos, y *utilidad o impacto* global del programa. Se captan así los tres aspectos complementarios del cambio social definidos por los tres tipos de actores básicos: afectados, expertos y profesionales y entorno social.
15. El *proceso* de realización de programas tiene nueve pasos (y tareas sucesivas): especificar el tema y el destinatario; asegurar el apoyo informativo para poder realizar la evaluación; esta-

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

blecer la relevancia del programa en relación a necesidades personales y prioridades sociales; verificar la adecuación técnica del programa y de la filosofía política desde la que se formula; revisar el proceso y corregir los posibles fallos y desviaciones producidos; valorar la eficiencia en relación a los esfuerzos realizados y a los medios usados; valorar la efectividad respecto del problema o asunto de interés; evaluar el impacto global; obtener conclusiones y hacer propuestas de actuación.

16. Se *recomienda,* desde el punto de vista *práctico y estratégico*: asegurar que el programa tiene raíces en la comunidad y es accesible a ella; cuenta con los medios necesarios para poder realizarse; se establecen vías de comunicación entre destinatarios y responsables del programa; examinar los «qués» y «porqués» sociales del proceso; ver la evaluación como proceso social dinámico y complejo sin olvidar los equilibrios comunitarios y las relaciones de poder; analizar el papel previsible del evaluador teniendo en cuenta las intenciones e intereses de los actores sociales; examinar las consecuencias previsibles del programa, e incluir conclusiones y recomendaciones claras, sintéticas y legibles para el destinatario (o destinatarios) potenciales.

TÉRMINOS CLAVE

- Evaluación social
- Conocimiento utilitario
- Evaluación, control social y democracia
- Evaluación, responsabilidad y conocimiento público
- Evaluación comunitaria
- Multidimensionalidad temática, social y metodológica
- Proceso de evaluación
- Funciones interventivas
- Evaluación de necesidades
- Métodos de evaluación
- Grupos focales y nominales
- Encuesta
- Tasas de atención
- Indicadores sociales
- Evaluación de programas
- Contenidos de la evaluación
- Modelo tripartito
- Evaluación comparativa
- Proceso de evaluación de programas

LECTURAS RECOMENDADAS

Organización Mundial de la Salud (1981). *Evaluación de programas de salud.* Ginebra: Autor.

Texto breve, claro y muy recomendable como guía práctica.

Pineault, R. y Daveluy, C. (1989). *La planificación sanitaria* (2.ª edic.). Barcelona: Massons.

Un clásico de la metodología participativa en acciones sociales planificadas en el ámbito de la salud, en buena parte extrapolable a otros ámbitos.

Medina, M. (1996). *Gestión de servicios sociales.* Murcia: DM.

Contiene una exposición amplia y bien organizada de la evaluación de programas desde un punto de vista institucional.

© Ediciones Pirámide

Posavac, R. G. y Carey, E. J. (1992). *Program evaluation. Methods and case studies.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Contiene un tratamiento práctico, asequible e ilustrado con casos de la evaluación de necesidades y programas.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Paidós.

Exposición clara y relativamente amplia de la metodología cualitativa incluyendo el proceso genérico de realización y la descripción somera de algunas estrategias verbales y de observación.

© Ediciones Pirámide

Intervención comunitaria: concepto, supuestos, técnica y estrategia 7

1. INTRODUCCIÓN: PSICOLOGÍA COMUNITARIA E INTERVENCIÓN

La acción es la vocación natural y primera de la PC y a ella se suelen subordinar el resto de tareas y operaciones propias del campo: investigación, reflexión, valoración, debate, etc. Esas tareas son, por otro lado, el contrapunto imprescindible para compensar el exceso de *activismo* —no pocas veces irreflexivo y poco evaluativo— que con frecuencia amenaza al campo. Así es que este capítulo, dedicado a la intervención comunitaria (nuestra visión de la acción y el cambio comunitario), es el centro del libro. Pero sólo eso, un centro al que están conectados de distintas formas otros capítulos que se ocupan de asuntos y temas complementarios y teórica o prácticamente interdependientes y en los que ya se han explicado nociones y operaciones que no necesitamos repetir aquí. Así, la intervención comunitaria precisa de la evaluación que, como se ha dicho, es su requisito previo y acompañante imprescindible. Depende de bases teóricas que señalan el carácter de la acción (psicológica y comunitaria), el lugar y ámbito (comunidad) en que se realiza, el carácter del cambio y los fines más precisos a perseguir (cambio social, empoderamiento, desarrollo humano, etc.) y la producción de conocimiento desde la praxis. Y, en fin, de cara a la práctica la intervención viene influida a nivel macro por el marco organizativo, político y ético en que se realiza y, a nivel micro, se «traduce» en un papel social a asumir por los actores que la «ejecutan» y que compendian en la práctica sus dictados «teóricos» concretándose según la situación y objetivos en una serie de estrategias como la prevención, la consulta o la ayuda mutua. De forma que las bases para definir la intervención comunitaria han sido ya establecidas en varios momentos de los capítulos anteriores y bastará recordarlas y «encajarlas» con lo que aquí se exponga para, espero, obtener un cuadro coherente del concepto de acción y cambio comunitario aquí adoptado.

Segundo, como sucedía con la evaluación, hay distintas formas de concebir y practicar la acción comunitaria según la naturaleza del proceso de cambio asumido, el peso que en él se asigne a la técnica y la planificación y el papel de cada actor básico: comunidad, profesionales y representantes políticos. El examen de las definiciones incluidas en el cuadro 7.1 muestra claramente esa variedad, no exenta, sin embargo, de elementos comunes. La opción aquí elegida y descrita es la intervención comunitaria que, como es natural, presenta sus propias ventajas y dificultades. La introducción del concepto de «intervención» —que será explicado con algún detalle— supone una «formalización» del proceso de acción social. Permite, también, elaborar una teoría de la acción sostenida en tres patas —valores, técnica y estrategia— en que tanto la técnica como el psicólogo tienen un papel relevante. Como acción técnica organizada en buena parte «desde afuera» plantea, por otro lado, dudas sobre el carácter genuinamente comunitario de la acción interventiva. Eso exige, por un lado, examinar la posible contradicción entre los dos conceptos —«inter-

© Ediciones Pirámide

vención» y «comunitaria»— y, por otro, constatar la existencia de otras formas de actuación que —como ya se vio en el capítulo 2— reflejan modelos conceptuales y operativos diferentes, como lo que allí llamamos «acción comunitaria».

A pesar de ser más característica del campo que la evaluación, la intervención comunitaria está menos desarrollada conceptual y técnicamente, siendo la literatura relevante más impresionista y dispersa (ligada muchas veces a temas emparentados) y menos sistemática. Por eso, por la amplitud de la literatura sobre campos asociados (cambio social, intervención social, aplicación psicosocial, problemas sociales) y por el carácter voluntariamente práctico y sintético de este libro, trataré de resumir aquí como conjunto coherente y práctico desarrollos y propuestas que sobre intervención social y psicosocial y comunitaria he hecho anteriormente: Sánchez Vidal (1985, 1995 y, sobre todo, 1991a y 2002a, a los que remito, sobre todo los dos últimos, al lector interesado en ampliar información). Kaufman (1987), Goodstein y Sandler (1978), *Annual Review of Psychology* (intervenciones sociales y comunitarias), Rothman y Tropman (1987), Rappaport (1977) y Heller y otros (1984) son fuentes informativas igualmente recomendables. La exposición se organiza en cuatro apartados generales: definición de la intervención comunitaria a partir de la intervención social, la parte «teórica»; examen de las cuestiones previas involucradas en la definición y asunciones que se hacen sobre el carácter de la intervención comunitaria, la parte ético-política; estructura funcional y social de la intervención, y, finalmente, la parte «práctica», los aspectos técnicos y estratégicos de su realización que están bastante ligados a las bases teóricas sentadas en el capítulo 4, sobre todo las relativas al cambio social, psicosocial y comunitario.

CUADRO 7.1

Intervención social/comunitaria: definiciones

Autor	Definición
Bloom	Intervención —preventiva o restauradora— que trata de afectar al bienestar psicológico de un grupo de población
Iscoe y Harris	Busca mejorar la condición humana mediante esfuerzos dirigidos principalmente a ayudar a los pobres, desfavorecidos y dependientes a confrontar sus problemas y a mantener o mejorar la calidad de sus vidas
Kelly y otros	Influencias en la vida de un grupo, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal y promover el bienestar de la comunidad
Caplan	Esfuerzos para modificar los sistemas sociales, políticos y legislativos en lo referente a la salud, educación y bienestar y a los campos religioso y correccional para mejorar la provisión de suministros físicos, psicosociales y socioculturales básicos de la comunidad y la organización de los servicios que ayudan a los individuos a confrontar sus crisis
Seidman	Cambio de relaciones intrasociales que afectan a la calidad de la vida social, o de gran número de personas y grupos, como resultado de: la distribución de derechos, recursos y servicios; el desarrollo de bienes, recursos y servicios que mantienen y mejoran la vida; la asignación de estatus ligados a las tareas y papeles sociales
Barriga	Mediación entre dos partes o sistemas: el cliente y el medio
Kaufmann	Una interacción intencional y selectiva entre dos o más actores sobre la base de una relación sujeto-objeto en que el interventor ocupa una posición de ventaja en lo relativo a las intenciones y recursos disponibles

© Ediciones Pirámide

2. LA INTERVENCIÓN SOCIAL Y SU ESTRUCTURA

Para dibujar el perfil de la intervención comunitaria debemos comenzar definiendo una intervención social netamente diferenciada de la acción psicológica para ver si, examinados su armazón y sustancia básica, cabe una variante de esa forma de actuar que podamos coherentemente llamar comunitaria. Una primera aproximación al tema de la intervención social lo aportan las definiciones extraídas de la serie «Intervenciones sociales y comunitarias» del *Annual Review of Psychology* (por ejemplo: Bloom, 1980; Iscoe y Harris, 1984; Kelly y otros, 1977) y de otros volúmenes sobre temas similares, como la intervención psicosocial o la prevención (Caplan, 1979; Seidman, 1983; Barriga et al., 1987; Kaufman, 1987).

Ofrecen esos escritos un muestrario *variopinto* de lo que se puede entender por intervenciones sociales en lo relativo a sus constituyentes básicos. Al contenido de la intervención: cambios sociales, influencias sociales, cambio de relaciones, mediación, interacción social selectiva. A su destinatario: un grupo demográficamente definido, los pobres y dependientes, ciertas organizaciones y comunidades, los sistemas sociales, etc. O a los objetivos perseguidos: prevenir; mejorar el bienestar y la calidad de vida; mejorar los aportes físicos, psicosociales y socioculturales; mejorar los servicios; redistribuir los bienes y derechos y cambiar las relaciones sociales, etc.

Las descripciones varían también en concreción, nivel social de referencia y profundidad del cambio propuesto, lenguaje teórico y aspecto clave identificado. Así, unas definiciones son más lineales y describen distintas formas de ayuda social. Otras insisten en la prevención y los cambios en la justicia y relaciones sociales (que se asume son las causas profundas de los problemas «superficiales» observados). Y otras, en fin, creen preciso desvelar el tipo de relación (mediación sistémica) o marco social (interacción selectiva de actores sociales) desde el que se ejerce la influencia social que siempre acompaña a la intervención. Teniendo estas aportaciones a la vista, me parece conveniente ahora distanciarnos lo suficiente para adquirir una perspectiva más general y sintética de la intervención social que incluya, junto a sus aspectos técnicos y prácticos, sus supuestos sociales, éticos y políticos. Ello llevará (exigirá, en realidad), por cierto, a que nos planteemos la viabilidad comunitaria de alguna forma de la intervención social genérica o abstracta que así definamos.

¿Qué es, pues, la intervención social? ¿Qué supone o conlleva intervenir en la vida social? La intervención supone, de entrada, una *influencia social externa*: una mediación, en su forma «blanda», una injerencia en su forma más cruda y dura. Una influencia que puede o no responder a una demanda de ayuda y que, por tanto, necesita una justificación adecuada que establezca su legitimidad moral. *Justificación* que exige mostrar convincentemente tanto la incapacidad de la gente de resolver el problema (o alcanzar un objetivo) en cuestión como la capacidad efectiva del interventor para ayudar más allá de sus buenas intenciones. Ampliando esos pespuntes iniciales, podemos describir la intervención social como una acción externa, intencionada y autorizada para mejorar el funcionamiento de un sistema o colectivo social (grupo, institución, comunidad, organización, servicio, etc.) que, perdida su capacidad habitual de autogobierno, es incapaz de resolver sus propios problemas o alcanzar metas vitales deseadas. La intervención *supone una interferencia* (impuesta o respondiendo a una demanda) en la vida social y *persigue un cambio*. Ha de ser justificada por *criterios* razonablemente *objetivos* (e independientes de la motivación subjetiva del interventor) como la necesidad, el riesgo, la destrucción social o ambiental, el peligro de conflicto o de daño inminente para las personas, el maltrato físico, psicológico o social o la injusticia y desigualdad social. Ésos son, como se ve, y adoptando una terminología sistémica, criterios indicadores de la pérdida de la capacidad de autorregulación del sistema en que se interviene. Resumiendo, podemos definir la intervención social como

> una *acción externa* e *intencionada para cambiar una situación social* que según criterios razonablemente objetivos *se considera intolerable o* suficientemente *alejada* del funcionamiento *humano o social ideal* como para *necesitar corrección.*

© Ediciones Pirámide

Subrayo las ideas básicas, resumidas en el cuadro 7.2, que aclaran el qué (concepto), el cómo (carácter), el porqué (justificación) y el para qué (finalidad) de la intervención social.

Acción externa al sistema o colectivo social ya que éste ha perdido su capacidad de autorregularse y responder a retos internos (que los miembros del sistema se proponen) o externos. El *contenido* de la acción puede ser una ayuda económica, psicológica, educativa o social, una ley, un servicio de atención a un problema, un programa, la mediación en un conflicto, el impulso a un proceso en marcha, la ayuda técnica a través de la evaluación o la intervención, etc. La determinación del contenido adecuado para alcanzar ciertos objetivos es la *tarea* central del interventor profesional en todo el proceso. La acción es, también, *racional* en el sentido de que usa unas técnicas eficaces, científicamente fundamentadas, y una estrategia efectiva que permiten alcanzar los objetivos perseguidos. Según exista o no una demanda de ayuda, la intervención puede ser *impositiva* (se «impone» desde fuera aunque no haya petición de actuar) o «respondiente» (se responde a una petición de ayuda del sistema o colectivo). La opción de una u otra variante de esta dicotomía tiene, como se puede imaginar, importantes repercusiones para la legitimidad de la intervención: mientras que la intervención respondiente no presenta, en principio y genéricamente, problemas de legitimidad, la injerencia no demandada exige siempre una justificación ética convincente.

Intencionada. La intervención social es un proceso humano guiado por intenciones y finalidades (del interventor) y dirigido hacia algún «otro» social. Intenciones como: ayudar al otro, reducir el sufrimiento o aumentar el bienestar de la gente, cambiar la sociedad o luchar por un mundo más justo. Esas intenciones llevan aparejados valores, más o menos compartidos por los actores sociales, como la compasión humana, la empatía, la caridad, la responsabilidad social, la justicia, la liberación o emancipación, el empoderamiento u otros. Eso significa también que los efectos producidos son buscados como *beneficiosos* para el otro, no son fruto del azar, ni pueden ser explicados, simplemente, como resultado de una racionalidad técnica o estratégica deshumanizadas. Las intencionalidad es la base para definir los objetivos de la intervención, y su introducción llama la atención sobre dos rasgos relevantes del proceso interventivo: que implica una *interacción selectiva* con un «otro» elegido en función de ciertos valores o intenciones y que tiene una importante dimensión *ética* ligada, entre otras cosas, a las intenciones y valores del interventor y a la selección del destinatario de la acción.

CUADRO 7.2

Definición de la intervención social

Concepto	Descripción
Qué	Acción {intencionada racional, de efectos previsibles Ayuda económica, psicológica o social, auxilio técnico, ley, mediación, servicio, impulso de procesos, evaluación, etc.
Cómo	Externa al {sistema social colectivo Impositiva o «respondiente» (respuesta a una demanda o encargo) Desde postura de autoridad (política, técnica, moral)
Para qué	Para cambiar situación o sistema social
Por qué	Sistema social ha perdido capacidad de autorregulación (resolver problemas o alcanzar objetivos básicos) según algún criterio «objetivo»: peligro, daño, destrucción social o ambiental, amenaza a valores sociales básicos, etc.

© Ediciones Pirámide

Autorizada. El interventor puede interferir o intervenir porque, como se ve —y cuestiona— más adelante, posee una autoridad política, científico-técnica o moral que «lo avala» y en ausencia de la cual su actuación no estaría, en principio, justificada.

Persigue un *cambio social* (no individual): no sólo buscamos «cambiar» a las personas (muchas, no a algunos individuos), sino también aspectos estructurales o vinculares del sistema, como las relaciones entre personas y grupos o la distribución global del poder y recursos. El proceso está definido por unos *objetivos* interventivos que aportan un destino y dirección a la idea, en principio amorfa y adireccional, de cambio social.

El sistema social ha *perdido* la *capacidad de autorregularse*, de regir «su» propia vida, resolver efectivamente los problemas que se presentan y alcanzar fines y aspiraciones básicos, como educar a los niños, disponer de alimentación, vivienda y trabajo para todos, obtener seguridad, convivir y asociarse con otros, proteger el entorno o conseguir un servicio o equipamiento deseado o necesario. Ésta es la justificación general de la intervención social: es precisamente porque el sistema ha perdido su habitual capacidad y funcionar por lo que se hace necesaria una acción externa que evite la perpetuación —o el deterioro— de la situación indeseable. Asumimos, como se ve, que los grupos humanos son habitualmente capaces de resolver sus problemas y alcanzar sus fines, y sólo cuando esa capacidad colectiva falla o está temporalmente bloqueada, se hace precisa la intervención externa, que sería un suceso excepcional (no continuo o frecuente), complementario respecto de la acción del propio grupo. Como asumimos que el organismo humano tiene capacidad de autorregularse y resolver muchos de los problemas de salud que se presentan, la visita médica es algo excepcional, no un suceso diario. Y es, en fin, esa incapacidad de autorregularse lo que justifica la intervención: por eso se exigió la presencia de criterios razonablemente objetivos que trasciendan las intenciones subjetivas del interventor.

2.1. Componentes y variedades

¿Cuáles son los ingredientes básicos de cualquier forma de intervención o acción social? Podemos concretarlos en cinco, obtenidos al ampliar la propuesta de Goodstein y Sandler (1978) y resumidos en el cuadro 7.3.

- Blanco o *destinatario* de la intervención. Aquello —o aquellos— a lo que ha de afectar la actuación: familias, escuelas, la comunidad, un servicio o equipamiento, los líderes comunitarios, etc.
- Fines u *objetivos* perseguidos en la intervención: «curar», prevenir, rehabilitar, ayudar a desarrollar aspectos sociales, dinamizar, desactivar un conflicto, etc.
- *Contenido técnico:* qué se va a hacer o inducir para alcanzar los objetivos: educar, concienciar, promover una ley, montar un servicio, aportar ayudas económicas, proteger personas o grupos, fortalecer psicológicamente a individuos o familias vulnerables, activar socialmente, etc.
- *Estilo interventivo*, el *cómo*, la manera de llevar a cabo las acciones pensadas para alcanzar los objetivos. Tiene que ver sobre todo con el *proceso* seguido (por lo que con frecuencia permanece implícito), no con sus resultados, e incluye entre sus componentes: cómo se identifica al destinatario de la intervención; cómo (o quién) define los objetivos; qué criterios se usan para valorar los resultados; qué tipo de relación establecen el interventor y el destinatario; grado de participación e iniciativa reconocidas a los distintos actores (interventor, destinatario, grupos comunitarios), y valores

© Ediciones Pirámide

que guían implícitamente y promueven realmente el proceso interventivo.
- *Base científica*: los conocimientos que fundamentan la intervención y las acciones técnicas «asegurando» que la parte intencional (intenciones y objetivos perseguidos) y la racional (contenido técnico) están conectadas de forma que las acciones programadas conducen a los objetivos buscados.

En la realidad la intervención social comprende actuaciones y programas muy variados, como salarios mínimos, amparo de niños maltratados, comedores populares, legislación protectora de grupos en riesgo, fomento de la participación comunitaria, cesión de instalaciones para realizar actividades sociales, transporte de minusválidos, actividades para mayores, rehabilitación social y urbana, desarrollo integral agrario, prevención de la delincuencia, promoción de redes sociales, reorganización de servicios y muchos otros. El conjunto de programas sociales existente en un contexto y momento dados depende de factores como el ambiente sociopolítico (con el auge del liberalismo se recortan los programas sociales, mientras que los gobiernos de orientación socialista suelen garantizar sistemas de protección social amplios) y el clima social, más o menos favorable a la ayuda social, la marcha de la economía que permite o no establecer acciones sociales en beneficio de los más débiles y necesitados. Por otro lado, el «Estado de bienestar», que como paraguas ideológico y político cobija muchos de los programas e intervenciones sociales, sólo existe en países ricos, siendo un ideal difícilmente alcanzable en las sociedades pobres, con frecuencia lastradas, además, por deudas externas que hacen difícil invertir en la salud, educación o protección social de sus ciudadanos.

CUADRO 7.3

Componentes de la intervención social (modificado de Goodstein y Sandler, 1978)

Componente	Descripción
Destinatario	*Aquello*/aquellos *a los que ha de afectar*: la comunidad, escuelas, un servicio, los líderes sociales, las familias
Fin, objetivo	*Qué se persigue*: prevenir, desarrollar personas o comunidades, acelerar procesos sociales, reducir tensión...
Contenido técnico	*Qué* se va a *hacer* para alcanzar el fin perseguido: educar o concienciar, apoyar una ley, montar un servicio, dar ayudas económicas, etc.
Estilo interventivo	*Cómo* se interviene; manera de actuar y relacionarse con la comunidad y los actores sociales: quién/cómo se identifica al destinatario, cómo se definen los objetivos y evalúan los resultados, qué valores guían el proceso, etc.
Base científica	*Conocimientos* que fundamentan técnicamente la intervención: la conexión entre intenciones y resultados asegurando que las acciones programadas (contenido) conducen a los objetivos perseguidos

© Ediciones Pirámide

Variantes y significados. Los componentes descritos tienen valor *analítico*: permiten clasificar los programas e intervenciones sociales y distinguir una u otra forma de actuar según el contenido que tenga cada componente. Así, si el destinatario es social (un colectivo), y la acción persigue objetivos sociales (aumento de la cohesión social) por medio de técnicas también sociales (promoción del asociacionismo), hablaremos de una intervención social. Si, en cambio, el destinatario (individuos), los objetivos (mejora de la salud mental) y técnicas (psicoterapia) son psicológicos, tendríamos una acción psicológica. Esa distinción nos importa a efectos de distanciarnos de la forma psicológica individualizada, que no es la que nos interesa en el campo social, incluido el comunitario. En varios momentos de los capítulos anteriores se ha perfilado, sin embargo, una forma de cambio y acción psicosocial (que retomamos más adelante) ligada a las relaciones o aspectos sociales medios o en que las personas son sujetos agentes, que quedaría más cerca de la idea de intervención comunitaria que buscamos.

Por otro lado, esos componentes, tomados de uno en uno, imprimen a las acciones reales un significado social, político o moral determinado, permitiendo su perfil conjunto identificar formas distintas de intervención. Así, el destinatario puede ser el conjunto de la comunidad o sociedad o las minorías más débiles y marginales, lo que nos dará una acción más amplia y global, en el primer caso, o más sectorial y restringida, en el segundo. Se puede perseguir el objetivo de aumentar el bienestar (o la calidad de vida) de aquel conjunto (lo que comporta una acción más técnica, costosa económicamente pero política y profesionalmente rentable) o reducir las desigualdades sociales y aumentar el poder de las minorías marginales, algo menos rentable política y profesionalmente, pero de mayor valor ético y social al mejorar la justicia social. Se puede usar un estilo interventivo más «dirigista» de cambio desde arriba y coordinación de actividades siempre útil técnicamente pero «neutro» desde el punto de vista del desarrollo humano y social, o un estilo más participativo que incluya los deseos e iniciativas de la gente, y que a menudo resultará más «desorganizado» y costoso en términos de energía y tiempo requerido, pero que tendrá un importante potencial de desarrollo humano y aprendizaje colectivo. La conjunción de los tres componentes nos da dos *perfiles* interventivos sociales diferentes: una intervención más *global* y *técnica*, dirigida a mejorar la *calidad de vida* de las mayorías «instaladas» (en una sociedad rica), frente a otra, más *política*, centrada en la *justicia social* y participativamente dirigida a aumentar el poder de las *minorías* marginales y «nivelar» sus diferencias con las mayorías. No es difícil adivinar que este segundo perfil se acerca más a lo que podemos entender por intervención comunitaria.

2.2. ¿Intervención comunitaria?

Retomemos la pregunta inicial: ¿son aplicables estas ideas al campo comunitario de forma que podamos hablar con propiedad de «intervención comunitaria»? Para responder a esa pregunta debemos «llenar las casillas» de los componentes identificados con los parámetros que en el capítulo 2 identificamos como propios de la PC en uno de los esquemas (el A) allí descrito y ver si el resultado tiene coherencia y sentido. Según eso, la intervención comunitaria sería una variante de la intervención social.

- El *destinatario* es la *comunidad*, como colectivo social o territorio.
- Sus *objetivos* específicos son el *desarrollo humano y social* y *la prevención*.
- Tiene un *estilo* o forma de trabajar *global, igualitario* y *multidisciplinar* en que las personas son consideradas *sujetos agentes* y se promueve el *cambio social «desde abajo»* de forma que *la participación, activación y autogestión* son formas básicas del *contenido* interventivo.

He obviado la base científica, por no ver especificidades destacables (más allá de los rudimentos teóricos sobre sentimiento de comunidad y empoderamiento) respecto a los fundamentos teóricos de otras variantes de actuación social. No parece que haya dificultades especiales a la hora de encajar el trabajo comunitario en la noción de intervención so-

© Ediciones Pirámide

cial excepto en el apartado de estilo o forma de trabajo, en el que se aprecian algunas fricciones y desencuentros significativos entre los significados de «lo comunitario» y «lo interventivo» que podrían exigir modificar la idea de intervención.

3. CUESTIONES PREVIAS: CONTRADICCIONES, LEGITIMIDAD, AUTORIDAD, INTENCIONALIDAD, RACIONALIDAD

Examinamos ahora sintéticamente esas fricciones y otras cuestiones previas y generales planteadas por la idea de «intervención comunitaria» que son discutidas con más amplitud en otro libro (Sánchez Vidal, 1999). Se retoman aquí los rasgos formalmente atribuidos a la intervención social, poniéndolos sin embargo en cuestión y examinándolos desde los prismas comunitario (contradicciones entre medios y fines), ético-político (legitimidad y autoridad) y ético-técnico (intencionalidad y racionalidad). Aunque estas cuestiones generales son examinadas ahora como parte del planteamiento global de la intervención comunitaria, podrían ser igualmente parte del capítulo 9, dedicado a la ética en la intervención comunitaria.

3.1. Contradicción medios-fines: la intervención y lo comunitario

La principal objeción al uso del término «intervención» en el campo comunitario deriva de la aparente contradicción entre los significados básicos del sustantivo y el adjetivo que lo califica. En efecto, la *intervención* es externa e impositiva, se hace desde fuera y, a veces, desde arriba, desde la autoridad. El enfoque *comunitario* es participativo, funciona desde abajo y desde dentro. Esa oposición de principio se puede traducir en la intervención social en una contradicción medios-fines: entre los *fines* de cualquier acción pensada para desarrollar la autonomía personal social y sus capacidades de confrontar problemas por un lado, y los *medios* —la intervención externa— usados para conseguir esos fines, por otro. Se trata de una tensión real visible en las líneas de trabajo y los tipos de actuaciones descritos en el trabajo comunitario del norte y del sur, en el que encontramos una tendencia más interventiva, ligada al cambio planificado y la prestación de servicios profesionales que incluiría, por ejemplo, programas de educación para la salud o planificación comunitaria, y otra más «procesal» pensada como desarrollo autogestionado de la comunidad y ligada a enfoques como la organización comunitaria o la educación popular que en el capítulo 2 llamamos «acción comunitaria» por distinguirla de la primera línea, más intervencionista.

¿Es posible resolver esa contradicción de principio y reunir las dos líneas de actuación comunitaria? Creo que sí. ¿Cómo? No considerando que las dos líneas o enfoques son excluyentes, sino, al contrario, compatibles, de forma que, como muestran muchos programas y líneas de actuación social, pueden ser combinados satisfactoriamente en la realidad. Nada impide, por ejemplo y por principio, montar un programa de promoción de la salud o desarrollo comunitario que combine los conocimientos y esfuerzos de médicos, psicólogos o ingenieros con la iniciativa de la gente para decidir sus necesidades y prioridades y participar activamente en todo el proceso. Hacer compatible lo interventivo y lo comunitario exige, sin embargo, *ampliar* el concepto de intervención para que incluya tanto la intervención externa y planificada como la organización social y el desarrollo de recursos desde abajo; tal concepto podría hacer incluso superflua la distinción hecha entre intervención comunitaria y acción comunitaria. De otra forma, y sistematizando lo ya apuntado, se podrá hablar coherentemente de «intervención comunitaria» si la intervención (cuadro 7.4):

- *Potencia los recursos* personales y comunitarios: solidaridad social, interés y motivación, asociaciones y organizaciones de base, liderazgo, educación, capacidad de identificar metas, etc.
- *Fomenta la participación* e iniciativa de los actores sociales en aquellos procesos y actividades que, por su carácter o nivel, precisen coordinación y planificación global, como el urbanismo, las instituciones y servicios colectivos o la acción política pública.

© Ediciones Pirámide

- *Respeta* los *valores y fines* básicos de la comunidad, sin tratar de imponer los propios o los de determinados grupos o sectores.

Naturalmente que ni eso elimina las diferencias de enfoque en la acción comunitaria ni los conflictos entre fines de desarrollo personal y comunitario y los medios profesionales más o menos intervencionistas usados para conseguirlos (o, si se prefiere, entre la forma tradicional de trabajar de los profesionales y los deseos de la comunidad o las tendencias de trabajo comunitarias más radicales). Esos conflictos no sólo pueden aparecer, sino que son esperables y deben ser abordados (capítulo 9).

El planteamiento hecho sirve, en mi opinión, para constatar que *no tiene* por qué haber *oposición de principio* entre las ideas de «lo comunitario» y «lo interventivo» ni entre los enfoques a ellas asociados. El problema real es a menudo de *grado*: cómo actuar o intervenir de manera que se respete al máximo la autonomía y capacidad de decisión de la comunidad sin mermar la eficacia global de la acción. O, de otro modo, cómo lograr el equilibrio óptimo entre la eficacia esperable de la intervención externa y el respeto ético por la capacidad del otro y su cualidad de verdadero sujeto agente —no sólo objeto— de acción social, propia del enfoque comunitario.

CUADRO 7.4

Cuestión previa conceptual: ¿contradicción intervención-comunitaria?

Cuestión	Opciones/«soluciones»
Oposición entre: la intervención y lo comunitario	Intervención incluye: desarrollo de recursos y participación social (intervención «desde abajo») Respeta valores/fines de la comunidad

3.2. Legitimidad, intervencionismo y deber de ayudar

La legitimidad se refiere a la justificación moral y social de interferir en la vida de la gente y en las relaciones sociales establecidas. Se trata de cuestionar tanto la legitimidad de la intervención comunitaria en general como la de cada intervención concreta, centrando el cuestionamiento en el intervencionismo profesional, político o de otro tipo. Ya se han avanzado, al definir y caracterizar la intervención social, algunas respuestas al problema general de la legitimidad. Se interviene básicamente por dos razones: 1) porque se asume que la comunidad ha perdido la capacidad de autogobernarse en un asunto o situación, por lo que necesita ayuda externa; 2) porque el interventor externo tiene autoridad para hacerlo (tema tratado en el punto siguiente). La clave de la primera justificación es que *no basta asumir*, sin más, la incapacidad de la comunidad para autogobernarse o resolver un asunto puntual: hay que *constatarla* fehacientemente. Por eso se exigía aportar algún criterio razonablemente objetivo, que, desligando la decisión de intervenir de las intenciones subjetivas (más o menos «intervencionistas») del agente profesional, justifique la intervención. Este apunte inicial del tema de la legitimidad se puede profundizar examinando tres cuestiones o dilemas encadenados: la alternativa genérica de intervenir o no intervenir en la vida y los problemas sociales; el grado de intervencionismo (o imposición) implicado en la acción, y la calidad de derecho o deber de la intervención, respectivamente ligada a las responsabilidades por acción y por omisión del agente interventor. El cuadro 7.5 resume la discusión de la cuestión de la legitimidad y las posibles soluciones que se pueden proponer.

© Ediciones Pirámide

Intervención-no intervención: liberalismo y planificación socialista. Ante una cuestión social, el liberalismo aboga por la inacción, *laissez faire*, no intervenir: las cosas funcionan mejor en un sistema social cuando éste resuelve por sí solo sus propios problemas sin interferencia gubernamental o externa alguna. La intervención social (comunitaria u otra) no tiene pues lugar en el liberalismo «puro». Algo similar sucede en el polo opuesto, la planificación o el socialismo «total» (hoy prácticamente extinguido): no tiene sentido hablar de intervención ocasional o puntual, ya que todo está intervenido y organizado —además a un nivel central— por el Estado. Esas dos posturas externas resultan, para nosotros, inaceptables. La primera porque, al negar los valores básicos de solidaridad y responsabilidad social, deja a los más débiles e indefensos a merced de su destino (y de un «mercado» inhumano). La segunda porque niega la subjetividad y agencia tanto personal como colectiva (de la «sociedad civil») de forma que las personas o la comunidad quedan reducidas a engranajes o piezas inertes de un tinglado totalitario. La respuesta a la cuestión general de la intervención social (o comunitaria) ha de ser, por tanto, un rotundo sí, que por un lado la aleje de los dos extremos que la niegan, reafirmando, por otro, los principios de *solidaridad* y «*corresponsabilidad*» *social*. ¿Por qué corresponsabilidad? Porque entiendo que tan indeseable es que el interventor sea absolutamente responsable de la vida y problemas de la gente como que cada persona sea total y únicamente responsable de su vida, lo que excluiría tanto la responsabilidad de los gestores (políticos y profesionales) *públicos* que representan al conjunto de la comunidad como la responsabilidad *social* —entre personas y grupos— basada en la solidaridad. No parece haber otra solución razonable que la responsabilidad compartida por la comunidad y el interventor político o profesional. Y es que negar cualquiera de las dos responsabilidades es ética y socialmente peligroso: negar la solidaridad social y responsabilidad pública implica dejar a la gente sola frente a sus problemas y renunciar a la justicia social; negar la responsabilidad personal supone, en último extremo, negar a la persona su dignidad y capacidad de dirigir su vida por sí misma.

Intervencionismo y acción comunitaria. Si la anterior era una cuestión «falsa» o menor desde el punto de vista práctico (en el sentido de que implicaba una dicotomía falsa), ésta —el grado de intervención o imposición— tiene una relevancia práctica innegable: plantea la alternativa entre líneas más impositivas de actuar y otras —como el fomento de recursos y capacidades y la activación social— más comunitarias y desarrollistas. Lo que se cuestiona aquí, quede claro, no es la legitimidad de principio de la intervención, sino el *grado* de imposición implicada y la *forma* que debe tomar esa intervención teniendo en cuenta tanto la eficacia de la acción como los valores comunitarios (autonomía de la comunidad y capacidad de decidir y actuar por sí misma) que en principio «garantizan» el desarrollo de la comunidad y el empoderamiento de sus miembros. Vista así, la intervención externa no sólo puede no ser positiva o deseable, sino que, en la medida en que interfiere en los procesos de afrontar dificultades y resolver problemas de la comunidad, puede resultar perjudicial por crear dependencias no deseables y frenar el desarrollo de capacidades en vez de potenciarlo. Pero, según se ha visto antes, ese argumento no puede de ningún modo conducir a la pasividad y la inacción. ¿Cuándo podemos considerar, entonces, legítima desde ese punto de vista una intervención comunitaria? Cuando la *intervención* cumpla tres condiciones.

CUADRO 7.5

Cuestiones previas ético-políticas: legitimidad y autoridad

Cuestión	Opción /«solución»
Legitimidad: justificación de interferir en vida personal y social ¿Derecho o deber?	General: solidaridad social y responsabilidad pública (corresponsabilidad) Justificación concreta: • Añade capacidades al colectivo • Respeta valores básicos gente • Enfoque temporal dual { resolver problemas actuales / estimular competencias para futuro
Autoridad: «credenciales» para intervenir	Autoridad política ⟶ mandato democrático Autoridad técnica ⟶ conocimiento y habilidades prácticas Autoridad moral ⟶ violación flagrante valores básicos: injusticia, pobreza, explotación humana, etc.

© Ediciones Pirámide

1. Está *motivada* o justificada de forma que, una de tres: añade algo (conocimiento, medios económicos, técnicas de evaluación o actuación, etc.) de que la comunidad carece y es preciso para conseguir el objetivo X; se inducen ciertos procesos (dinamización, reivindicación, conexión social, mediación, etc.) imprescindibles para «activar» socialmente la comunidad; se potencian técnicamente (con estrategias de organización, concienciación u otros) procesos ya existentes, pero insuficientes, de búsqueda de soluciones. Estamos planteando, otra vez, una visión más *aditiva* y complementadora que impositiva de la intervención comunitaria.
2. Adopta una *doble perspectiva* finalista y temporal ayudando, por un lado, a *resolver los problemas actuales* y *estimulando*, por otro, la *capacidad* de la comunidad de enfrentarse a otros retos y problemas similares en el futuro. Perspectiva que ayuda, además, a resolver el dilema medios-fines antes planteado.
3. La acción que se promueve es congruente —o al menos *compatible*— con los deseos y *valores* básicos de la comunidad y con su *participación* activa en los cambios.

Hemos de reconocer, sin embargo, que hay al menos dos temas para los que las indicaciones anteriores resultan *insuficientes*. Uno, la legitimidad de la intervención *impositiva*, en aquellos casos en que el interventor considera con fundamento que hay que actuar en contra de —o de forma distinta de— los deseos de la comunidad. Piénsese, por ejemplo, en la intervención en casos de maltrato o para instalar un equipamiento o servicio (centro de día para drogodependientes o jóvenes sin familia, una mezquita, etc.) que la gente rechaza en un barrio. Otro, la legitimidad de los *medios* (las *técnicas* y estrategias) usados que, al no quedar asegurada —sólo— por la legitimidad de los objetivos o acciones previstas, necesita ser establecida per se, asegurando que las técnicas usadas no violan valores (dignidad, autonomía, justicia, etc.) básicos de la gente y la comunidad.

Intervención, ¿derecho o deber? Responsabilidad por acción y por omisión. Los comentarios anteriores están guiados por el temor al intervencionismo profesional, político o de otro tipo en que el exceso de celo lleva a intervenir en asuntos que la gente puede manejar por sí sola, imponiendo, además, muchas veces al otro los valores o visión del mundo del interventor. Pero hay otro riesgo simétrico, e igualmente significativo, del intervencionismo: no intervenir cuando, ante una situación de necesidad, daño o injusticia, habríamos de hacerlo. Existe ahí una responsabilidad por *omisión* ligada a los valores de solidaridad social y responsabilidad pública mencionados y al derecho a esperar ayuda que los más pobres, necesitados y excluidos tienen en situaciones en que aquellos valores son ostensiblemente violados. En ese caso la intervención se convierte no sólo en un derecho, sino en un *deber* del interventor. Esa perspectiva dual de riesgos de acción *y* de omisión de la acción (inacción) sitúa el tema de la legitimidad en sus justos términos y pone la base para responder equilibradamente a la cuestión de la intervención impositiva a la vez que revela los *límites* del *enfoque comunitario*. Examinada ya una cara de la legitimi-

© Ediciones Pirámide

dad, la de la intervención, debemos abordar ahora su otra cara, la legitimidad del *interventor*, su autoridad para intervenir.

3.3. Autoridad: política, técnica y moral

La intervención comunitaria encuentra fundamento, de entrada, en dos tipos de autoridad: una política y otra científico-técnica.

- La autoridad *política* deriva del mandato democrático otorgado por la comunidad a sus representantes elegidos para resolver —ayudar a resolver, mejor— sus problemas y alcanzar sus metas usando el poder y los recursos colectivos asignados para ello. Es competencia de esta autoridad iniciar la acción comunitaria y dotarla de medios materiales y humanos para que pueda ser realizada efectivamente y exigir en nombre de la comunidad responsabilidades por sus resultados.
- La autoridad *científico-técnica* deriva de la experiencia y conocimientos teóricos u operativos válidos y de las habilidades metodológicas y técnicas adecuadas para diseñar, evaluar y ejecutar eficientemente las intervenciones. Es la autoridad del experto o practicante, profesional o no. Sus competencias son crear, organizar y realizar acciones comunitarias en congruencia con las directrices marcadas por la autoridad política y las necesidades y deseos de la comunidad (que a su vez deberían ser convergentes).

Debe quedar claro entonces que la dimensión política del papel experto no está respaldada por ninguna de esas dos autoridades: el psicólogo comunitario ni está avalado por un mandato democrático de la comunidad, ni de sus conocimientos o habilidades prácticas se deriva, en principio, autoridad política alguna. Y, sin embargo, la profesión, que es algo más que un muestrario de técnicas, tiene siempre una dimensión ética y política... ¿Falta, entonces, algún tipo de autoridad en el esquema anterior? En efecto, parece necesario proponer un tercer tipo de autoridad, que llamaré *moral*, que complemente el fundamento de la intervención comunitaria (o social en general). Se trataría de una autoridad, ligada a la existencia de situaciones y problemas (desigualdad, pobreza, explotación, marginación, discriminación de minorías, etc.) que, pese a violar flagrantemente valores éticos básicos (justicia social, dignidad humana, derecho a la vida, etc.), no son abordados por los políticos o expertos, titulares de las otras formas de autoridad. La autoridad moral sería, así, el fundamento del la *acción social «desde abajo»*: el activismo social, los movimientos sociales o el «tercer sector» u ONGs (organizaciones no gubernamentales).

Tendría un carácter general más *complementario* que sustitutivo: no se trata de suplantar a las otras dos formas de autoridad (se correría entonces el riesgo de *deslegitimar* la acción institucional y pública), sino de suplementarlas en los casos y situaciones en que aquéllas no atiendan a necesidades y problemas significativos o lo hagan de forma ineficiente o inapropiada. Eso confiere también a la autoridad moral y a sus portadores una función de «vigilancia» de la acción institucional realizada por las autoridades política y experta. Reclama, a la vez, una postura de *colaboración* y concordia entre los tres tipos de autoridad que excluya el monopolio de cualquiera de las dos formas de actuación social posibles: *intervención institucional desde arriba* (desde la autoridad político-técnica) y *acción social desde abajo* (desde la autoridad moral), dejando claro que el psicólogo (el experto, en general), aunque suele operar desde la primera, puede estar, con distintos y variables papeles, en cualquiera de las dos. El cuadro 7.5 resume las formas de autoridad contempladas como «solución» a la cuestión de la legitimidad del interventor comunitario, de las «credenciales» que avalan su participación en la intervención.

3.4. Intenciones, resultados y autobeneficio

Hay que notar, de entrada, el carácter esquivo y «opaco» de la noción de intencionalidad en la acción social: por su propia naturaleza subjetiva,

© Ediciones Pirámide

las intenciones sólo son percibidas por el sujeto titular de la acción. A los demás —incluidos los destinatarios de la acción— les trae sin cuidado la motivación subjetiva o interna de las acciones; lo que realmente interesa son sus resultados: los efectos potencialmente benéficos, o maléficos, que para ellos puedan tener. De ahí derivan tanto la enrevesada dinámica de la atribución de intenciones como las frecuentes discrepancias entre la visión interna del actor —generada desde las propias intenciones y percepciones— y la externa del receptor de la acción, ligada no sólo a los resultados visibles sino a las intenciones que, a partir de sus intereses, valores o experiencia, atribuye acertada o equivocadamente al interventor. Sin entrar en la amplia casuística estratégica y ética de la intencionalidad, debemos exponer aquí tres importantes aspectos (resumidos en el cuadro 7.6) de la intencionalidad y su dinámica en la intervención comunitaria: 1) intenciones y resultados (aspectos subjetivos y objetivos de la acción comunitaria); 2) intenciones latentes y «autobeneficio» tanto del interventor como de los otros actores sociales («agendas ocultas»); 3) riesgos del intervencionismo social o profesional asociado al abuso de las buenas intenciones. Dado que estos riesgos y el peligro de anular al otro fueron ya comentados en el punto correspondiente a la legitimidad, debemos examinar los otros dos.

Intenciones y resultados. Si las intenciones encarnan la vertiente *subjetiva* de la intervención comunitaria, han de ser controladas desde su contraparte objetiva, los resultados reales. No es suficiente, desde el punto de vista ético, que las intenciones sean buenas para que lo sea la acción resultante: necesitamos, *además* de intenciones altruistas y benéficas, buenos resultados, que es lo que ayuda realmente a la gente. Eso significa que además de un fundamento intencional personal o institucional (los idearios, la filosofía de las instituciones y organizaciones sociales) positivo —de carácter profesional, político o religioso—, la intervención comunitaria debe tener una base *racional* sólida, usando una buena técnica y una estrategia adecuada que, a partir de un esquema teórico válido, permita llevar la acción a buen puerto.

Intenciones latentes y *autobeneficio*. En el análisis ético y social, no podemos aceptar, sin más, las declaraciones verbales de altruismo y buenas intenciones. Debemos, por el contrario, sospechar que junto a ellas existen intenciones que, por su carácter egoísta o «autobenéfico», tienden a permanecen latentes y que suelen girar en torno al poder y el prestigio social: mantenimiento de la estima y reputación del interventor, pago monetario o simbólico (reconocimiento externo), poder y estatus social, etc. Dos reglas útiles

CUADRO 7.6

Cuestiones previas ético-técnicas: intencionalidad y racionalidad

Cuestión	Opción /«solución»
Riesgos del *abuso* de *buenas intenciones*: ineficacia, ocultar autobeneficio y anular al otro	Desvelar y controlar intenciones Vigilar «agendas ocultas» Usar técnica y estrategia correcta; evaluar resultados
Racionalidad En duda por: • «efectos secundarios» • efectividad de racionalidad política	Formación teórica y técnica Evaluación de programas Programas piloto Considerar reparto de poder, grupos de interés

© Ediciones Pirámide

para el manejo ético del autobeneficio serían: 1) reconocerlo y acotar un autobeneficio *legítimo* (capítulo 9) que incluya el derecho a los medios (información, reputación, etc.) para alcanzar los fines pactados y excluya otras formas de egoísmo profesional inadmisibles o ilegítimas; 2) situarlo en una posición claramente secundaria respecto al beneficio del otro, el destinatario de la intervención; el psicólogo no trabaja para sí sino para el otro. Estos criterios éticos son particularmente importantes en la intervención comunitaria que busca, precisamente, potenciar al otro, no a sí mismo. No cabe por tanto aquí una actitud calculadora o egoísta: el interventor no puede ceder a la tentación de acaparar poder a través de la acción social; debe, por el contrario, estar dispuesto a cederlo, usarlo o compartirlo para ayudar al desarrollo de la comunidad y sus miembros. Y es precisamente para compensar esa exigencia extrema por lo que le debe ser reconocido en calidad de *sujeto* —no sólo un agente de la comunidad— el derecho a unos ciertos beneficios, beneficios que, desde el punto de vista estratégico, eviten, además, que el exceso de entrega o altruismo acabe «quemando» o incapacitado al interventor para ayudar a otros.

Agendas ocultas. Las agendas ocultas no se refieren a los motivos egoístas del interventor, sino a los de los otros actores o participantes en la intervención. Estas intenciones socialmente «inconfesables» (y por lo tanto no confesadas) de los actores sociales son harto frecuentes en toda dinámica social, estando casi siempre relacionadas con la búsqueda de poder, prestigio social y otras formas ocultas de autobeneficio. Dado que esas intenciones, aunque permanecen latentes, influyen notablemente en la conducta de los actores —creando una aparente incongruencia con la conducta derivada de las intenciones benéficas confesadas—, las agendas ocultas resultan difíciles de manejar en la práctica: están pero no están; si se sacan a la luz para ser discutidas suelen ser negadas, pero si no se explicitan no pueden ser discutidas y por tanto «gestionadas» abierta y conscientemente por el grupo...

3.5. Racionalidad: efectos no deseados y lógica política

Ya se dijo que la intervención comunitaria es racional porque tiene una base científica que permite predecir sus efectos en función de las acciones realizadas y las técnicas usadas. Ésa es «la teoría». En la práctica, la racionalidad científico-técnica nominal se ve comprometida por dos fenómenos repetidos una y otra vez: los «efectos secundarios» y la importancia de los aspectos políticos, ya recalcada en la evaluación comunitaria.

Los *efectos secundarios* no deseados son endémicos en la acción social, debido —entre otros factores— a la insuficiencia o inadecuación de la base científica y de los instrumentos técnicos, con frecuencia excesivamente psicológicos: más adecuados para entender y cambiar a los individuos que a las comunidades. La presencia en una actuación de efectos secundarios numerosos o tan importantes como los efectos positivos buscados cuestiona lógicamente su racionalidad —científica, técnica o ambas.

Racionalidad política. Una constante de la práctica social es la importancia decisiva de factores ajenos a la lógica científica o técnica, como las relaciones (a nivel medio) o los intereses políticos de los grupos implicados (a nivel macro). Aspectos como la presión social, la influencia política o las relaciones con quien posee el poder de decidir tienen con frecuencia más importancia para conseguir que se lleve a cabo un proyecto que la correcta documentación de la necesidad y conveniencia del proyecto. Esa constatación hace patente la necesidad de introducir en la intervención comunitaria *otras racionalidades*, como la política, tan determinantes, si no más, que la racionalidad habitualmente reconocida, la científico-técnica. Y hace necesario, en el terreno práctico, que el interventor sea capaz de reconocer y tener en cuenta los intereses políticos presentes en el escenario comunitario y, según algunos, esté dispuesto a actuar políticamente si es que quiere ser realmente efectivo. Inevitablemente hemos topado con un tema clásico de la discusión social y moral: la suficiencia del papel de experto

© Ediciones Pirámide

neutral tradicional, defendido por unos, y su conflicto con el papel de agente partidista, políticamente comprometido, defendido por otros.

4. SUPUESTOS METODOLÓGICOS E IDEOLÓGICOS

Ya se vio que el contenido de la intervención social puede variar notablemente y adquirir significados sociales distintos según los supuestos valorativos e ideológicos que la sustentan. Eso sucedía según el marco político —liberal o estatismo socialista—, el contenido de sus componentes (destinatario, objetivos, forma de trabajar) básicos y la posición que se adopte ante las cuestiones previas involucradas en la idea de intervención. Se hace preciso resumir las descripciones y discusiones precedentes en algunos supuestos metodológicos, éticos e ideológicos que completan la propuesta de intervención social (y comunitaria) hecha aquí. Esos supuestos y asunciones, recogidos en el cuadro 7.7, son compatibles con muchas, pero no con todas, las orientaciones de intervención social y, más específicamente de sus variantes comunitarias.

Intervencionismo social intermedio entre la planificación total, por un lado, y el liberalismo individualista, por otro. Se asume la intervención externa como suceso ocasional y limitado o excepcional, no habitual y totalizador, y el «Estado del bienestar» como marco político-social global que facilita (desde el punto de vista logístico, pero también ideológico) la intervención social o comunitaria. No puede ser, sin embargo, condición imprescindible: es en ausencia de un sistema de protección social cuando las intervenciones sociales son más necesarias, sobre todo las de carácter comunitario, dirigidas a los excluidos, realizadas desde abajo y basadas más en la solidaridad social que en los inexistentes programas institucionales. De hecho, la cuestión de si la existencia de un Estado del bienestar facilita o dificulta la acción comunitaria es significativa y no tiene una respuesta unívoca o sencilla.

© Ediciones Pirámide

Nivel social medio, inferior a la intervención social «centralizada», realizada para todo un país o región, pero superior al trabajo psicosocial grupal o familiar. Un nivel definido por la comunidad local como territorio y como dimensión psicosocial ligada a la pertenencia y la vinculación social (capítulo 3).

Solidaridad social y responsabilidad pública en la gestión de los asuntos y problemas comunes cuya solución corresponde coordinadamente al gobierno y a la comunidad. En base a la solidaridad, asumimos que esos asuntos y problemas afectan a todos los ciudadanos y no sólo aquellos que los padecen directamente. La *corresponsanbilidad* gobierno-ciudadanos evita, según se dijo, dos extremos igualmente peligrosos: la irresponsabilidad pública que se dará si los individuos han de responder por sí solos de sus acciones y situación (lo que supone la disolución de la ética social y la responsabilidad colectiva), por una parte, y la «anulación» de los sujetos (no reconocidos como capaces de dirigir sus propias vidas y responder de sus acciones) que generará atribuir toda responsabilidad al gobierno y a los políticos, supuesto, además, incompatible con la intervención comunitaria basada, precisamente, en la agencia de los sujetos y su reconocimiento como actores sociales capaces.

Democracia política y participación de los ciudadanos en la gestión política en general y, según las modalidades, en la intervención social. La inexistencia de democracia hace difícil, pero no imposible, la práctica de diversas formas de intervención social. ¿Se puede, por ejemplo, hacer trabajo comunitario en un contexto autocrático? Es evidente que sí: se ha realizado bajo regímenes dictatoriales o condiciones poco democráticas, aunque en tales casos suele tener una significación política especial, ya que, por un lado, supone un desafío al monopolio político del «régimen» y, por otro, la concienciación y movilización desde abajo suele propiciar la búsqueda de una mayor democracia y de la redistribución («subversiva») del poder. Eso puede explicar que en las democracias establecidas el trabajo comunitario tenga una menor significación política: por un lado, no hace fal-

CUADRO 7.7

Asunciones metodológicas e ideológicas de la intervención comunitaria

- Intervencionismo intermedio entre liberalismo y planificación total
- Nivel social medio: comunitario
- Solidaridad social y responsabilidad pública: corresponsabilidad
- Democracia política y participación social
- Intervención: incluye desarrollo de recursos y cooperación con la comunidad
- Compatibilidad básica de valores y fines de interventor y comunidad
- Existe autoridad científico-técnica, política y, quizá, moral

ta democratizar «el sistema» para trabajar desde abajo; por otro, la política ya se hace en los órganos y sistemas especializados (eso no excluye, claro está, un contenido político siempre presente en la intervención comunitaria o de otro tipo, en la medida en que sus ideales sociales discrepen de los del «sistema» establecido). El criterio respecto de la participación es más claro y taxativo: sin participación no hay intervención comunitaria ni, probablemente, empoderamiento comunitario y aprendizaje social, aunque sí puede haber intervención social no participativa.

Un *concepto amplio* y flexible de *intervención* que incluya tanto la acción «desde arriba», en que se aporta ayuda externa (planificación, coordinación, servicios profesionales, aportaciones técnicas y económicas...), como el *desarrollo de recursos* personales y sociales y la cooperación con la comunidad (acción «desde abajo») más propia de la acción comunitaria. Se asume también que aunque domine uno u otro enfoque, ambos son compatibles y combinables.

Compatibilidad básica entre los *valores y fines* del *interventor* y la *comunidad*, necesaria para que ambos puedan cooperar o, más simplemente, para que pueda realizarse una intervención comunitaria. Las discrepancias esenciales entre la comunidad y el interventor hacen imposible la intervención comunitaria a menos que el interventor esté dispuesto a sacrificar sus valores y punto de vista y a ponerse al servicio incondicional de la comunidad, algo que en general me parece tan inaceptable como la posición contraria, que el interventor trate de imponer su punto de vista a la comunidad en nombre de argumentos y razones más o menos técnicas.

Existencia de una doble *autoridad* que fundamenta —y, junto a democracia y participación, legitima— la acción social: *política*, derivada del mandato democrático otorgado por los ciudadanos; *científico-técnica*, derivada del conocimiento, experiencia y habilidades válidas de los interventores. Tal autoridad no excluye, ni es incompatible con, la participación activa de personas y comunidades en los procesos de cambio. La iniciativa social es pertinente tanto como complemento habitual de la intervención social «desde arriba» como en situaciones lacerantes (injusticia, marginación, explotación, maltrato...) en que puede invocarse una tercera autoridad legitimadora de carácter *moral*.

5. ESTRUCTURA FUNCIONAL Y SOCIAL DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

La intervención comunitaria se compone, como cualquier intervención social, de tres procesos distintos pero dinámicamente superpuestos y que habremos de tener muy en cuenta en la práctica al diseñar y llevar a cabo las acciones. Esos componentes, resumidos en el cuadro 7.8, son la técnica, la estrategia y los aspectos valorativos.

Técnica. El qué y cómo de las intervenciones: qué debemos hacer (diseño de acciones o componentes) y cómo (metodología) se han de ejecutar y evaluar las acciones *para* conseguir los resultados esperados. Como medio para conseguir resultados y alcanzar objetivos es pues un componente instrumental de la acción social; el fin y justificación última de la técnica es garantizar la eficacia de los programas, aportar soluciones a los problemas de la comunidad y ayudarla a hacer realidad sus aspiraciones. Su fundamento es el conocimiento científico, pero su sustancia real es la *metodología práctica,* ya que, como se ha repetido, los efectos de las acciones sociales no dependen sólo de la «teoría» sino, también, de otros poderosos factores, como los intereses y el poder, los valores, el interés y motivación de la comunidad o la aptitud del interventor, incluidos en los componentes estratégico y valorativo. En la medida en que «diseñar» las acciones y métodos interventivos es el corazón de la tarea técnica, se trata de un componente «de pizarra» que exige capacidades de previsión y proyección. Como parte de la técnica se describen más adelante los contenidos o funciones de la intervención comunitaria y, sobre todo, dos procesos que incluyen las tareas técnicas más habituales; también la parte práctica (el «cómo hacerlo») de la evaluación comunitaria (capítulo 6) sería parte de este componente.

Estrategia. Asegura el tránsito del diseño técnico al contexto comunitario concreto de forma que las soluciones ideadas sean viables, *realizables* (cuadro 7.8). Así como el referente último de la técnica es la ciencia, el de la estrategia es la realidad social concreta: el aquí y ahora, siendo los resultados la meta final de las dos. Y la destreza central no es aquí la previsión, sino el *reconocimiento* de la *realidad*, que es el punto de partida de la intervención y el interventor. La perspectiva difiere aquí radicalmente respecto de la técnica: allí se trataba de cómo alcanzar racionalmente ideales y deseos (metas y fines); aquí se busca cómo *usar mejor las capacidades y energías* «internas» (del interventor) y externas de la comunidad. Por su importancia, se describen más adelante algunos de sus aspectos principales: abordabilidad técnica de los temas elegidos, accesibilidad social y motivación de la comunidad, obtención de los medios precisos, superación de resistencias y mantenimiento del programa y el personal. La estrategia es tan necesaria como la técnica para alcanzar objetivos: de nada vale un excelente diseño de soluciones si éstas son irrealizables en un contexto y momento dados. Y viceversa: no hay manera de resolver problemas o alcanzar metas sociales deseadas si, por más recursos y voluntad social que se ponga, las soluciones técnicas no existen. Por eso la accesibilidad técnica es parte de la estrategia entendida en sentido amplio.

CUADRO 7.8

Estructura funcional de la intervención comunitaria (y social)

Componentes	Descripción
Técnica	Métodos para diseñar, evaluar y ejecutar intervenciones eficaces que alcancen objetivos buscados Marca diseño ideal/racional
Estrategia	Cómo hacer realidad la intervención conectando diseño técnico ideal con realidad social concreta Viabilidad práctica: cómo usar mejor medios internos (del interventor) y externos, motivación y recursos sociales
Aspectos valorativos (éticos, políticos)	Orientan objetivos, criterios de evaluación y conducta del interventor desde valores sobre lo bueno o conveniente Centrados en proceso más que en resultados

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

Aspectos valorativos. Valores y principios (éticos, políticos u otros) que guían la intervención, especialmente al marcar sus objetivos, la evaluación de resultados y el comportamiento del interventor, aportando criterios sobre lo que se considera correcto y conveniente —o incorrecto e inconveniente— que establecen tanto lo que se debe hacer (potencial) como los límites (lo que no se debe hacer) de la acción social o comunitaria. Se trata de dimensiones relevantes, aunque frecuentemente subestimadas o supeditadas a la técnica o la estrategia, que merecen mayor atención en la práctica y en la formación de los interventores. En distintos momentos, hemos destacado la impregnación *política* global de la intervención comunitaria, que tiene en la adquisición de poder uno de sus valores clave tanto a nivel psicosocial (empoderamiento) como a nivel global (participación, capítulo 8). La dimensión ética incluye aspectos como: criterios para definir los fines y el destinatario de la intervención, legitimidad de la intervención, valores promovidos, implicaciones políticas y cambios de la estructura de poder comunitaria, partidismo social del interventor o principios deontológicos que guían la práctica social del psicólogo. Varios de ellos han sido comentados aquí como cuestiones previas; otros lo serán en el capítulo 9.

Dinámica. En la práctica asumimos que las tres dimensiones son *autónomas* pero están interrelacionadas; es decir, que cada una tiene su propia lógica de funcionamiento y debe ser analizada (y solventada) en su ámbito de referencia: los aspectos técnicos tendrán soluciones técnicas, los de viabilidad, soluciones estratégicas, y las decisiones valorativas, respuestas éticas o políticas. No se pueden, pues, solucionar problemas técnicos con criterios estratégicos o políticos, como no se pueden responder cuestiones éticas o políticas con criterios técnicos. Simplificando, hay cuestiones «sólo» contestables desde principios valorativos; por ejemplo, ¿quién debe ser el destinatario de la intervención? Otras lo serán desde principios científicos: ¿cuál es la solución más eficaz para el problema X? Y otras sólo tendrán solución desde criterios estratégicos: ¿por dónde o con quién comenzamos a trabajar?, ¿cómo interesaremos o movilizaremos a tal o cual grupo? La autonomía funcional afirma el derecho (y la conveniencia) de tratar cada aspecto per se sin sacrificar unos aspectos (casi siempre los «blandos» o valorativos) de la intervención a otros (los «duros», técnicos o económicos). Tiene, sin embargo, límites analíticos (en la realidad social las dimensiones se mezclan y superponen) y operativos: difícilmente podemos manejarlos de uno en uno cuando están tan *interconectados* lo que exigirá que en la mayoría de las cuestiones combinaremos (simultánea o sucesivamente) criterios técnicos, estratégicos y éticos. Lo que no significa, quede claro, confundir unos criterios con otros ni ignorar unos en beneficio de otros.

5.1. Estructura social: nivel centralizado y local

El haber asumido para la intervención comunitaria un nivel social intermedio entre lo simplemente relacional y lo macrosocial no impide analizar globalmente el proceso de intervención, situando la acción comunitaria, local y «micro» por naturaleza, en su contexto social y político mayor y examinando su textura social. Distinguimos así dos niveles —central y local— en la intervención comunitaria e identificamos los principales actores sociales que la constituyen o influyen, así como sus respectivos papeles y tareas; todo ello es condensado en el cuadro 7.9.

Nivel «centralizado», supracomunitario: un área geográfica o social amplia (una gran ciudad, una comarca, una región, un país) que abarca varias comunidades y funciona como marco o contexto de la intervención comunitaria, más local. En este nivel no se realizan intervenciones comunitarias, sino que se trazan, básicamente, las líneas ideológicas *(política social)* y técnicas *(planificación global)* en que se habrán de insertar las acciones locales. La intervención social se nutre en este plano de idearios políticos y sociales que se plasman operativamente en leyes o regulaciones de distinto tipo. Es éste un nivel esencialmente *impersonal* en que las relaciones que el practicante y el político entablan con su entorno social o están mediadas por instituciones y medios de masas o son tan globales y masivas que no constituyen verdaderas relaciones. El practicante que trabaja en este nivel tiene un papel eminentemente *técnico*: planifica y coordina (evalúa, impulsa y apoya selectivamente) los esfuerzos interventivos locales y diseña modelos de intervención apropiados a las características, problemas y recursos de la zona.

© Ediciones Pirámide

Nivel local, el propiamente comunitario. La intervención pasa aquí del diseño político y la planificación abstracta a la *actuación directa* y la práctica concreta. Está, sin embargo, enmarcada por los dos contextos en que se inserta: el político, las directrices ideológicas, legislativas y estratégicas emanadas del nivel centralizado; y la realidad social concreta, la comunidad, con la que el interventor está en contacto directo, manteniendo una relación, aquí sí, más personalizada.

5.2. Actores y sus funciones

El nivel local o concreto está poblado por tres protagonistas principales: el político, el practicante técnico y la comunidad. Examino telegráficamente el papel de cada uno (y de otros influjos de peso), ya apuntado en páginas anteriores y que puede, además, variar según la orientación que tenga la intervención social o comunitaria.

El político. Su papel consiste en iniciar, *impulsar —y dotar de medios—* y pedir responsabilidades la acción social en función de datos como: las necesidades y aspiraciones sociales —recogidas y elaboradas por el practicante— a las que la comunidad no puede dar respuesta por sí sola y el ideario general y el programa concreto de la opción política que gobierna.

El practicante, generalmente —pero no necesariamente— profesional. Se encarga de *ejecutar* los programas, determinando sus objetivos concretos y el contenido de las acciones para alcanzar esos objetivos, realizando las acciones y evaluando sus resultados. Debe, en fin, asegurar que las acciones son viables y *eficaces* para aquello que comunidad y político han establecido como prioritario. El técnico es, según eso, un «instrumento» que garantiza la eficacia de unas acciones que diseña y ejecuta en el nivel concreto pero cuyas coordenadas globales vienen dadas por las directrices políticas y la planificación del nivel central. Hay, sin embargo, situaciones (crisis, trabajo en organizaciones privadas, etc.) en que el grado de iniciativa y autonomía del interventor es mayor. Pero, por otro lado, el interventor no puede ser un mero *instrumento técnico* al servicio del político o la comunidad: como persona —o grupo— tiene siempre una dimensión subjetiva (valores, intenciones, puntos de vista, etc.), no por secundaria menos importante, que ha de ser articulada con el contenido centralmente técnico de su papel; ahí entra en funcionamiento la *ética* socioprofesional. El practicante funciona también como los «ojos y oídos» del político en la comunidad, aportando información de primera mano sobre el estado de necesidad y la opinión de «la calle» en los asuntos sociales de interés. Este retorno informativo será realmente influyente en la medida en que exista —esté socialmente aceptado, económicamente dotado y técnicamente desarrollado— un sistema relativamente objetivo de indicadores sociales que permita objetivar y «rentabilizar» políticamente (como sucede en el campo de la salud o la economía pero *no* en el campo social) las carencias, problemas y aspiraciones de la gente.

La comunidad. El sujeto y destinatario de la intervención comunitaria. Intenta resolver sus problemas y hacer realidad sus aspiraciones colectivas por sí sola y —asumimos— pide —por los cauces que le son más familiares o están reconocidos— ayuda externa para aquellos asuntos que percibe que sobrepasan sus capacidades. Delega en el político legitimidad, poder y medios (dinero, personal, infraestructuras, etc.) para iniciar y realizar los programas que ayuden a hacer realidad aquellas metas compartidas que por sí sola no puede alcanzar, participando en —y controlando— los programas que la afectan más directamente. Ése es el guión «teórico»: cómo habrían de ser las cosas.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 7.9

Estructura social de la intervención comunitaria

Aspecto	Descripción
Nivel central (marco impersonal)	Política social: idearios, leyes Planificación global: modelos de intervención, coordinación y apoyo a las intervenciones locales, evaluación global
Nivel comunitario local, personal	Acción: programas y acciones dentro de marco global
Actores y funciones	Político: inicia, impulsa y dota de medios acción social según filosofía social partidista y necesidades y valores de comunidad Practicante: ejecuta localmente programas según directrices globales; marca objetivos y contenido concreto programas, los ejecuta y evalúa Comunidad: responde a problemas y aspiraciones comunes, pide ayuda externa cuando no puede; delega poder y recursos en el político; participa y controla en acciones que le afectan Medios de masas: filtran, seleccionan mensajes; expresan intereses de grupos comunitarios; son decisivos para definir problemas/deseos y soluciones

En la realidad, sólo ciertas minorías cualificadas participan activamente y generan opinión de forma que los problemas y prioridades de la comunidad son con frecuencia definidos no por ésta en su conjunto, sino en función de los intereses, preocupaciones y puntos de vista de esas minorías. El grado de *protagonismo* y el papel asumido por los colectivos sociales varían en función de: el asunto objeto de intervención y su interés real para la comunidad o para los grupos organizados que dicen representarla; la homogeneidad y cohesión general de la comunidad; su nivel de activación social, y la actitud más o menos permisiva sobre la participación del interventor y la institución de que es parte. Así, el protagonismo de la comunidad será máximo en temas socialmente candentes y en colectivos homogéneos y cohesionados que además tienen un alto nivel de iniciativa. Será, por el contrario, menor en temas socialmente poco atractivos (aunque tengan una gran repercusión a medio o largo plazo, como la planificación de barrios o ciudades), en colectivos heterogéneos, sin intereses comunes, sin tradición de movilización o participación y en formas de intervención más dirigistas o técnicas frecuentes en las instituciones económicas, urbanísticas o sociales, así como en sus cúpulas directivas.

Otros influjos sociales. No se pueden pasar por alto en la intervención otras poderosas influencias como el clima social, los medios de masas y los grupos de interés organizados que, como se ha sugerido, pueden llegar a «secuestrar» o suplantar la voluntad de la comunidad. El *clima social* actual (neoliberalismo social, individualismo, competitividad, conformismo, egoísmo ético, debilidad de la solidaridad social y de las filosofías socializantes, etc.) es poco propicio para la movilización, la cooperación entre actores o el trabajo colectivo. La extendida *mentalidad «acreedora»* («la sociedad» nos «debe» siempre algo; los individuos tenemos multitud de derechos, pero apenas deberes y responsabilidades), genera una actitud reivindicativa en que la queja y la reclamación son la forma preferida de acción social y de relación de los ciudadanos con la política y los sistemas de servicios. Ese exceso de derechos, alimentado por la

© Ediciones Pirámide

prosperidad económica y el irresponsable *marketing* político, parece abocar, por otro lado, al fracaso a los sistemas de protección social occidentales en su forma actual.

Hay que destacar también el papel de filtro de la realidad social de los *medios de comunicación* de masas y su capacidad para conformar y «construir» tanto las cuestiones sociales como sus soluciones y los cauces políticos y técnicos por los que ésas deben discurrir. Deben, por tanto, ser tenidos en cuenta a la vez como mediadores comunitarios y como potentes medios para influir en la comunidad. Las campañas de prevención o educación masiva, la denuncia social, la sensibilización de los periodistas sobre temas sociales, la creación de opinión o difusión de valores a través del debate democrático y los consultorios radiofónicos, periodísticos o televisivos sobre temas candentes son algunos ejemplos y posibilidades que los medios brindan a la intervención comunitaria. La existencia de tales oportunidades —con demasiada frecuencia ignoradas por el practicante comunitario— no puede de todos modos cegarnos ni sobre los intereses comerciales o políticos que muchas veces están detrás de los medios ni sobre la influencia que sobre ellos tiene ciertas élites o *grupos de presión*. Pero tampoco puede el interventor desistir de usar las posibilidades que los medios brindan a la comunidad para expresar y amplificar sus problemas y de acceder a la comunidad y tratar de influir en ella, por medios éticos, claro es, respecto a ciertas temáticas de interés.

6. TÉCNICA: CONTENIDO Y FUNCIONES

Los aspectos técnicos son abordados como parte del proceso de elaboración y realización de acciones y programas comunitarios; ese proceso, lejos de ser unitario, varía según la concepción más o menos planificada que se tenga del cambio comunitario. Se ofrecen a continuación tres formas de desarrollar programas comunitarios. Se incluye antes un resumen de los contenidos (ligados a las correspondientes funciones) principales que se asignaron (capítulo 4) al cambio comunitario y que recoge el cuadro 7.10: prestar servicios, desarrollar recursos, prevenir, reconstruir contextos sociales, desarrollar comunidades y producir cambios sociales en general. Esas funciones o contenidos aclaran la realidad (no el ideal «teórico») de la intervención comunitaria: qué es lo que hacen los psicólogos u otros practicantes comunitarios y cuál es el carácter o tipo de las intervenciones comunitarias (sociales en general).

Esos contenidos o funciones son complementarios y no excluyentes, apareciendo con frecuencia superpuestos en las acciones concretas por más que predomine una función determinada, que es la que «imprime carácter» a la acción. Ese solapamiento será tanto más frecuente cuanto más globales sean las acciones; así, un programa de construcción de viviendas para necesitados o marginados en un barrio implicará muy probablemente tareas de «inserción» social de la gente que incluyan el aprendizaje para convivir en una situación nueva (desarrollo de recursos) y la prevención de conflictos con los vecinos. Un conflicto juvenil ligado a quejas de falta de oportunidades de ocio y recreo en una comunidad puede implicar, aparte de la oferta de «servicios» reclamados (lugares y actividades de ocio apropiadas a las necesidades y deseos de los jóvenes), el desarrollo de recursos y capacidades de los jóvenes (reflexión sobre sí mismos como colectivo, sobre qué quieren hacer con su vida, posibilidad de crear sus propias distracciones y espacios de ocio, etc.), prevención de conflictos y peleas (entre bandas y grupos de jóvenes) y quizá también una cierta «reconstrucción» comunitaria trabajando el sentimiento de pertenencia (o de no pertenencia) de los jóvenes y sus relaciones con otros grupos comunitarios. (Ello conllevaría replantear procesos de cambio social como la comunicación y cooperación entre colectivos comunitarios, con frecuencia dedicados a sus propios intereses y ajenos al resto.) En el extremo, un «plan integral» para un barrio exigirá todas las funciones y dimensiones descritas aunque predominen las de desarrollo: elaboración de un proyecto colectivo («el barrio que queremos», cambio social), creación de servicios básicos (salud, edu-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 7.10

Funciones y contenidos principales de la intervención comunitaria

- Prestación de servicios (salud, educación, bienestar...) para todos, incluyendo a los más necesitados y excluidos y desarrollando recursos
- Desarrollo de recursos de ayuda (voluntarios, paraprofesionales) y de desarrollo humano para ser mejores personas y ciudadanos
- Prevención primaria, secundaria y terciaria de los problemas psicosociales
- Reconstrucción social: creación de instituciones, fomento del sentimiento de comunidad, fortalecimiento de la vinculación y redes sociales, etc.
- Desarrollo comunitario: desarrollo global de los distintos aspectos (territorio, vivienda, economía, vida social, educación, salud...) y recursos de la comunidad
- Cambio social: redistribución del poder, redefinición de fines colectivos, creación de instituciones, autogestión de asuntos sociales, investigación-acción, reorganización social y territorial, etc.

cación, vivienda, seguridad...) que serán sólo una parte del desarrollo de la salud o la educación de las personas; fomento de la actividad económica y creación de empleo (desarrollo económico), etc. Todo ello implicaría importantes cambios sociales (relacionales, sobre todo) que harían muy recomendable abordar la prevención de patologías típicas del desarrollo como el estrés, el desarraigo, la desintegración social o los «problemas psicosociales» (droga, fracaso escolar, etc.).

7. DESARROLLO: NEGOCIACIÓN TRIPARTITA Y ESTRATEGIA CONSENSUADA

Se describen ahora tres propuestas distintas y complementarias de cómo desarrollar la intervención comunitaria. Una, basada en los «grupos nominales», es un proceso semicualitativo y abierto de negociación entre los tres protagonistas básicos de la acción comunitaria: la comunidad, los políticos y gestores y los profesionales. La segunda, de Caplan (1979), es una estrategia de aproximación por consenso, flexible y progresiva, a un programa cuyo contenido concreto importa menos que el proceso relacional seguido. Y en la tercera resumo las etapas típicas de la intervención comunitaria como cambio a la vez participativo y planificado predominante hoy en muchos ámbitos y contextos.

7.1. Definiendo problemas y soluciones con los «grupos nominales»

Merece la pena describir brevemente este método (Delbecq, Van de Ven y Gustafson, 1984; cuadro 7.11) por su flexibilidad, sencillez y utilidad para evaluar problemas y planificar programas en comunidades e instituciones. Se trata de un proceso de cinco fases, que van incorporando sucesivamente a las tres partes básicas (afectados por los problemas, expertos en soluciones y gestores y poseedores de recursos), en el que los representantes aportan información sobre los problemas y sus soluciones y discuten conjuntamente la forma en que esas soluciones serán pertinentes y viables. Se llaman «grupos nominales» porque, al estar formados por pocas personas, éstas se pueden relacionar por su nombre. Las etapas del proceso son las siguientes.

Exploración de problemas. Se reúnen representantes de los *afectados* por el problema o usuarios potenciales del programa y, si son muchos, se dividen en grupos nominales (de seis a diez personas). Se expone visiblemente la *pregunta* (que se ha redactado y puesto a prueba previamente para asegurarse de que es clara, pertinente y comprensible) a la que han de responder los reunidos; por ejemplo: «cuáles son las necesidades más importantes (o los problemas más preocupantes) del barrio (o de las familias de

© Ediciones Pirámide

este barrio)». Cada persona hace (en una hoja o en fichas) su propia lista de elementos problemáticos (cuatro, cinco o el número que se pida) por separado, recogiéndose a continuación (en una pizarra o cartel amplio a la vista de todos) los distintos elementos de cada lista (de uno en uno), explicando luego cada persona el significado de cada elemento propuesto, lo que permite que todos entiendan el conjunto de ítems y se eliminen duplicidades. El grupo vota entonces los componentes (dos, tres, etc.) más importantes o prioritarios, con lo que se obtiene un listado de diez o doce (o el número que se desee retener) problemas básicos según el conjunto de personas reunidas. Se eligen, finalmente, representantes (uno, dos o más) para la fase de desarrollo de prioridades.

Exploración de conocimientos. Se repite el procedimiento de la fase anterior para definir, ahora, las *soluciones* a los principales problemas o necesidades detectados en esa fase pero reuniendo esta vez a *expertos* (investigadores, profesionales, etc.) especialistas en el tema. En este caso se les pide que definan dos tipos de datos: *componentes críticos* que debería tener cualquier programa que pretenda resolver los problemas o necesidades detectados en la fase anterior; *recursos* —existentes o a

CUADRO 7.11

Programación comunitaria con los «grupos nominales»

Etapa	Participantes	Descripción
Exploración de problemas	Representantes de comunidad o usuarios del programa	Lista individual de problemas Recogida, explicación, depuración de respuestas Votación de ítems y elección de representantes
Exploración de soluciones	Representantes de expertos en conocimientos sobre el tema de interés	Identificar aspectos críticos de soluciones a problemas detectados Recursos existentes y nuevos, a crear Elección de representantes
Establecimiento de prioridades	Representantes de comunidad y expertos elegidos, y políticos y patrocinadores	Representantes comunidad y expertos explican información y propuestas a políticos y patrocinadores Negociación trilateral de diferencias
Diseño del programa	Técnicos/expertos	Teniendo en cuenta los problemas detectados, soluciones y recursos necesarios y límites márcados por políticos y patrocinadores
Evaluación del diseño	Técnicos y representantes de la comunidad y expertos, políticos y patrocinadores	Retorno a representantes de la comunidad, expertos y políticos; discutir discrepancias con lo decidido en cada fase

© Ediciones Pirámide

crear— necesarios para poder llevar a cabo un programa que cuente con esos componentes. Se eligen, al final, representantes para la fase siguiente. El producto de esta fase debe ser una lista de acciones a realizar —y de medios precisos para llevarlas a cabo— que resuelvan o palien sustancialmente los problemas identificados.

Desarrollo de prioridades. La etapa crucial: se *reúnen* los *representantes* de los *afectados* (que han definido las necesidades o problemas) y de los *expertos* (que han definido las soluciones y recursos ejecutivos precisos) elegidos con representantes de las *instituciones* políticas y económicas (públicas o privadas) que van a aportar el visto bueno y los recursos precisos para llevar a cabo el programa deseado. Se les explican las propuestas elaboradas en las dos fases anteriores, escuchando sus reacciones y datos sobre las posibilidades (dinero, personal, prioridades políticas o estratégicas, etc.) existentes y, éste es el punto crítico, se *negocia* a tres bandas para resolver las discrepancias entre necesidades, soluciones y recursos disponibles. El resultado de esta fase debe ser la luz verde de los tres grupos clave (afectados o usuarios, especialistas, políticos o administradores) al programa que antes debe ser formalmente diseñado, en la siguiente fase.

Diseño del programa, que debe recoger los acuerdos de esos tres grupos, respondiendo a las necesidades de los afectados, considerando las soluciones y recursos que los expertos vieron necesarios y los límites impuestos por administradores y controladores de recursos (gobiernos, bancos, cajas de ahorro, fundaciones, empresas, etc.).

Valoración del diseño. Los técnicos que diseñaron el programa se reúnen con los representantes de afectados, expertos y políticos explicándoles el programa, escuchando la evaluación de aquéllos e introduciendo los cambios y matices precisos para ajustarlo a las necesidades o problemas identificados por los primeros, las soluciones definidas por los segundos y los límites marcados por los últimos. El programa resultante debe garantizar un compromiso razonable entre necesidades comunitarias, rigor técnico y limitaciones político-económicas que, además, sea viable.

Fuentes y otros (1996) ilustran apropiadamente el uso de la técnica del grupo nominal para evaluar las necesidades de las familias de un barrio urbano.

7.2. Una estrategia de consenso y aproximaciones sucesivas

El esquema usado por Caplan tiene cuatro fases que se describen ahora y que resume el cuadro 7.12.

Iniciación de la actividad comunitaria, previa a la intervención en sí. Tareas sucesivas de esta fase son: recoger la información preliminar precisa para poder realizar la intervención (véase dimensiones del capítulo 3: ecología, población, vida social, servicios, etc.); contactar con los líderes, profesionales, patrocinadores y otros actores comunitarios relevantes para obtener su valoración de la información obtenida, conocer su actitud y expectativas sobre los cambios previsibles y tener un perfil general de la comunidad; explorar la visión de la comunidad en su conjunto sobre los problemas y soluciones resultantes del proceso anterior y el grado de compromiso de la gente para llevarlas a cabo. La fase finaliza con el acuerdo inicial de aceptar —o rechazar— el encargo de trabajo. Así se procedería si hay una *demanda o encargo*; si *no* la hay, el interventor debe comenzar con los más interesados o concienciados para actuar en el asunto de interés, buscando (sin «vender») convencer a otros actores y grupos comunitarios clave a través de estrategias como: visitar a líderes comunitarios formales e informales, valerse de conocidos en la comunidad o generar relaciones a partir del caso o asunto de interés.

Elaboración del programa una vez determinada la temática a abordar y la disposición de la comunidad a participar en el proceso. No se trata de elaborar un esquema fijo de actuación, sino de usar una estrategia de *aproximaciones sucesivas* al programa final que implique a la comunidad; el programa final sólo se

© Ediciones Pirámide

CUADRO 7.12

Estrategia de elaboración consensuada de un programa comunitario (Caplan, 1964/1979)

Etapa	Tareas principales
Iniciación de actividad (con demanda o encargo; «desde dentro»)	Recogida de información preliminar precisa para la intervención Valoración por líderes y otros actores comunitarios relevantes de problemas y soluciones resultantes Visión de la comunidad y compromiso ciudadano con acciones previstas Decisión del interventor de aceptar o rechazar encargo/demanda
Sin demanda o encargo («desde fuera»)	Comenzar con los más interesados o concienciados y tratar de convencer a otros grupos comunitarios Visita a líderes formales e informales Por medio de conocidos en la comunidad Crear relaciones desde el asunto de interés
Elaboración del programa	No diseñar un programa fijo, sino aproximaciones sucesivas a uno final que implique a la comunidad, siguiendo principios estratégicos generales Trazar plan en cada fase según demandas de la situación y principios generales Progresar lentamente según las necesidades detectadas Buscar aprobación de líderes y grupos comunitarios e implicarlos Usar «oportunismo estratégico» y crear buena reputación profesional
Establecimiento de relaciones y creación de reputación	Esenciales para llevar a cabo cualquier programa: contactos y relaciones por arriba (líderes, servicios) y por abajo (trabajadores, comunidad) «Ganarse» un papel a través de la relación y el contacto social Ganarse la confianza y respeto: interventor busca bienestar de comunidad y respeta sus fines y valores; ayuda efectivamente, es profesionalmente competente
Mantenimiento del programa	Contacto continuo con instituciones y grupos comunitarios Relaciones públicas; divulgación de programas Coordinación con servicios profesionales

diseñará una vez que los líderes, otros profesionales y servicios locales, y la comunidad en general, hayan aceptado el procedimiento de trabajo (que ya se habrá ido ensayando a lo largo de los tanteos previos). Para ello es recomendable, según Caplan, usar desde el comienzo ciertos principios operativos generales sin negociar un programa concreto: trazar un plan para cada fase según principios generales a la vez que las demandas situacionales concretas; progresar lentamente al ritmo marcado por las necesidades indicadas por los líderes comunitarios; buscar la aprobación de líderes y grupos sociales e implicarlos en el plan; usar el «oportunismo estratégico» y crear una buena reputación profesional que tiene un efecto acumulativo («bola de nieve») sobre el progreso del programa.

Establecimiento de relaciones y creación de reputación, esencial para realizar cualquier programa: se trata de crear buenas relaciones con los líderes comunitarios y directores de servicios pero también con los trabajadores de base y con la gente de la comunidad dispuesta a involucrarse en las acciones

© Ediciones Pirámide

siguiendo criterios estratégicos (interés a la larga) y tácticos (intereses más inmediatos). Aspectos básicos de esta parte son: el *rol* que el practicante habrá de «ganarse» en la relación y el contacto con las personas y grupos comunitarios; la *confianza* y respeto de la comunidad, que se obtendrá cuando, por un lado, ésa vea que el interventor busca su bienestar y respeta sus fines y valores y, por otro, cuando el interventor demuestre *competencia profesional* en su actuación, ayudando efectivamente a solucionar los problemas o alcanzar los objetivos marcados.

Mantenimiento del programa, una vez en marcha. Comprende tres aspectos: mantener el contacto continuo con instituciones y grupos locales relevantes (grupos comunitarios, escuelas, servicios de salud, universidad, etc.); relaciones públicas divulgando los programas a través de medios de masas, charlas, libros, panfletos, etc.; coordinación con servicios profesionales no vinculados formalmente al programa.

8. PROCESO: LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA COMO CAMBIO PLANIFICADO

Los esquemas anteriores han destacado estrategias más cualitativas y relacionales de diseño y realización de acciones comunitarias. Describo ahora con mayor amplitud las fases típicas de elaboración de un programa comunitario organizado, en que se identifican y discuten las tareas técnicas y estratégicas propias de cada paso. Quede claro que cada intervención tiene su propio proceso de desarrollo según el asunto de interés, el nivel —barrial, familiar, escolar...— social en que se desenvuelve y la metodología utilizada. En ese sentido no existe *un* proceso homogéneo y general de elaboración y realización válido para cualquier intervención, tema y comunidad. Se trata sólo de resumir las fases generales comunes a muchas de las acciones señalando sus puntos o momentos relevantes. Como ya se indicó en la parte de evaluación, la planificación es un añadido, en principio ajeno a la acción comunitaria pero que puede resultar muy útil para guiarla y racionalizar su desarrollo. Puede, sin embargo, dar la falsa impresión de que es la única forma correcta de preparar y realizar acciones comunitarias. Hay casos y situaciones en que la planificación puede resultar más un lastre y una jaula metodológica que una ayuda real. Hay quienes conciben la acción comunitaria más como un proceso abierto y flexible que van definiendo en cada caso y situación los actores comunitarios relevantes (ya se han visto dos propuestas en esa línea). Hay, además, aspectos y procesos sociales que nunca vamos a poder prever ni organizar del todo, como las relaciones de la gente, el comportamiento de grupos en situaciones de estrés o conflicto social, las situaciones nuevas o acontecimientos inesperados, la actitud de comunidad ante un asunto o tema complejo o nuevo, etc. Así es que las etapas propuestas, y resumidas en el cuadro 7.13, son una guía genérica y cambiante que puede ser alterada o revisada sobre el terreno, no un armazón preestablecido al que deba ajustarse cada actuación.

CUADRO 7.13

Proceso de la intervención comunitaria (Sánchez Vidal, 1991a)

Etapa	Tareas técnicas y estratégicas
Definición del problema	Identificar y definir problema/tema positivo relevante Identificar destinatario intervención Justificar intervención Describir contexto institucional y social Negociar contrato
Evaluación inicial	Evaluar necesidades, recursos y actitud/motivación social Identificar información necesaria Seleccionar métodos apropiados para recoger información
Diseño y planificación de la intervención	Definir objetivos Determinar acciones para alcanzar objetivos Establecer medios precisos
Realización (estrategia)	Acceso/contacto población/sistema social Obtención medios Implicación/motivación población Seguimiento y ajuste de acciones del programa Mantenimiento del programa
Terminación y evaluación de resultados	Evaluar { Eficacia respecto de objetivos planteados Utilidad/impacto global Satisfacción usuarios Seguimiento y apoyo posterior, si es posible

© Ediciones Pirámide

Identificación y definición del tema positivo a potenciar o problema a resolver de la forma más precisa y concreta posible. El tema debe ser *relevante* para el colectivo social o para una gran parte de él —y no sólo para el interventor o institución que origine la acción— con el fin de asegurar la implicación de la gente en la intervención.

Destinatario. Como ya se indicó en el capítulo 6, destinatarios habituales de una intervención comunitaria son una comunidad o territorio, un colectivo o población social y una dimensión positiva o negativa concreta (el asociacionismo o la droga) teniendo cada destinatario sus propias ventajas e inconvenientes. La *comunidad* delimita geográficamente el trabajo y facilita el acceso territorial a la información y actuación contando con núcleos organizados formales e informales (asociaciones, sedes institucionales, etc.) desde los que actuar. Pero es, a la vez, muy compleja en términos de problemática, recursos y grupos humanos, y contiene, además, una serie de elementos —redes de comunicación, transporte, organización urbanística, vida comercial, etc.— que, como «soporte» territorial o económico, exceden con mucho el campo de lo psicológico o lo psicosocial en que se suele mover rutinariamente el psicólogo comunitario. Un grupo *poblacional* es más reducido, tiene una cierta homogeneidad (en razón de la historia o las características compartidas) pero no está geográficamente delimitado ni suele contar con núcleos asociativos o institucionales desde los que actuar. Y una *dimensión* positiva o problemática es aún más simple desde el punto de vista estructural, lo que permite un trabajo más especializado. Carece, en cambio, del soporte territorial o social, puede no ir ligada a un grupo social determinado (en cuyo caso el acceso personal es más difícil) y está casi siempre conectada con otras dimensiones sociales de las que difícilmente puede desligarse el interventor y la intervención.

Origen de la intervención. Puede ser una demanda, un encargo o la propia iniciativa profesional. Si la intervención responde a una *demanda* desde abajo, tenemos generalmente asegurada la motivación (y participación) de la gente (en realidad los demandantes pueden o no representar al conjunto de la comunidad); habremos, sin embargo, de asegurar la implicación institucional y los medios precisos para llevar a cabo la intervención. Un *encargo* desde arriba asegura esos medios pero no el interés y motivación de la gente a que va destinada la intervención ni de los que la van a realizar. En ambos casos el interventor (casi siempre un equipo multidisciplinar) deberá *aclarar* lo que el que hace

© Ediciones Pirámide

el encargo o el demandante realmente pretende y, en su caso, *negociarlo* a la luz de lo que ese equipo puede llevar a cabo en la realidad con los medios disponibles, es decir, establecer si corresponde a sus *competencias profesionales* y se dispone de los medios técnicos y materiales (información, personal, tiempo, etc.) precisos. Si no es así, debe rechazarse el encargo o demanda o «derivarlo» al servicio o instancia apropiados y competentes. Una tercera posibilidad es actuar por *iniciativa profesional*, sin encargo ni demanda; en esa situación el interventor habrá de obtener tanto la conformidad e interés de la comunidad (siguiendo, por ejemplo, la estrategia marcada por Caplan), que asegure la viabilidad social de la acción, *como* la complicidad institucional, que garantice su viabilidad económica y logística. La intervención puede aún ser viable a falta de esta última, siempre que se tenga el acuerdo de la comunidad: dependiendo del asunto y nivel de intervención habrá entonces que estar preparado para obtener los recursos precisos por medios no directamente institucionales, apoyarse en —o apoyar a— la comunidad y estar dispuesto a confrontar la resistencia abierta —o la indiferencia— de las instituciones que puede, en todo caso, y según los argumentos estratégicos de que se disponga, ser contrarrestada a través de estrategias de organización comunitaria o negociación.

La evaluación inicial, un proceso a la vez técnico y relacional. La parte *técnica* se centra en la evaluación o análisis en el asunto X de interés de las necesidades y recursos de la comunidad, incluyendo la actitud de la gente y su motivación en relación al asunto tratado y a los cambios por realizar. Para ello, y según se ha indicado en los capítulos 6 y 3, se usará primero la información preexistente y se identificará la información a recoger teniendo en cuenta la visión de los actores sociales básicos (afectados, profesionales, entorno social) en las dimensiones relevantes del asunto X y usando los métodos verbales, de observación o registros sociales adecuados para captar los datos cuantitativos básicos y la comprensión cualitativa global e integrada de lo que está sucediendo y de la percepción de la comunidad tanto sobre la situación como respecto a los cambios a introducir. Informantes clave, grupos nominales y otros, tasas de utilización de servicios, encuestas poblacionales, indicadores sociales, contextualización histórica y cultural y observación de la interacción y el entorno comunitario son métodos comúnmente usados en esta etapa.

El proceso sociorrelacional se extiende en paralelo a la recogida de información de esta fase y, en parte, de la anterior y la siguiente. Incluye la *entrada en la comunidad* (si no hay demanda o contrato), que se trata más adelante como un aspecto estratégico, y la *negociación del contrato,* que incluirá aspectos como: la decisión del interventor de aceptar o no el trabajo; la identificación del destinatario; el establecimiento de unos objetivos (punto siguiente) *acordados* con la comunidad y de los criterios para evaluar los resultados, y el acuerdo sobre el *papel* de cada parte (interventor y comunidad) y tipo de relación general que mantendrán.

El diseño y planificación de la intervención, otra fase eminentemente técnica cuyas dimensiones sociales y relacionales son incluidas en la parte estratégica y lo han sido ya en la fase anterior. En efecto, una vez obtenida la información precisa y acordada la actuación, se trata ahora de trazar el programa a realizar y organizarlo de común acuerdo con la comunidad y según los criterios pactados con ella. Incluye cuatro tareas *técnicas* básicas:

- *Determinar los objetivos* a partir de la evaluación efectuada junto a la comunidad o sus representantes. Es preciso que los objetivos sean *relevantes* para los problemas o asuntos de interés, de forma que alcanzarlos implique un cambio significativo en ese asunto o problema. Y es deseable que los objetivos sean realistas, estén definidos con la mayor precisión posible y sean ordenados de manera que si los medios son escasos o las acciones para alcanzar un objetivo son contradictorias con las conducentes a otro, tengamos criterios para elegir un curso de acción u otro. En ocasiones se plantean objetivos temáticos o *parciales*, o según la perspectiva *temporal*: a corto, medio y largo plazo. Se puede también trabajar «sin objetivos», guiados por los problemas, valores, decisiones asamblearias sucesivas, etc.
- *Establecer* los *contenidos* o componentes del programa, las acciones o proyectos parciales a realizar para alcanzar los objetivos, a partir de una concepción estratégica (de consenso, confrontación, organización social, etc.) que indica la línea general a seguir a lo largo de la intervención.
- *Identificar los medios* (financieros, de personal e instalaciones u otros) precisos para realizar las acciones y alcanzar los objetivos.
- *Establecer un calendario* o marco temporal, siquiera aproximado, para realizar las acciones y alcanzar los objetivos parciales o temporales, lo que permite conocer con antelación qué medios y recursos serán precisos en cada momento y lugar.

© Ediciones Pirámide

La realización de la intervención, «fase» no previsible o planificable en que, al «pasar a la acción» y entrar en contacto directo con la realidad comunitaria, predominan ya los aspectos *estratégicos*, también presentes de alguna forma en las otras fases (y abordados en el punto siguiente): acceso a la comunidad o contacto con la población «diana»; mecanismos de implicación y motivación de la población y de superación de resistencias al cambio; forma de obtener los medios que se han identificado como precisos para alcanzar los objetivos; mecanismos de participación y retorno de los usuarios del programa y sistemas de mantenimiento, y, en su caso, diseminación del programa. En esta fase es importante establecer mecanismos de retorno (de seguimiento o *evaluación procesal*, en definitiva) que permitan *introducir ajustes y correcciones* en el programa cuando algo va mal o se desvía de lo previsto. La ausencia de tales mecanismos (reuniones periódicas, contacto permanente con la comunidad y con los trabajadores «de base», etc.) puede impedir detectar los fallos y desviaciones y, en consecuencia, corregir el programa antes de que termine y sus efectos sean irreversibles.

Terminación y evaluación de resultados del programa incluyendo tres aspectos básicos: su eficacia en relación al asunto u objetivos planteados, la satisfacción de los usuarios de las acciones y el impacto —o utilidad social— global en la comunidad que incluya los efectos no previstos inicialmente. Aunque habitualmente se lleva a cabo al finalizar la intervención, la evaluación de resultados debería realizarse en el momento en que racionalmente se prevea que la intervención va a surtir efecto, que no siempre coincide con la conclusión del programa. En general, y dado que ese momento no es siempre previsible, es recomendable hacer un *seguimiento* de los efectos del programa realizando evaluaciones periódicas posteriores a la terminación (a los tres o seis meses y al año, por ejemplo) para ver si sus efectos se mantienen (o se incrementan o disminuyen) en el tiempo.

Por otro lado, no es infrecuente que la intervención termine antes de lo deseable: la acción no termina cuando se resuelve el problema o se alcanzan los objetivos, sino por otras razones: se acaba el dinero con que se financiaba, cambia la línea política o se traslada al interventor a otra zona o área de trabajo. Otras veces, las acciones se prolongan una vez se ha resuelto el problema específico planteado al haberse consolidado una estructura organizativa o equipo de trabajo (que, como es sabido, tienden a perpetuarse y generar su propia demanda). Desde el punto de vista técnico, lo lógico sería que los programas duraran tanto como los problemas a resolver o los efectos positivos a conseguir. Si los medios o la presencia material del interventor cesan, es deseable que el programa pueda *integrarse* en las instituciones (consejería, ayuntamiento, junta local, etc.) o programas existentes. Ello plantea el tema, ya abordado por Caplan, del *mantenimiento del programa*: cómo se mantiene una intervención una vez que el equipo impulsor desaparece del escenario comunitario. Tareas centrales del mantenimiento del programa son: asegurar las fuentes de financiación entrenando a algún miembro de la comunidad en la búsqueda de ayudas, subvenciones, etc.; desarrollar el liderazgo local que pueda hacerse cargo de aspectos dados del programa, y mantener desde el principio el contacto y buena

© Ediciones Pirámide

relación con las instituciones locales para que éstas se impliquen en el programa. Un aspecto capital adicional es el mantenimiento de los trabajadores, el *personal*. Se puede realizar a través de reuniones periódicas dirigidas tanto a solucionar dificultades técnicas de los trabajadores como, sobre todo, al sostenimiento del apoyo y la cohesión social necesaria para mantener la integridad colectiva y la ilusión por la tarea de ayudar a la gente.

9. ESTRATEGIA INTERVENTIVA

Como se ha indicado, la estrategia trata de conectar diseño y realidad social buscando hacer viable la «solución» técnicamente correcta en las condiciones comunitarias existentes. La estrategia marcará una línea general de actuación, en la que se «encajan» o insertan las distintas acciones o «técnicas» de intervención usadas. En ese sentido podemos hablar de una estrategia de consenso cuando la línea conductora de la acción es la búsqueda de acuerdos y consensos entre grupos discrepantes o enfrentados; de una estrategia de empoderamiento comunitario cuando el eje de la acción es la organización de la comunidad y la búsqueda de poder para alcanzar los fines marcados; o de una estrategia de conflicto cuando se use la confrontación y el conflicto como camino inicial para negociar con otros grupos. Aquí nos referimos, sin embargo, a los aspectos que acompañan (o preceden) a la «aplicación» de las soluciones técnicas permitiéndole hacerse realidad en la comunidad X en el momento Y. Según se indicó anteriormente, la estrategia se centra en cómo usar mejor los recursos, capacidades y energía, tanto del propio interventor como de la comunidad. Como condicionantes de la viabilidad y eficacia real de la intervención comunitaria, los aspectos estratégicos deben ser analizados, junto a los estrictamente técnicos, antes de poner en marcha los planes y acciones. Aspectos relevantes de la estrategia interventiva a considerar (cuadro 7.14) son:

Viabilidad técnica. ¿Tenemos soluciones técnicas para el tema o problema planteado? De no existir tales soluciones, tenemos dos posibilidades: una, abordar de entrada otros asuntos, quizá menos relevantes, pero que son técnicamente solubles; dos, ajustar nuestras expectativas (y objetivos) al limitado nivel de eficacia de los métodos existentes. Siempre será, además, preciso fomentar la investigación e innovación experimental de nuevos métodos y soluciones para el asunto de interés.

Viabilidad (y motivación) *social*, probablemente el factor estratégico más importante. Debemos preguntarnos: ¿está la gente (o una parte relevante de ella) sensibilizada sobre el tema en cuestión y dispuesta a actuar al respecto? Si no es así, deberíamos posponer la intervención formal y *empezar* por sensibilizar o motivar a la población o bien buscar otras formas de motivación: crear ilusión o un clima de cambio, ayudar a encontrar áreas de consenso y objetivos comunes, desarrollar la confianza de la gente en el interventor, potenciar el liderazgo local, etc. Formas de motivación social «naturales» con las que deberíamos contar de entrada incluyen: necesidades sociales significativas, sufrimiento personal, conflictos y tensión intergrupos, deseos de mejorar, intereses sociales comunes, solidaridad y vínculos afectivos con otros (hijos, grupos deprivados, etc.). La ausencia de estas formas «naturales» de motivación y el desinterés por el tema de trabajo indican una escasa probabilidad de que el programa tenga éxito y que la comunidad participe en él a pesar de los intentos bienintencionados de «motivarla» que podamos probar.

Acceso a la comunidad o población (si no hay una demanda explícita). Siguiendo algunas de las pistas ya apuntadas, puede hacerse a través de: conocidos en la comunidad, líderes locales o autoridades formales que simpaticen con el cambio o mejora general del barrio o con el cambio concreto planteado, profesionales locales afines (psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, médicos, maestros, etc.), la evaluación de necesidades o la provocación controlada (una estrategia nada fácil, no recomendable de existir otras formas y de no tener una probada capacidad y experiencia con ella).

© Ediciones Pirámide

CUADRO 7.14

Estrategia: concepto y aspectos básicos

Concepto	Hacer realidad intervención técnicamente racional, deseable Conecta { Diseño ⟶ Realidad comunitaria concreta Intervención *ideal* ⟶ Intervención posible aquí y ahora Cómo usar mejor las capacidades y recursos propios y ajenos (de la comunidad)
Aspectos básicos	Viabilidad técnica: ¿existen soluciones técnicas para el tema o problema de interés? Motivación/viabilidad social: ¿está la comunidad interesada en los cambios buscados?, ¿piensa que hay un problema o aspiración a abordar colectivamente? Movilización/activación social: creación de clima de cambio Acceso a la comunidad o población desde fuera Obtención de medios externos: personal, dinero, instalaciones Superación de resistencias conociendo las razones en que se apoyan Mantenimiento del programa y el personal

Obtención de medios para realizar el programa: dinero, medios técnicos y personales e infraestructura (locales, material, transporte, etc.). Esos medios pueden ser obtenidos a través de las instituciones públicas (ayuntamientos, gobierno...), los «proveedores sociales de recursos» (fundaciones, cajas de ahorros, fondos europeos o de organismos internacionales, etc.) o colectas populares (rifas, fiestas y otras). Las habilidades de localizar fuentes de recursos, escribir propuestas y establecer relaciones son con frecuencia básicas para obtener recursos.

Superación de resistencias: localizando intereses opuestos, conociendo las razones de la oposición y los puntos de vista de quienes la sustentan; reconociendo a los opositores, explicándoles la lógica, necesidad y beneficios del programa y las acciones a realizar y tratando de hacerles parte de él o, al menos, minimizando su oposición. Negociando con los opositores, si no los convencemos; intermediando entre grupos enfrentados o, según el caso, ignorándolos (lo cual nos va muy probablemente a crear un crítico o enemigo persistente) o, en último extremo, y si peligra la realización de la acción, afrontando abiertamente las razones o actuación de los opositores o resistentes, contando, si es posible, con la colaboración de la mayoría o el conjunto de la comunidad.

Mantenimiento del programa y su personal asegurando su continuidad una vez haya finalizado o el interventor haya de abandonar la comunidad. Acciones adecuadas, siguiendo a Caplan, son: desarrollar todo lo posible el liderazgo local y transferir progresivamente responsabilidades; asegurar la financiación entrenando a alguien para buscar fuentes de recursos; implicar a las instituciones locales (escuela, parroquia, centros de servicios, etc.) para que colaboren desde el principio e incorporen al final el programa o parte de él a sus actividades, y mantener la moral del personal a través de reuniones periódicas en que se ventilen quejas y tensiones, se revisen las dificultades y, sobre todo, se cree un clima consistente de apoyo social. (Otros factores también cuentan, como es natural: condiciones de trabajo, remuneración de los profesionales, participación en el programa, etc.).

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. Actuar, intervenir, es la tarea central de la psicología comunitaria. La *intervención social* es una acción para cambiar una situación que se considera intolerable o muy alejada del ideal humano de funcionamiento social, por lo que ha de ser modificada. Hay que destacar el carácter *externo* (se actúa desde fuera), *intencionado* (desde intenciones y valores ligados a los fines de la acción), la *autoridad* que la fundamenta, la búsqueda de *cambios sociales* y la *pérdida* ocasional del sistema o colectivo social de su *capacidad de autogobernarse*.
2. Los *componentes* de la intervención social son: el *destinatario* (a quién, o qué, va destinada) sus *fines* y objetivos (qué pretende), el *contenido técnico* (acciones para alcanzar los objetivos), *estilo interventivo* (forma de actuar y relacionarse con el destinatario) y *base científica*.
3. La *intervención comunitaria* es una variante de la intervención social cuyo destinatario es la comunidad social o territorial, que tiene objetivos de desarrollo humano social y prevención y un estilo de trabajo global e igualitario basado en el cambio social «desde abajo», con la participación, autogestión y activación social como contenidos técnicos básicos.
4. La aplicación del modelo interventivo a la acción comunitaria plantea varias *cuestiones de principio.* Una, la *contradicción* entre los *fines* de autonomía y desarrollo perseguidos y los *medios* —intervención externa— usados, salvable si la intervención incluye el fomento de recursos y la participación social y respeta los valores y fines de la comunidad.
5. La *legitimidad* de interferir en la vida social y personal exige asegurarse de la necesidad de actuar complementando las capacidades existentes y trabajar con la doble perspectiva de resolver problemas y desarrollar recursos para afrontarlos. La *autoridad* exigible a la intervención social es triple: política (mandato democrático), técnica (conocimientos y habilidades) y moral (ligada a la violación de valores éticos básicos).
6. El abuso de la *intencionalidad* positiva tiene riesgos a contrarrestar mostrando buenos resultados y controlando las intenciones latentes (intereses egoístas propios y ajenos). La *racionalidad* científico-técnica es cuestionada por los efectos secundarios indeseados y por la potencia de otras lógicas —la política, sobre todo— que han de ser tenidas en cuenta.
7. Asunciones y su*puestos* de la intervención comunitaria son: *intervencionismo medio* (y Estado de bienestar como marco social deseable); *nivel* social *medio* de actuación; *participación* y —deseablemente— *democracia* política; un *concepto amplio* que incluya el desarrollo de recursos y la cooperación con la comunidad; la *compatibilidad* de los *valores* básicos de comunidad e interventor, y la existencia de *autoridad política* y *técnica* (y, en su caso, moral).
8. La intervención comunitaria se compone de tres aspectos complementarios, que requieren un abordaje diferenciado: *técnica*, la metodología de diseño, evaluación y ejecución usada para conseguir los resultados esperados; *estrategia*, el camino para hacer realidad el diseño técnico conectándolo con la realidad comunitaria concreta y teniendo en cuenta los medios con que se cuenta; y dimensiones —éticas y políticas— *valorativas,* que guían y controlan la intervención (sobre todo al fijar objetivos) y la conducta del interventor desde criterios de valor morales y políticos.
9. *Socialmente*, conviene diferenciar un *nivel «central»*, impersonal, en que se marcan las directrices políticas y técnicas globales, y uno *local*, personalizado, que las «traduce» a prácticas y acciones concretas en la comunidad X. *Actores* básicos en la intervención comunitaria son: el *político,* que define las directrices globales e impulsa la acción; el *practicante*, que llena de contenido técnico y estratégico esas directrices (diseñando, ejecutando y evaluando las acciones), y la *comunidad*, sujeto y destinatario de la acción, corresponsable en la determinación de objetivos y participante activo en todo el proceso. El clima y momento social y político y los medios de masas son también influjos poderosos.
10. La *técnica de los «grupos nominales»* es un método flexible para diseñar un programa comunitario reuniendo a los tres actores básicos (o sus representantes) en cinco etapas: *exploración de problemas*, a cargo de la comunidad o destinatario del programa; exploración de *conocimientos* de los expertos para identificar aspectos críticos de las *soluciones* y recursos precisos para hacerlos realidad; definición de *prioridades* negociando el ajuste de problemas, soluciones y recursos que los políticos y patrocinadores puedan aportar; *diseño técnico* del programa, y retorno de lo diseñado a los actores básicos y ajuste respecto a los problemas, soluciones y medios disponibles.
11. Caplan propone una estrategia a medio plazo basada en el consenso con la comunidad y sus líderes en el marco de una relación de confianza con ellos. Consta de cuatro etapas: *comienzo* de la *actividad*, recogida progresiva de información y evaluación de necesidades y soluciones que incluya el parecer de la comunidad; *aproximaciones sucesivas* a la elaboración de un programa flexible en base a principios a la vez respetuosos con la voluntad de la comunidad y sus actores principales y técnicamente eficaz; establecimiento de *reputación* del interventor ganándose la confianza de la comunidad y mostrando su competencia profesional, y *mantenimiento* del programa para asegurar su continuidad comunitaria.
12. El *proceso* planificado de la intervención comunitaria consta de cinco etapas: *definición del tema* de interés en que se ha de identificar también el destinatario y tener en cuenta el origen de la intervención; *evaluación inicial* de problemas, motivación y recurso, paralela a la entrada en la comunidad y «negociación del contratro»; *diseño* y planificación de *la intervención*, marcando objetivos (consensuados con la comunidad), estableciendo el contenido de las acciones, identificando los medios precisos y trazando un calendario; *realización* de las acciones, menos previsible y ligada a los aspectos *estratégicos*, que deben incluir mecanismos de *seguimiento* para introducir cambios y ajustes en el proceso, *evaluación de resultados* (y seguimiento) tras terminar la intervención.
13. *Aspectos estratégicos* clave, paralelos a los técnicos citados, son: *viabilidad técnica* del abordaje del tema de interés; viabilidad y *motivación social:* está la gente interesada o podemos despertar su interés y deseo de actuar; *acceso a la comunidad* o población desde fuera; *obtención* de *medios* necesarios para llevar a cabo el programa; *superación de resistencias* a partir de las razones que las motivan, y *mantenimiento del programa* y su personal para asegurar su continuidad cuando la acción interventiva formal cese.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Intervención social
- Intervención comunitaria
- Contradicción medios-fines
- Legitimidad
- Autoridad
- Autobeneficio e intenciones latentes
- Racionalidad
- Estructura funcional de la intervención
- Estructura social
- Grupos nominales
- Estrategia de consenso y aproximaciones sucesivas
- Intervención comunitaria como cambio planificado
- Estrategia

LECTURAS RECOMENDADAS

Caplan, G. (1979). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós.

Obra clásica que conserva aún su vigencia metodológica y, menos, conceptual.

Sánchez Vidal, A. (1991). Psicología comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención (2.ª edic.). Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU).

Panorama general de la PC con un amplio capítulo dedicado a la intervención comunitaria.

Sánchez Vidal, A. y Musitu, G. (comps.) (1996). Intervención comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos. Barcelona: EUB.

Compilación amplia sobre la intervención comunitaria que incluye, además de investigación, aspectos éticos y descripción de programas.

© Ediciones Pirámide

PARTE TERCERA
Intervención: marco y métodos

© Ediciones Pirámide

8 Política y organización de la intervención comunitaria: participación e interdisciplinariedad

1. LOS ASPECTOS POLÍTICOS Y ORGANIZATIVOS DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Abordamos en esta última parte del libro los aspectos metodológicos, organizativos y prácticos de la intervención comunitaria. Los primeros, los métodos de actuación, ocupan los tres últimos capítulos (11 a 13), tratando los otros capítulos tres dimensiones clave de la intervención comunitaria —la política, la organizativa y la ética— y su síntesis operativa, el papel profesional (capítulo 10); dimensiones que recogen lo que ahora se da en llamar la «transversalidad»: los aspectos inespecíficos, no adscritos a un campo o disciplina concreta, sino comunes a varios. El capítulo 9 se dedica a los aspectos éticos, y el presente, a la participación y la interdisciplinariedad como características —política y organizativa—, respectivamente, de la acción comunitaria. La participación expresa, aunque no agota, la vertiente política de la acción comunitaria articulando los aspectos políticos globales (la «gran política») con la dimensión humana, psicosocial, propia de la PC, a través del proceso de empoderamiento, clave, como hemos visto en el capítulo 4, para el desarrollo personal. La colaboración disciplinar es la forma de organizar la «transversalidad», de integrar las aportaciones con que diversas profesiones y disciplinas tratan de responder a la complejidad conceptual y operativa de los asuntos comunitarios. Esta exposición elabora desde un punto de vista práctico lo ya publicado anteriormente sobre ambos temas (Sánchez Vidal, 1991a, 1993b y 2002a) que, como es natural, recoge información y puntos de vista de otras fuentes y autores.

2. PARTICIPACIÓN: SIGNIFICADO Y JUSTIFICACIÓN

El papel central de la participación en PC ha quedado ya fijado en los capítulos anteriores. Así, en el capítulo 7, vimos cómo la participación ayudaba a conjugar los puntos de vista interventivo, desde arriba, y comunitario, desde abajo, tendiendo un *puente* entre ambos y contribuyendo a que la expresión «intervención comunitaria» tuviera sentido. Y al definir la PC en el capítulo 2 quedó claro que la participación es el centro del «método» comunitario, de forma que *sin participación no* hay trabajo *comunitario*. Y es que es la participación efectiva lo que «convierte» a las personas (y a la comunidad) en sujetos agentes «hacedores» conjuntos de su vida en común.

Si participar es *tomar parte* en alguna actividad o proceso, el *significado* real de la participación dependerá, en buena parte, de la *importancia* de la actividad en que se participe: no tiene el mismo valor ser consultado sobre ciertos detalles o formalidades de un plan ya establecido por otros que ser el iniciador y protagonista del proceso. Pero el significado de la participación depende, también, de otros factores. La *eficacia* de la participación, los resultados

© Ediciones Pirámide

logrados a través de la acción participativa, es uno de ellos: mientras que la consecución de una meta deseada refuerza el esfuerzo participativo, la ausencia de efectos visibles tiende a desalentarlo «quemando» a la gente para futuras convocatorias. Y en la calificación de «deseado», va implícito un tercer ingrediente del acto participativo: el significado subjetivo que ése tiene para la gente que ha de participar: en qué medida la participación *responde a una necesidad o aspiración* hondamente sentida por la comunidad. De forma que de la conjunción de estos tres factores —relevancia funcional de la actividad en que se participa, correspondencia con los deseos o necesidades reales de la gente y eficacia de la acción participativa— se derivará la mayor potencia de la participación. Y de la ausencia de alguno de esos factores o del conflicto entre varios (participación en asuntos triviales, participación sin cambio real, gran «inversión» colectiva en un proceso que fracasa, etc.) se deducirá una participación debilitada, rutinaria o desacreditada.

La participación es, por otro lado, un importante elemento de *legitimación* social en los dos niveles —global y psicosocial— que nos interesan en la acción comunitaria. En el nivel social, que para nosotros conforma el *marco* de la acción comunitaria, la participación política directa o a través de representantes elegidos es el sello de la legitimidad democrática: sin participación ciudadana, no hay democracia. En el nivel psicosocial, propio de la PC, la participación legitima la intervención comunitaria. ¿Cómo? Porque el incremento del empoderamiento y del sentimiento de pertenencia que una participación exitosa genera «produce» desarrollo humano, la meta de esa intervención. Pero debemos advertir ya de entrada que, si bien parece claro que la experiencia de participar genera bienestar psicosocial, no está, en cambio, tan claro que produzca cambio social.

2.1. Dimensión política y estratégica de la participación

Como se ha apuntado, la participación revela el carácter político de la intervención comunitaria, ya descubierto, por otro lado, en el empoderamiento. ¿Cómo es eso? Porque la participación tiene que ver con el poder y su manejo por parte de unos y otros. Y es que, según se mire, participar es acceder al poder o compartirlo con otros. En efecto, vista desde arriba, la participación exige que el político y el técnico *compartan* el *poder* que poseen con la comunidad. Vista desde abajo, la participación permite a la gente *acceder* al poder (de decidir, actuar, ser protagonista, etc.) ostentado por actores u organizaciones poderosos o establecidos; y era, precisamente, ese empoderamiento o adquisición de poder lo que, como se vio en los capítulos 4 y 2, facilitaba el desarrollo humano. Pero para que el esfuerzo participativo sea personal y socialmente relevante, la participación debe darse a lo largo de todo el proceso interventivo desde su inicio, incluyendo especialmente dos momentos cruciales: al *fijar* los *objetivos* (siendo ahí la evaluación de necesidades vía central de participación) y al *tomar* las *decisiones* clave, como asignar el papel de cada parte, repartir recursos y protagonizar acciones colectivas.

Es, sin embargo, en su potencial de transformación donde se manifiesta el contenido político de la participación que, si es *auténtica,* conlleva siempre un cambio social (Marchioni, en Bejarano, 1987). En efecto, la participación supone un proceso dinámico doble: uno, la *toma de conciencia* de una situación indeseable (y de sus causas) y de la acción a realizar para superarla; dos, la implicación activa de la gente en los *cambios* consiguientes. Es desde esta visión, más idealista y dialéctica, desde donde podemos afirmar que la participación «convierte» a las personas (y a la comunidad) en *sujetos* a la vez *agentes* (actores de sus propias vidas personales y comunitarias) y *potentes,* con poder para cambiar el estado de cosas dado, lo que sólo sucede si la participación es exitosa, alcanza los objetivos perseguidos. Así es que, en teoría, conciencia y poder real son los componentes subjetivo y objetivo que, como en el caso del empoderamiento, tendremos que conjugar siempre en los procesos participativos.

Y volviendo esa consideración del revés, no debemos olvidar que sólo en la medida en que las personas y colectivos *se sientan* sujetos participarán en los procesos de cambio, de lo que derivaremos la regla práctica de que, desde el punto de vista relacional, el interventor debe tratar a la gente como sujetos capaces y potentes para que, sintiéndose tales, actúen como agentes que buscan hacer realidad esos atributos. Se trata, como visión relacional, de un proceso retroalimentado (o dialéctico) en que, al verse respetadas y tratadas como sujetos, las personas participarán en los cambios deseados y vistos como necesarios, lo que, de funcionar exitosamente, no sólo incrementará el poder personal y colectivo sino, también, el deseo de participar en futuras acciones. Y, por el contrario, la aproximación tecnocrática, no participativa, al tratar a la gente como un «bulto» social informe, como mero objeto de intervención, verá reducida (si no abolida) la conciencia de sujeto, lo que contribuirá al extrañamiento de los miembros de la comunidad respecto de la acción y sus consecuencias, a la atribución de poder al interventor —en vez de a sí mismos— y al rechazo a participar en un proceso que se ve como ajeno y no necesariamente enriquecedor.

Podemos redondear el significado y carácter de la participación, resumido en el cuadro 8.1, señalando que es, a la vez, un valor del campo comunitario y una estrategia de cambio (un medio para un fin) que presupone una actitud favorable en los actores (interventor y comunidad) protagonistas.

CUADRO 8.1

Participación: carácter y significado

- **Dimensión política de la acción comunitaria**
- Tomar parte en proceso/actividad { fijar objetivos acciones / tomar decisiones }
- Significado depende de { importancia actividad en que se participa / significado subjetivo: ¿respuesta a deseos colectivos? / eficacia de la acción }
- Implica { desde abajo: acceder al poder / desde arriba: compartir el poder (político, técnico) }
- Convierte a comunidad/persona en sujeto agente corresponsable de su vida
- Requisito acción comunitaria: sin participación, la acción no es comunitaria
- Legitimidad comunitaria { Medio para desarrollo humano y social / Puente entre { intervención (desde arriba) / trabajo comunitario (desde abajo) } }
- Bisagra { poder social, global / empoderamiento comunitario, psicosocial }
- Valor: poder valioso ⟶ necesario (no suficiente) para { desarrollo humano / cambio social }
- Estrategia (medio para) { facilitar el cambio social / involucrar a la gente / aumentar bienestar }

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

La participación es un *valor instrumental* básico de la PC: una estrategia para adquirir poder que, según se indicó, es un recurso social fundamental para alcanzar el desarrollo humano. Dicho de otro modo, la participación vale o importa mucho en PC porque subraya la cualidad de sujetos agentes y potentes de las personas y colectivos comunitarios. Aunque los frutos finales del empoderamiento conseguido con la participación dependerán, lógicamente, del uso que se haga del poder logrado y de su distribución social en la comunidad; en otras palabras: de quién adquiere poder y para qué lo usa.

Como *estrategia*, la participación permite a la vez hacer viable el cambio social e implicar a la gente en ese cambio. De otra forma, es en la medida en que la gente se sienta sujeto, parte de un programa y que la acción se haga desde la comunidad y sus verdaderos intereses, con ella (no desde fuera y sobre ella), como la participación puede ser la clave del éxito o fracaso de un programa. Un programa «impuesto» o elaborado técnicamente sin el concurso de la comunidad será en general visto por la gente como algo ajeno y lejano.

¿Medio o fin? Estamos aquí considerando la participación como valor instrumental —como un medio para los fines de desarrollo humano o la justicia social— cuya valía depende, precisamente, de la medida en que ayuda a conseguir esos otros fines. La participación puede ser también vista como un valor finalista, un *fin*: sería buena por sí misma y, por tanto, se ha de perseguir con independencia de sus efectos. Esa visión estaría relacionada con la «conversión» —considerada de valor per se— de la persona en sujeto activo. La visión instrumental tiene la virtud de relativizar la participación y situarla como parte del proceso estratégico teniendo en cuenta sus límites y costes reales. Si es un *medio* para involucrar a la gente, lograr desarrollo personal y alcanzar fines buscados, la participación será fomentada en la medida en que ayude a conseguir esos objetivos finales y teniendo en cuenta las complicaciones técnicas y estratégicas que los procesos participativos pueden generar. Tendríamos así en cuenta, desde una postura de corresponsabilidad interventor-comunidad, a la vez participación y eficacia: buscaríamos la «máxima participación factible» en relación a las exigencias técnicas y a los resultados deseables teniendo en cuenta los costos reales (tiempo, energía, complicación procesal) de las estrategias participativas.

La participación requiere, en fin, una doble *actitud* complementaria de los actores centrales: el interventor ha de estar dispuesto a *compartir el poder*; la comunidad, a asumir responsabilidades. El interventor que busque establecer su propio poder o posición, que necesite acumular poder, está incapacitado para hacer trabajo comunitario, pudiendo ser, incluso, un «peligro» para la comunidad, ya que tenderá a acumular poder en vez de compartirlo con aquélla o ayudarla a establecer ese poder por sí misma participando en la acción. Si la comunidad pretende adquirir poder sin pagar el precio de responsabilidad y esfuerzo preciso, será igualmente imposible una participación (y un cambio) real, pudiendo, en cambio, florecer la participación «descafeinada» —para sentirse mejor, no para cambiar el estado de cosas existente— que tan frecuentemente se observa en la vida social (capítulo 5).

Sintetizo aquí algunas consideraciones conceptuales, extendiéndome algo más en los aspectos técnicos y prácticos de la participación comunitaria asumiendo un punto de vista realista y remitiendo al lector interesado en ampliar información a los siguientes escritos: Borja, 1987; Dorwart y Meyers, 1981; Erber, 1976; Fernández y Peiró, 1989; Florin y Wandersman, 1990: Giner de Grado, 1979; Halprin y otros, 1974; Langton, 1978; Marchioni, 1991; Sánchez Alonso, 2000; Sánchez Vidal, 1990b, y Wandersman, 1981.

3. LAS FORMAS Y NIVELES DE LA PARTICIPACIÓN

La participación es un proceso transversal omnipresente en las sociedades democráticas en las que adopta formas variadas en distintos niveles sociales. Así, los ciudadanos participan en política eligiendo representantes en los parlamentos, los estudiantes en el gobierno de la universidad; los trabajadores en los comités de empresa; los padres en las asociaciones de padres y madres de alumnos (AMPA) de las escuelas; los ciudadanos participan como jurados en la administración de la justicia; y, a veces, los habitantes de una comunidad tienen voz (y más raramente voto) en el diseño y programación de las actividades comunitarias. La participación tiene grados que suelen corresponder al nivel de compromiso social de los participantes con el asunto en cuestión y que van desde asistir pasivamente a reuniones o estar de acuerdo con las decisiones de otros hasta asumir responsabilidades máximas en un proyecto (ocupar cargos en juntas o consejos directivos, recoger fondos, coordinar actividades, captar simpatizantes, etc.) con grados intermedios, como ir a movilizaciones o realizar tareas organizativas.

Tipos: participación activa. Se pueden distinguir tipos de participación según la esfera y el punto de vista desde el que contemplemos el fenómeno participativo: activa y pasiva, espontánea y organizada, continuada y temporal, etc. Esas variantes están con frecuencia relacionadas y tienen una utilidad analítica limitada. Así, en principio, la participación se entiende como un proceso *activo* en que se hace algo a favor o en contra de un asunto o programa: recoger fondos, ir a una manifestación, correr en una carrera en pro de algo o dar un punto de vista en un debate. Eso supone, sin embargo, excluir formas *pasivas* de participación que caracterizan a las «mayorías silenciosas», frente a las que se destacan como «verdadera» participación: las acciones de ciertos grupos minoritarios pero socialmente más activos. Por ejemplo, si un grupo silba a un orador en una reunión, ¿significa que los que no silban están de acuerdo con el orador o para considerar que están participando deberían aplaudir al dirigente o enfrentarse verbalmente a los que silban? ¿La clase que escucha concentrada al profesor está ya participando o bien sólo consideramos que hay participación si hay preguntas, réplicas y debate...?

Participación desde abajo y desde arriba. Se tiende a pensar que la participación comunitaria es espontánea, iniciativa de la gente, con lo que podríamos distinguir esa participación «desde abajo» de la par-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.2

«Mapa» de la participación comunitaria: tipos, niveles, actores

Tipos	«Espontánea» ⟶ desde abajo, informal, *grass-root* Institucional ⟶ desde arriba, formal, organizada Organizada { dirigida por objetivos compartidos; existen canales institucionales para participar; se participa a través de organizaciones sociales
Niveles	
Social	Marco global de la participación comunitaria Descentralización política y estructuras intermedias facilitadoras
Institucional Organizativa	Titulares de la participación a nivel medio Instituciones intermedian entre personas y comunidad o sociedad Instituciones facilitan o inhiben la participación de individuos y grupos sociales
Grupal Individual	Personas o grupos activos/movilizados que buscan cambiar su vida y/o su comunidad participan en procesos o acciones «espontáneas» u organizadas

© Ediciones Pirámide

ticipación organizada desde arriba, en que la iniciativa de alguna institución y organización es secundada por los individuos. Tampoco esta distinción es absoluta o dicotómica: en general las iniciativas espontáneas, fruto frecuente de la emoción, se agotan en sí mismas si no se dotan de un mínimo de organización que aporte continuidad temporal y significado social al proceso participativo para que llegue a ser eficaz en la consecución de algún objetivo valioso. De forma que la organización es, en mayor o menor grado, una cualidad exigible —aunque no siempre presente— en cualquier forma de participación social que busque cambiar un estado de cosas o alcanzar unos objetivos dados. La participación *desde abajo* suele ser más espontánea y lúdica, no dimana de las instituciones (que se limitan a regular su actividad): asociaciones vecinales, de consumidores o sectoriales; movimientos sociales; grupos de autoayuda y otros tipos de agrupaciones denominados *grass-root* (de base, de raíz) por los anglosajones. En la participación «desde arriba» o institucional la iniciativa es de ciertas organizaciones o instituciones (AMPA en las escuelas, consejos sociales en instituciones, comités de empresa en el mundo laboral) creadas precisamente para permitir y vehicular la participación de determinados sectores sociales. La participación se entiende como *organizada* en dos sentidos interrelacionados: 1) existen vías (institucionales, casi siempre) para canalizar la participación de forma que sus titulares son organizaciones sociales (partidos políticos, comités, consejos, juntas y otros) y no individuos; 2) la participación se dirige hacia unos objetivos (mejorar el barrio o la escuela, obtener un servicio, etc.) que la estructuran y le dan sentido. Esos objetivos pueden, sin embargo, estar ausentes en la participación más informal o espontánea.

La distinción entre formas de participación más formales y organizadas y más espontáneas o informales es, pues, relativa, pudiendo centrarse simplemente en el proceso seguido: la organización es previa a la participación o, por el contrario, el impulso participativo es anterior y la organización se añade para hacer ese impulso duradero y eficaz. Además, y en la medida en que las instituciones son sistemas que facilitan o inhiben la participación desde abajo, ambos tipos de participación (institucional e informal) son *complementarias* y se necesitan mutuamente. La participación desde abajo se ve facilitada por los mecanismos institucionales, debiendo tender (siempre que no se trate de una cuestión aislada y situacional) a establecer canales institucionales que la sostengan y sean parte de la vida cotidiana de la gente. La participación «mandada» no pasará, por otro lado, de ser un mero artificio legislativo si no responde a una necesidad o deseo colectivo relevante que se canaliza institucionalmente. El cuadro 8.2 resume las formas de participación y sus niveles.

Niveles. De lo escrito se deduce que el proceso de participación atraviesa varios niveles de complejidad social creciente que aquí contemplamos desde el punto de vista comunitario. El nivel más alto, el *sociopolítico,* constituye el marco global de la participación comunitaria, que se ve facilitada por la descentralización política, el fortalecimiento de estructuras sociales intermedias (como las asociaciones voluntarias) o el apoyo a las iniciativas ciudadanas. Elementos propios del nivel medio, comunitario, son las *instituciones* establecidas que hacen de intermediarias con los individuos y grupos de base, facilitando o inhibiendo su participación. Aspectos *organizativos* importantes para estructurar y sostener los esfuerzos participativos son la existencia de fines compartidos, el liderazgo y la orientación hacia la tarea; aunque, como se ha indicado, tales aspectos pueden estar ausentes en la participación no organizada o informal. El nivel inferior es la «base»: los *grupos e individuos* que, en último término, participan en un proceso para hacer realidad un anhelo o meta común valiosa a través de estructuras existentes, o por crear, si no existieran.

Los actores y las actitudes. Como proceso global y transversal, la participación comunitaria depende de tres actores básicos (político, comunidad e interventor) que han de realizar la parte de la tarea que les corresponde desde una disposición previa de compartir y cooperar. Eso no significa que hayan de renunciar a sus respectivos papeles, que están sometidos, sin embargo, a demandas y presiones propios de la colaboración interdisciplinar

© Ediciones Pirámide

y que se examinan más adelante. El *político* debe renunciar a cualquier concepción patrimonialista del ejercicio de su cargo que le lleve a pensar que el poder es «suyo» y que «necesita» controlar los sectores y grupos comunitarios. Debe, en una palabra, *compartir el poder* que ejerce por delegación de la comunidad, sin disolver, pero sí redefinir, las funciones específicamente asignadas a su cargo. La participación es así entendida como una forma de *profundización* real de la democracia que va más allá de la elección de representantes cada equis años.

Algo similar ha de suceder, como se indicó, con el profesional, con la diferencia de que el poder a compartir —y el carácter de sus funciones— no es en este caso político sino *técnico*. El profesional ha de preservar su propio perfil técnico, pero debe estar dispuesto a redefinirlo en función de la cooperación con los otros actores y a reconocer otras formas de conocimiento (como el «saber popular») o actuación que incluyan a la comunidad. Debe concebir la intervención no como algo meramente técnico y trazado de antemano, sino como un *proceso abierto* que se va construyendo *junto* a la comunidad. La *comunidad*, la gente, debe ser capaz de trascender la posición (cómoda) de apatía y pasividad y estar dispuesta a asumir su papel de verdadero protagonista, explorando y usando sus capacidades y siendo más activa en la vida y asuntos de la comunidad. Esa asunción se verá facilitada por la existencia de problemas o deseos relevantes compartidos, de una predisposición a mejorar la vida comunitaria y de una actitud positiva en los otros actores, con lo que la cooperación final resultará enriquecedora y multiplicadora («sinergística») y no antagonista y empobrecedora.

4. LA PRÁCTICA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

La participación suele estar revestida en la discusión y la práctica comunitaria de un halo místico y de una retórica reverencial que acaban ocultando su verdadera naturaleza y dinámica. Conviene pues, antes de pasar a hacer recomendaciones prácticas sobre ella, recordar algunos hechos y constataciones desmitificadoras (abreviados en el cuadro 8.3) sobre las dinámicas participativas en los actuales contextos democráticos.

4.1. Condicionantes y contexto

Expectativas: desencuentros y excesos. Como ya se ha dicho, la participación es un fenómeno omnipresente en la vida social en que las personas participan a través de instituciones y procesos diversos como el trabajo, la escuela o las rutinas sociales de la comunidad. Así, la «partida» o la charla del bar, las salidas con los amigos o la asistencia a misa, las reuniones familiares o eventos deportivos, o los grupos de discusión sobre temas cotidianos son formas informales de participar en la vida social. Cuando el profesional habla de «participar», está de hecho pidiendo a la gente un «plus» sobre esa participación informal que, por otro lado, no siempre es la que más cuadra o conviene a la comunidad en general. Además, la *sobrecarga* derivada de las exigencias funcionales (básicamente ligadas al trabajo, pero también al funcionamiento en otros papeles sociales como el de padre o ciudadano), el ritmo acelerado de la vida moderna y el exceso de demandas a participar en multitud de actos, actividades o movimientos reales o «virtuales» (a través de las redes electrónicas) suelen *generar resistencias* a participar e involucrarse en una esfera de actividad dada, a menos que sea percibida como cercana y vital para los propios valores o intereses. El interventor puede así tener una sensación de que «la gente no quiere participar» en general, cuando la realidad es que no quiere participar en la actividad o proceso X, que interesa al interventor pero no necesariamente a la gente, ya «saturada» de participación y responsabilidad.

Existe ahí un desajuste de las expectativas mutuas sobre participación. La virtud de la vida comunitaria es que, al centrarse en los elementos más cercanos y motivadores para la gente, la participación en ese nivel puede ser más viable que en otros niveles, percibidos como más lejanos y abstractos por el ciudadano de a pie. Un exceso de participación puede así

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.3

Condiciones previas y contexto de la participación

- Vigilar posibles discrepancias de expectativas y objetivos: el interventor busca el cambio social; la comunidad, la pertenencia y la relación con otros
- La viabilidad y el significado de la participación varían con la actividad o proceso específico
- La gente ya participa de varias formas en diversas actividades, además de lo que interesa al interventor
- La organización social y los canales institucionales facilitan y sostienen la participación a largo plazo
- La participación puede exigir el cambio de estructuras y procedimientos administrativos
- Administrar la participación; el exceso puede ser contraproducente, cansando a la gente y retrayéndola
- Conjugar eficacia y participación comunitaria: la participación laboriosa sin beneficios visibles acaba generando hastío y frustración

tener un efecto *antagónico*, provocando resistencia, cansancio e incluso rechazo. De lo que deduciríamos, como criterio práctico, que ni todos tienen que participar en cada actividad ni todos los aspectos de un programa o acción han de hacerse participativamente, aunque sí, deseablemente, aquellos aspectos o procesos centrales del programa que deben, además, contribuir más decisivamente al fortalecimiento y desarrollo de la gente. El interventor debe, en todo caso, hacer una *evaluación* previa del *contexto participativo* y, siempre, «auscultar» el sentir de la gente; especialmente —y aunque resulte difícil— el de los sectores más apáticos y pasivos: aquellos que, al no participar ni manifestarse, nos resultan psicosocialmente «opacos». Y es que lo que piensan los movilizados y participantes ya lo sabemos; el problema es saber *qué piensan* los apáticos y *desmovilizados,* por qué no participan.

Como se vio en el capítulo 5, hay indicios de que el interventor y la gente pueden perseguir *objetivos distintos* en la participación: mientras que el primero suele buscar el *cambio social*, mucha gente puede estar interesada en la *pertenencia* y la *relación social* conseguidas a través de las actividades participativas. Si esto es así y la participación significa cosas distintas para unos y otros, hay que tenerlo en cuenta y evitar equívocos y desencuentros que pueden crear en el interventor la sensación de que se están fortaleciendo los procesos de participación cuando en realidad, al ir a contracorriente de las verdaderas motivaciones de los participantes, se están debilitando. Tampoco hay que perder de vista el riesgo simétrico: desnaturalizar la participación comunitaria como instrumento de profundización democrática y de cambio social a favor de fiestas y reuniones en que la gente se junta o se reparte algo (refrescos, comida, vales para asistir a tal o cual atracción o evento, etc.) que por sí solas no tienen trascendencia real en la vida de la comunidad aunque puedan contribuir a fortalecer ciertos vínculos sociales.

Las actividades y los canales institucionales. No todas las actividades y procesos son igualmente accesibles a la metodología participativa. Mientras que ciertos asuntos y temas ligados a necesidades e intereses básicos de la gente suscitan interés y se prestan más al abordaje participativo («pensar» el futuro del barrio, definir necesidades básicas, intervenir en una acción concreta sobre un tema candente...), otros pueden resultar demasiado áridos, complejos o intelectuales como para interesar e implicar a la gente: reformas administrativas, presupuestos, urbanismo, etc. En tales casos y asuntos puede ser útil simplificar los temas planteando los aspectos básicos en que la gente pueda —y deba— decidir en un formato y lenguaje que sea comprensible y dejando para los técnicos los aspectos más formales o complejos, algo no siempre posible, y casi nunca fácil. Con frecuencia será también necesario simplificar o cambiar los procesos administrativos, que raramente están pensados para que los ciudadanos los entiendan y puedan expresar su parecer: la organización de los hospitales y el sistema de salud o de justicia, o el urbanismo de

© Ediciones Pirámide

una ciudad son, con frecuencia, galimatías pensados para desanimar la participación comunitaria y mantener a distancia a la gente en lugar de contar con ella. Y, de nuevo, la existencia de cauces institucionales y organizativos es una condición necesaria para que la participación sostenida se produzca y funcione. Si los vecinos no tienen acceso a la información o ésa se da por vías puramente burocráticas, en una jerga inaccesible y alejada de la vida ciudadana, raramente se producirá una participación constructiva y efectiva.

Conjugando participación y eficacia. Participación y eficacia siguen lógicas a menudo encontradas en la intervención comunitaria. Según hemos ido viendo, la participación tiene una serie de exigencias (de tiempo, esfuerzo, económicas, de repensar los procesos, etc.) que, miradas desde las exigencias técnicas y el corto plazo, suponen una reducción de la eficacia que podríamos conseguir de ahorrarnos los esfuerzos y costos señalados. Sólo vista la acción a largo plazo o como un proceso de desarrollo de las personas, cobra verdadero sentido el «extra» de esfuerzo exigido por la participación. En general, y si se quiere ser realista, nada impide considerar la participación como un medio, que conviene conjugar con las técnicas a usar y la estrategia a seguir, de forma que la intervención sea, además de participativa, económica y socialmente factible y eficaz. Que permita, en otras palabras, conjugar los deseos o necesidades de la gente y la eficiencia de los procesos técnicos a seguir, algo que, lógicamente, preocupa a políticos y profesionales.

5. PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES

Resumo en forma de recomendaciones prácticas las observaciones e indicaciones ya realizadas sobre la participación y su dinámica social general. Se trata, lógicamente, de orientaciones de actuación generales que pueden tener distinta validez según el enfoque ideológico asumido por el interventor y el contexto social y comunitario en que se trabaje: un proceso de investigación-acción participante en una comunidad pobre, la participación formal en instituciones sanitarias o educativas con canales preestablecidos, procesos participativos turbulentos a caballo de desastres o situaciones sociales dramáticas, reivindicaciones sociales históricas de un barrio o colectivo, etc. Tampoco pueden darse las mismas reglas y dinámica para la participación en un contexto autocrático o con pautas organizativas muy jerarquizadas que en una comunidad igualitaria y democrática. El cuadro 8.4 recoge diez reglas básicas para llevar a buen puerto la participación comunitaria.

- *La actitud y la técnica.* Como se ha indicado, la participación presupone por parte de los actores sociales actitudes favorables que creen un clima inicial propicio a la cooperación. El psicólogo comunitario debe acercarse a la comunidad con una actitud cooperativa y deferente, estar dispuesto a compartir el poder que posea y a colaborar con la comunidad, cediéndole protagonismo e iniciativa y adoptando un papel más igualitario, flexible y dialogante que el acostumbrado en psicología. Pero esa actitud es sólo un presupuesto, una condición inicial necesaria, no suficiente: para que el proceso pueda ser realizado con éxito, el interventor debe estar en posesión, además, de una metodología que «vehicule» eficazmente las intenciones participativas y ha tener unas expectativas realistas y apropiadas al caso y situación concretos (en lo relativo, por ejemplo, al interés inicial de la gente, a los tiempos y ritmos para plantear temas e implicarse en acciones, a la comprensión global de lo que está sucediendo, etc.).
- *Formación técnica y estratégica.* Sin lo cual puede suceder que, en situaciones de gran apatía o con una historia de frustraciones previas, el interventor se «queme» o llegue a la conclusión prematura o falsa de que «la gente no quiere participar» cuando lo que realmente sucede es que fallan aspectos técnicos o estratégicos: el proceso no se ha explicado bien, el ritmo no es el adecuado o no se ha dado a la gente el tiempo o espacio apropiados para

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.4

Reglas prácticas de la participación comunitaria (Sánchez Vidal, 1991a)

Regla	Recomendaciones derivadas
Primar **intereses y necesidades** básicas de la **gente**	Tenerlos en cuenta durante intervención Intereses generales y de los más débiles, prioritarios Compatibilizar intereses sectoriales y generales; si no posible, alternar unos intereses sectoriales y otros
Ver participación como **proceso dinámico**	Tener en cuenta ritmo de gente (distinto del trabajo técnico) Escuchar razones de los que no participan Observación y reflexión conjunta (y separada): expertos y comunidad
Beneficios a esperar	Explicarlos y mostrar ventajas tangibles para sostener esfuerzos a largo plazo
Proponer **tareas y actividades**	No sólo discusiones verbales (a plantear también como tareas colectivas)
Romper formalidad; facilitar solidaridad colectiva	Fomentar cooperación y contacto de personas y grupos Potenciar vivencia de lo común en actos cotidianos: comidas, fiestas, reuniones informales, etc.
Evitar vicios típicos de **reuniones:** «quejismo», pasividad, trivialización	Devolver responsabilidad Estimular búsqueda de soluciones e implicación en la acción Evitar charla insustancial, crítica a todo, recordar objetivos de proceso
Cuidar enfrentamientos entre facciones: consumen energía, debilitan cooperación	Intermediar entre facciones/personas Buscar consensos/áreas de coincidencia Acordar reglas para dirimir productivamente discrepancias Recordar necesidad de acuerdos para alcanzar objetivos globales Reconocer derecho a la diferencia
Impulsar, estructurar el **proceso**	No limitarse a escuchar y asentir Ayudar a marcar objetivos, calendarios y acciones
Crear canales de **comunicación de abajo arriba**	Que permitan participación efectiva: reuniones, comunicación escrita, buzones de sugerencias, etc.
Cuidar seguridad y estima **propia** (fuera de intervención)	Para eliminar comportamientos autodefensivos (celos, necesidad autoafirmación, etc.) perjudiciales para la participación y el desarrollo de la comunidad

discutir y valorar lo que se plantea. El psicólogo necesitará entrenamiento en el uso de técnicas y formatos grupales, mediación en conflictos, dinámicas asamblearias, movimientos sociales, evaluación de intereses y grupos de poder y otras similares.

© Ediciones Pirámide

- *Proceso,* no suceso. En general, el psicólogo comunitario debe ver la participación, más que como una respuesta espontáneo o instantánea, como con proceso que hay que seguir y apoyar. Un proceso con un ritmo que viene esencialmente marcado por la gente, no por los profesionales, con avances pero también retrocesos, con continuidades y saltos en que no se deben perder de vista los objetivos finales, aun cuando haya que ajustar y pactar continuamente con la gente (como sugería Caplan en el proceso interventivo descrito en el capítulo 7), y en que el profesional debe limitar su propio protagonismo y presencia a la vez que incita el de la comunidad y sus representantes. Una «pedagogía social» basada en la explicación de los nuevos métodos y conceptos y sus ventajas y, sobre todo, *practicada* en las relaciones con la gente suele ser muy útil en ese sentido.
- *Partir de los intereses de la comunidad,* la regla de oro de la participación no sólo en cuanto al contenido (qué interesa a la gente) sino en cuanto a la forma: cómo quiere participar. Así, si al grupo le gusta el deporte, acercar las actividades al formato deportivo; si la relación, al formato relacional. No se trata naturalmente de quedarse ahí: asumimos esos intereses como punto de partida para intentar llegar —o acercarse— a otras tareas o cometidos relevantes o necesarios, aunque quizá menos atractivos de entrada para los participantes.
- Marcar *objetivos concretos* y plantear las tareas a realizar como *actividades* más que como discusiones. Y es que ambas cosas, la acción y la focalización en tareas específicas, tienen un potencial dinamizador superior a las metas genéricas o la falta de ellas y las charlas o discusión que con frecuencia obstaculizan o amodorran los procesos participativos. No se trata, sin embargo, de caer en el activismo ciego: la discusión y la reflexión deben ser parte del proceso aunque sin monopolizarlo ni frenar la acción.
- *«Oportunismo» estratégico.* Conviene asociar las propuestas participativas a algún beneficio tangible o recompensa temprana: satisfacciones colectivas, relaciones y vínculos entre grupos, resultados concretos, consecución de un servicio o prestación, etc. Eso permitirá sostener una tensión y esfuerzo participativo que puede ser largo y difícil, evitando el desánimo y «abandonismo» de la mayoría ante las dificultades no esperadas o toleradas del proceso.
- *«Romper el hielo»,* las barreras sociales y la distancia inicial entre el interventor y el grupo. Algo tanto más necesario cuanto mayores sean la formalidad social y la distancia entre el interventor y el grupo. Una forma habitual de eliminar distancia social y facilitar el contacto es partir los colectivos en grupos pequeños; otra es «traducir», como se ha indicado, las tareas a realizar (y los objetivos a perseguir) a actividades concretas o «juegos» que permiten «saltarse» las convenciones y formalidades sociales pensadas, precisamente, para mantener la distancia social.
- Asegurar la *autoestima y seguridad personal* del interventor, de manera que las necesidades de autoestima o poder no interfieran con el proceso participativo. En otras palabras, el interventor debe venir a la tarea participativa con las necesidades satisfechas y los «deberes» personales hechos, de manera que la búsqueda de prestigio, estima o liderazgo no obstruya la dinámica participativa y los procesos de autonomización, búsqueda de identidad, liderazgo o empoderamiento del grupo, que siempre encontrará más fácil amoldarse a la iniciativa y propuestas del interventor que desplegar las iniciativas propias. Como se indica después, aun cuando inicialmente el interventor haya de mostrar cierta iniciativa (sobre todo si el grupo tiene una actitud pasiva o apática), hay que ser particularmente cuidadoso con ir «cediendo» espacio e iniciativa para cambiar esa dinámica inicial de pasividad y dependencia por una de implicación e iniciativa.
- *Evitar* la *pasividad* y el mero *«seguidismo»* de la comunidad, el vicio simétrico del anterior, a la espera de que, limitándose a escuchar y observar, la participación se dará sin más, el proceso se mantendrá por su propio impulso y los

© Ediciones Pirámide

problemas que surjan se resolverán por sí solos. Tal actitud, opuesta a la secular tendencia profesional a dirigir y controlar el proceso, puede ser, sin embargo, igualmente perniciosa si se quiere fomentar la participación productiva, que suele necesitar *impulso y dirección* para no caer en alguno de los vicios que ralentizan o esterilizan los esfuerzos participativos.

- Evitar los *vicios* que aquejan a los procesos participativos, paralizándolos o desviándolos de sus verdaderos objetivos: las actitudes victimistas y el «quejismo» generalizado («todo va mal», «no nos escuchan», «la administración no nos entiende»...); la transferencia global de responsabilidades a los demás (los políticos, «el ayuntamiento», etc.); la trivialización de los temas y discusiones hacia las charlas insípidas e insustanciales en que la gente lo pasa bien pero ni se avanza ni se hacen propuestas; los enfrentamientos constantes e improductivos entre facciones o grupúsculos como fruto de tensiones anteriores o con la intención de controlar la situación, etc. Aunque no haya una «receta» universal o infalible y debemos esperar momentos viciados a lo largo de los procesos participativos, el recordatorio de las metas perseguidas y las acciones periódicas (con un sentido, no actuar por actuar) pueden ser eficaces para salvar algunos de esos vicios y rémoras. Si éstos obedecieran, sin embargo, a causas más o menos «subterráneas», conviene confrontar directamente esas causas para buscarles solución antes de seguir con las tareas participativas.
- *Autonomía comunitaria y «eclipse» del interventor.* En general, y en los supuestos viciados citados, conviene reconducir constantemente el proceso en la dirección de la autorresponsabilización comunitaria y evitar que la participación se reduzca a la expresión catártica o victimista de problemas. En otras palabras, hay que tratar de que la comunidad se *responsabilice* de sus problemas y se embarque en la búsqueda de soluciones en lugar de quejarse. El interventor debe procurar que la acción movilizadora sustituya a la queja improductiva y autocomplaciente. El «riesgo» opuesto es que la dinámica participativa desborde las expectativas iniciales del interventor exigiendo que éste reajuste su papel a la nueva realidad. La medida en que el *interventor* acabe *siendo innecesario* no es, en todo caso, un fracaso, sino, al contrario, la medida del *éxito* del proceso, siempre que sea indicativo de que la comunidad se ha hecho cargo del proceso participativo y de que éste se dirige hacia el logro de los objetivos planteados y no hacia la simple satisfacción complaciente de los propósitos del interventor o del colectivo dominante en la comunidad. Es decir, que se encamina en la dirección de resolver el problema que inició la participación y no en la de «sentirse bien porque hemos participado», lo que equivale a desvirtuar el fenómeno participativo.

6. POTENCIAL Y LÍMITES

La participación no es una panacea ni un artículo místico. Ya debe haber quedado claro que se trata de un proceso sujeto, como cualquier fenómeno social, a principios; un proceso trabajoso que exige replantear la intervención en su conjunto y que tiene un importante potencial positivo de cambio personal y social, pero también límites y costos, unos y otros resumidos en el cuadro 8.5. Efectos potenciales positivos son la sensación de bienestar y, más importante, el sentimiento de la propia potencia y utilidad que se genera en los participantes y que puede contribuir decisivamente a su *empoderamiento* y *activación* como agentes de mejora social. Por eso la participación es, como se ha indicado, un vehículo importante de desarrollo personal y de cambio social en el nivel macro que debe complementar la función potenciadota de la relación igualitaria en el nivel micro.

No debemos, sin embargo, ignorar los costos y límites de la participación, mayormente ligados a su *conflicto* potencial con la *eficacia* de la acción, más específicamente con las modificaciones que la participación exige introducir en el contenido y proceso de la intervención que pueden reducir significativamente en el *corto plazo* la eficacia de las acciones y complicar y ralentizar la forma de llevarlas a cabo.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.5

Potencial y límites de la participación

Potencial	«Produce» poder colectivo Activa y dinamiza a la gente, convirtiéndola en sujeto agente Aporta pertenencia y relación social Si funciona, genera cohesión social
Límites y costos	Puede reducir eficacia objetiva de acciones en el corto y medio plazo Puede hacer más lentos los procesos Lleva tiempo y energía personal A veces exige redefinir tareas y reorganizar procesos

En otras palabras, vista con ojos utilitaristas, la participación es *costosa* en términos de *tiempo y energía*, pudiendo suponer un engorro y una pérdida de eficiencia técnica a corto plazo. Requiere, además, un cambio de actitudes y procedimientos —que pueden generar *resistencias* en función del cambio de rol implicado—, así como una preparación previa en ambas partes, interventor y comunidad. Sólo considerando las «ganancias» de desarrollo humano, activación social y facilitación del cambio que conlleva a largo plazo, podremos entender y justificar la participación y sus costos a corto plazo. El balance ventajas-desventajas dependerá, en fin, de en qué medida lo consideremos un medio para conseguir fines interventivos (en cuyo caso los costos son decisivos) o un derecho básico de la gente y un fin en sí, en cuyo caso los costos serán un tema menos importante.

7. INTERDISCIPLINARIEDAD: ORGANIZANDO LA COOPERACIÓN ENTRE PROFESIONES

Como ya se dijo, la multidisciplinariedad es una forma de *síntesis* práctica y teórica adoptada por las profesiones sociales en *respuesta a la transversalidad y complejidad* de los temas y problemas sociales, si bien existe aquí, como en otros aspectos de la práctica comunitaria, una inquietante brecha entre el ideal de colaboración «mandado» y ciertas tendencias sociales contra las que los intentos de hacer realidad la colaboración entre disciplinas se estrellan una y otra vez. Y es que si, por una parte, se extiende la sensación de que el empirismo analítico y el individualismo valorativo han encerrado a la ciencia y la práctica social en un callejón sin salida de fragmentación y falta de sentido global (Bellah y otros, 1989), la impronta de las potentes dinámicas dominantes —especialización, individualismo y competitividad— y la novedad del tema colocan, por otra parte, al interventor en una difícil posición de practicar algo —la multidisciplinariedad— que desconoce y que, al acarrear importantes cambios de rol, genera grandes resistencias profesionales e institucionales. ¿Resultado? Aunque transversalidad y multidisciplinariedad están en el primer plano de la agenda científica y social, son nociones difícilmente trasladables a la práctica diaria. Primero, porque son temas apenas explorados que, cuando lo son, tienen un tratamiento pragmático y ateórico poco provechoso para el avance de lo teórico o la práctica; segundo, por estar lastrados por una retórica de cambio de paradigma que no aporta «datos» teóricos y prácticos que permitan trabajar en la realidad, y, tercero, por la falta de apoyo institucional necesario para poder experimentar apropiadamente con esas nociones en un contexto social adverso.

Trato en estas páginas de ampliar los análisis existentes a partir de lo ya publicado anteriormente (Sánchez Vidal, 1993b) justificando el tema desde sus causas y delimitando el concepto y los grados de colaboración disciplinar, describiendo después la es-

© Ediciones Pirámide

tructura funcional y el proceso de la acción multidisciplinar y señalando tanto su potencial como sus límites y costes. El número 97 de la *Revista de Trabajo Social* está dedicado a la multidisciplinariedad en el trabajo social.

7.1. Justificación: las razones de la multidisciplinariedad y sus dificultades

¿Qué justifica hoy en día la colaboración e integración disciplinar en contra de las corrientes a la especialización y el atomismo analítico que han prevalecido en la ciencia y técnica modernas? ¿Qué razones o motivos la aconsejan y cuáles la dificultan? Las siguientes, abreviadas en el cuadro 8.6:

- *Complejidad social.* Los problemas y cuestiones sociales, siempre heterogéneos y multidimensionados, demandan abordajes analíticos y prácticos pluridisciplinares. En su abordaje deberían entonces reunirse, idealmente, tantas disciplinas o profesiones como dimensiones básicas se puedan identificar, ya que cada una de ellas sería insuficiente por sí sola para analizar o solucionar el asunto en cuestión.
- *Nuevos problemas* y retos sociales, cuyos determinantes y soluciones son generalmente desconocidos, de forma que la «división del trabajo» disciplinar —qué competencias profesionales están involucradas— no está clara, con lo que el abordaje especialista no tiene garantías de éxito. Así, en asuntos como el maltrato, la droga, el sectarismo, el paro, la participación o la prevención —o casi cualquier otro tema social mínimamente complejo—, las fronteras entre temáticas disciplinares son, al contrario que en las especialidades tradicionales, borrosas o simplemente inexistentes.
- *Las dificultades de la especialización.* El problema del modelo especialista es que todas las facilidades que da para profundizar en el análisis (y actuación consiguiente) se tornan dificultades para integrar las aportaciones atomizadas que hace cada especialista, de tal forma que el modelo resulta inapropiado para encarar problemas y situaciones que requieren respuestas teóricas o prácticas unitarias o, cuando menos, coherentes.
- *La exigencia de integralidad.* La cooperación disciplinar es, a la postre, un sistema de síntesis e integración de los fragmentos analíticos y operativos resultantes del exceso de especialización —originado en la ciencia natural y física—, patéticamente insuficiente para la ciencia y la práctica social, cuya complejidad y conectividad relacional exigen con frecuencia respuestas integradas. Así es que, en el campo social, la interdisciplinariedad es un intento de recomponer el rompecabezas especialista en una *gestalt* que dé sentido global a las piezas disciplinares inconexas y sin sentido por sí solos. Se trata, pues, de una necesidad práctica esencial, sobre todo en un campo, el comunitario, que, según se dijo, busca soluciones integrales e integradas.
- *El enfoque temático no disciplinar.* El trabajo integral exige como condición previa que las tareas tengan una orientación temática, no disciplinar, de forma que las competencias o aportaciones concretas de cada disciplina o profesión no tienen sentido en sí mismas sino en función de una cuestión u objetivo compartidos por todos y a los que, por tanto, se subordinan las aportaciones de cada disciplina, lo que, como se ve, exigirá una redefinición de las tareas y papeles profesionales y una reorientación valorativa y administrativa de los servicios e instituciones que materializan las acciones sociales.

CUADRO 8.6

Interdisciplinariedad: justificación y obstáculos

Justificación	Complejidad y multidimensionalidad de acción y cuestiones sociales Enfoque temático no disciplinar: centrado en el tema o problema, no en las competencias profesionales Temas psicosociales nuevos y desconocidos Transversalidad y difusión de las fronteras disciplinares en los temas sociales Excesiva especialización científica y técnica: dificulta integración de aportaciones Exigencia de integralidad de análisis y acción social
Obstáculos	Fuerte tradición del trabajo especialista Fragmentación analítica del enfoque empírico dominante Prevalencia de individualismo y competitividad: dificultan la cooperación personal y la integración disciplinar

© Ediciones Pirámide

Pero no es sólo eso: la interdisciplinariedad supone, como ya se habrá ido intuyendo, un replanteamiento epistemológico del enfoque empírico, especialista y atomizador de la ciencia y la tecnología. Una reformulación que *cuestiona* la forma de conocer y actuar que ha servido para desarrollar explosivamente las ciencias naturales y físicas desde el Renacimiento pero que, como se ve, resulta inapropiada para encarar la complejidad y disparidad del mundo social. Señala, en fin, un camino de «desespecialización» contra la atomización especialista, de gran eficacia en la ciencia natural y física pero inapropiado para la ciencia humana y social. De la situación contracorriente descrita se derivan, por otro lado, las *dificultades*, antes apuntadas, que la práctica de la colaboración disciplinar y profesional encuentra. No resulta fácil trabajar en los márgenes de las disciplinas y profesiones poderosas y ya establecidas, con temas complejos o poco conocidos; ni primar la cooperación entre personas y la integración de conocimientos y acciones sobre los hábitos de trabajo especialista, individualizado y competitivo que tan eficazmente trasmite el mundo académico y social actual y que tan difíciles resultan de desterrar una vez establecidos.

Se puede ilustrar la complejidad dimensional y la conveniencia (y dificultad) del enfoque multidisciplinar con asuntos como el maltrato de género o la droga. Así, en el maltrato podríamos identificar dimensiones culturales (machismo, sumisión femenina), relacionales o familiares (vínculos afectivos y aprendizaje familiar del manejo de las relaciones), psicológicas (impulsividad, tolerancia al estrés u otras), policiales y penales (violencia y violaciones de la ley) y económico-legales (dependencia o autonomía económica de la víctima, estatuto jurídico de la mujer). También en la droga convergen, sin una delimitación clara de fronteras, varias dimensiones y disciplinas: sociológicas (desintegración social, valores consumistas y hedonistas dominantes, etc.); económicas (tráfico ilegal, «rentabilidad» económica del tráfico...); jurídicas (ilegalidad o penalización del tráfico o consumo de drogas); psicológicas y psicosociales (efectos tranquilizantes o euforizantes de la droga, dependencia, presión del grupo de pares, déficit de modelos de rol, afirmación adolescente a través de la trasgresión de la norma, etc.); o biofísicas (problemas ligados a la administración y abuso de la droga, abstinencia, etc.). Así es que una intervención integral (completa) en un problema de maltrato o droga habrá de contemplar esas facetas básicas e involucrar a expertos o profesionales (sanitarios, psicológicos, policiales y judiciales, etc.) en cada faceta o, al menos, en las principales.

8. GRADOS DE COLABORACIÓN DISCIPLINAR

Las distintas formas de colaboración disciplinar representan grados de aproximación al ideal último de integrar aportaciones diversas en la dirección marcada por objetivos comunes. Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad designan grados crecientes de integración disciplinar. ¿Podemos identificar unas condiciones precisas para que se dé en uno u otro grado la colaboración disciplinar? Sin perjuicio de especificarlas y ampliarlas más ade-

© Ediciones Pirámide

lante (cuadro 8.9), los *requisitos* generales de la colaboración entre especialistas son:

- Un *marco* conceptual y operativo *común* que permita entender globalmente el asunto de interés y situar las distintas aportaciones profesionales.
- Un *acuerdo global* para *distribuir* el conjunto de *tareas* involucradas y establecer los correspondientes papeles de manera que las distintas aportaciones teóricas y prácticas puedan ser articuladas en una acción coherente —y si puede ser unitaria— con las menores interferencias conceptuales, organizativas y personales posibles.
- Un mínimo *lenguaje común* que haga posible tanto la comunicación interna (entre los miembros de un equipo que tienen distintas jergas profesionales) como externa con la comunidad.

Como se ve, incluso las condiciones mínimas para colaborar multidisciplinarmente son difíciles de reunir en la realidad. Así es que es más correcto verlas como un punto de llegada (aunque sea inicial de cara al trabajo externo) que de partida, ya que requieren de los profesionales un período de prueba y acoplamiento mutuo al diferir considerablemente de los hábitos y expectativas sociales transmitidos en la formación académica, pensada, no lo olvidemos, para la especialización, *no* para la interdisciplinariedad.

Multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad designan grados crecientes de integración disciplinar. Examinemos brevemente sus características —recogidas en el cuadro 8.7— a partir de la descripción de Porcel (1985) y notando que la trasdisciplinariedad es más un ideal, casi un artículo de fe, que una realidad tangible: de hecho, que un equipo de trabajo alcance la interdisciplinariedad ya es una rareza, siendo la multidisciplinariedad la forma de colaboración más común y visible, y el mero reparto de casos por disciplinas, un remedo frecuente de la verdadera colaboración disciplinar.

CUADRO 8.7

Grados: multidisciplinariedad, interdisciplinariedad, transdisciplinariedad

Grados	Descripción
Multidisciplinariedad	Cooperación «horizontal» de disciplinas ⟶ mosaico Unidad de trabajo ⟶ profesional individual Conjunto de acciones coordinadas, no acción *(output)* integrado y unitario
Interdisciplinariedad	Cooperación horizontal de personas e integración trasversal y «vertical» de lo producido Permeabilidad de fronteras disciplinares: permite intercambios y *gestalts* parciales Objetivos compartidos por todos Modelo común de comprensión/intervención Unidad de trabajo ⟶ equipo interprofesional Referente básico ⟶ el tema, no la competencia profesional División funcional del trabajo (no forzosamente ligada a disciplinas) *Output* (acción/investigación) integrado y unitario Se conserva lenguaje y metodología de cada disciplina
Transdisciplinariedad	Desaparecen las fronteras disciplinares (fusiones) Integraciones comprensivas/operativas nuevas, globales Lenguaje y metodología común superando lenguajes y métodos de cada disciplina

© Ediciones Pirámide

Multidisciplinariedad. Se da aquí una *colaboración* «horizontal» de disciplinas (teóricas o prácticas) que se reúnen para trabajar de manera *coordinada*: se trata de una «simple» yuxtaposición o mosaico de distintas «piezas» que permanecen casi intactas. Usando los dos aspectos analíticos que luego se distinguirán, en el plano *interno* (el equipo multidisciplinar), la unidad de trabajo sigue siendo el profesional individual, no el equipo, y en el plano *externo* (el *output* que el equipo «entrega» a la comunidad) *no* se produce una acción operativa integrada sino, más bien, un conjunto de aportaciones profesionales más o menos conectadas según el grado de coordinación alcanzado.

Interdisciplinariedad. Aquí, además de una coordinación «horizontal» efectiva, existe una integración «vertical» del producto social del equipo. En el plano interno se trasciende la mera colaboración entre disciplinas de manera que, aunque ésas mantienen sus perfiles propios, sus fronteras se hacen *permeables* permitiendo *intercambios* e integraciones significativas *a través* de disciplinas que hacen aflorar nuevos significados y formas de operar, *gestalts* teóricas y prácticas. De manera que, a diferencia de mera colaboración disciplinar, en la interdisciplinariedad todos comparten los fines de la acción, siendo los objetivos marcados únicos para todos, y la unidad de trabajo el *equipo*, no sus miembros individuales. Existe, por otro lado, una *división* funcional efectiva del *trabajo* que permite asignar las tareas a realizar a los roles profesionales, a partir de un modelo interventivo o conceptual compartido que permite situar aproximadamente el lugar y aportaciones de cada profesión en el proceso global, aun cuando las distintas profesiones conserven su jerga y metodología propios. Siendo el referente básico de la acción (o la investigación) el *tema* o asunto externo (el maltrato o la droga) y no las profesiones o los métodos más o menos específicos de cada una —que han de estar subordinados al proceso interventivo global—, se genera un *output* interventivo *integrado* de un equipo que funciona, por tanto, como conjunto operativo unitario. El citado «desbordamiento» de las fronteras disciplinares permite la fertilización y enriquecimiento mutuo entre disciplinas, así como configuraciones parciales nuevas que pueden suponer avances en la comprensión de, e intervención en, los fenómenos de interés.

Transdisciplinariedad (un ideal más que una realidad cotidiana): se quiebran aquí las fronteras entre disciplinas o profesiones obteniendo *integraciones globales* a través de las profesiones y alcanzando, además, un lenguaje y una metodología comunes y diferenciados de las jergas y técnicas particulares de cada profesión o disciplina.

Es obvio, por lo narrado, que nos basta con los dos primeros términos para describir los intentos reales de colaboración disciplinar. En la gran mayoría de esos intentos encontraremos la forma de coordinación que hemos llamado multidisciplinariedad, alcanzándose más raramente y en el medio y largo plazo grados variables de integración interdisciplinar y, sólo muy excepcional y puntualmente, la nueva *gestalt* transdisciplinar que supere y trascienda el conjunto disciplinar de partida.

9. LOS COMPONENTES DE LA ACCIÓN MULTIDISCIPLINAR

En la acción multidisciplinar coexisten (véase el cuadro 8.8) dos aspectos diferenciados, pero relacionados, que conviene distinguir a efectos de análisis y dinámica: el contenido de la acción y el proceso psicosocial que «soporta» ese contenido.

Contenido técnico de la acción: *qué* es lo que se va a hacer para abordar la cuestión (maltrato, droga, participación...) a tratar. El contenido específico de la acción multidisciplinar depende del asunto concreto que determina la composición del equipo y es, como «objeto de trabajo», *compartido* por todos, aunque cada profesional lo verá de acuerdo con la particular percepción selectiva —antropológica, económica, psicológica, sociológica...— que caracterice a su disciplina. Tal «construcción»

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.8

Colaboración disciplinar: estructura y componentes dinámicos (Sánchez Vidal, 1993)

	Cualidades relevantes
Contenido técnico	«Objeto de trabajo» (asunto de interés) compartido por todos los profesionales pero «construido» de forma distinta por cada uno
Proceso psicosocial	
Nivel personal	Aptitud para compartir y cooperar, seguridad en sí mismo, identidad flexible, capacidad de liderazgo, experiencia de colaboración
Profesional	Estatus, validez de conocimiento y eficacia técnica, tolerancia a ambigüedad de rol, poder gremio profesional
Grupal	Liderazgo, dinámica integradora o conflictiva, autonomía funcional respecto institución, comunicación y autoevaluación
Institucional y social	Ideología social, claridad del encargo, sistemas de jerarquización e incentivos, permeabilidad a deseos y demandas sociales

diferencial de la «realidad» social, junto a la jerga propia de cada disciplina, genera «versiones» distintas del asunto abordado y contribuye a crear distancia social entre los miembros del equipo pluridisciplinar a la hora de relacionarse y trabajar.

El proceso psicosocial subyacente que sirve de matriz y soporte dinámico común de la acción interdisciplinar. Se trata del aspecto interno, psicosocial, del trabajo multidisciplinar. Es el resultado de las características previas y la interacción de los diversos niveles sociales participantes: personal, profesional, grupal, institucional. Interacción tanto horizontal —entre unidades del mismo nivel, profesionales o grupos— como vertical, entre distintos niveles: institución y el profesional o profesión y cada profesional individual.

Niveles. El equipo multidisciplinar, titular habitual del trabajo multidisciplinar, puede ser definido como un conjunto coherente de papeles profesionales orientados hacia una tarea que interactúan en un contexto social pautado (institucional). Conviene, sin embargo, distinguir otros niveles (por encima y por debajo del equipo) cuyas cualidades han de ser tenidas en cuenta al analizar y organizar la dinámica de la colaboración disciplinar. Se trata (cuadro 8.8), en orden de complejidad creciente, de los siguientes.

Personal: las personas «portadoras» de los papeles disciplinares. Las cualidades personales relevantes para la dinámica y funcionamiento interdisciplinar —en buena parte ligadas a la flexibilidad con que se conectan persona y papel disciplinar— son: tendencia a compartir y cooperar, la capacidad empática de percibir y aceptar las posiciones de los otros, el nivel de seguridad personal, la tolerancia a la ambigüedad y la capacidad de liderazgo y la experiencia previa de trabajo interdisciplinar. Una persona tendrá un mayor potencial de «productividad» en el trabajo interdisciplinar en la medida en que: tenga mayor disposición a compartir y trabajar cooperativamente con otros, haya establecido razonablemente su propia seguridad e identidad, tenga tolerancia a la ambigüedad, esté abierta a la discusión y el cambio en sus puntos de vista y haya tenido una

© Ediciones Pirámide

experiencia previa positiva de trabajo grupal. El liderazgo aceptado por el grupo será vital para facilitar el acoplamiento y dinámica interdisciplinar y las ambigüedades y roces que comporta.

Profesional: el papel social efectivo construido alrededor de los conocimientos y competencias pero, también, del prestigio y poder social acumulado por el gremio profesional. Aspectos profesionales importantes en la acción multidisciplinar son: el estatus socialmente reconocido a la profesión y su poder colegial, la validez y aplicabilidad de los conocimientos y técnicas que pueden considerarse propios, la tolerancia a la ambigüedad del papel y la apertura a la redefinición de ese papel profesional. También aquí podrían señalarse unas condiciones óptimas (cuando esos aspectos sean máximos o más favorables) y unas condiciones indeseables (con el nivel mínimo o más desfavorable) para la dinámica interdisciplinar. Hay que notar, sin embargo, dos tipos diferentes de aspectos que pueden generar conflictos grupales: unos, lógicos, ligados a los conocimientos y habilidades propios de cada profesión; otros, no lógicos, ligados al poder o estatus social reconocido (que sólo en parte está ligado a los primeros). Es frecuente que, aunque los enfrentamientos del equipo se presenten como conflictos de conocimiento y competencia profesional, sean, en realidad, episodios de lucha por el poder personal o el estatus profesional que pueden bloquear, si no son resueltos y negociados, el progreso hacia la integración disciplinar.

Grupal: el «centro» de la dinámica pluridisciplinar. Aspectos grupales destacables de cara a esa dinámica son: el liderazgo existente, las vías de comunicación y resolución de conflictos, las oportunidades formales o informales de aprendizaje común, los sistemas de retorno y autoevaluación del grupo, el grado de autonomía que tiene para definir sus objetivos y las tareas a asignar a sus miembros y la posible «penetración» en el grupo de los sistemas institucionales de jerarquización (por ejemplo: los médicos deciden y las enfermeras escuchan, el psicólogo depende, o no, organizativamente del psiquiatra, etc.). Dos competencias básicas del equipo multiprofesional son: establecer procedimientos para *definir objetivos* aceptables para sus miembros (pero también para la institución de que son parte) y *distribuir* racionalmente las *tareas* precisas para alcanzar esos objetivos en base a la competencia real (no nominal) de sus miembros. Si el equipo no realiza con un mínimo de eficacia estas funciones, difícilmente podremos hablar de trabajo interdisciplinar; se tratará, todo lo más, de un grupo plural de discusión de temas y tareas.

Socioinstitucional y organizativo: nivel ya muy complejo que, en la medida en que funciona como sistema de facilitación conductual, puede ejercer una influencia enorme en los otros niveles, a la vez que es influido por el conjunto de esos niveles. Factores y procesos organizativos e institucionales relevantes para la interdisciplinariedad serán: la ideología política y social que guía a la institución y marca sus objetivos básicos; los sistemas de priorización de tareas; la relevancia relativa de lo político y lo profesional en el esquema organizativo global; la claridad del encargo institucional que se trasmite a los equipos profesionales de trabajo; los sistemas de jerarquización y de promoción interna (y el grado en que esos sistemas están relacionados con las titulaciones profesionales); el nivel de recursos; los canales internos de comunicación y cambio de normas; la permeabilidad a las demandas y las reacciones del entorno social o la autonomía de que disponen los profesionales a la hora de marcar objetivos concretos de acciones o distribuir tareas. La acción interdisciplinar será, en principio, favorecida por una institución u organización en que: exista una ideología favorable al trabajo social de amplio espectro, se reconozca la importancia de la eficiencia técnica y su independencia del escalón político, los equipos tengan un encargo relativamente claro y estén dotados de los medios adecuados, los sistemas de jerarquización no sean de base principal —o exclusivamente— profesional, etc. Lo contrario (jerarquía de base profesional, impermeabilidad respecto del entorno social, ideología estrecha o superespecialista de la acción social, etc.) desincentivará el trabajo interdisciplinar.

© Ediciones Pirámide

10. PROCESO Y CONDICIONES

Maruny (1990) ha descrito el proceso de constitución de un grupo interdisciplinar en cuatro etapas:

- *Reivindicación* del lugar de trabajo a partir de la competencia con otras profesiones y de la lucha por encontrar un espacio propio tratando con frecuencia de «desplazar» al competidor.
- *Competencia* por el *poder* y el liderazgo del campo (que, como ya se ha señalado, enmascara con frecuencia los verdaderos problemas interdisciplinares) y, más adelante, por la dirección y gestión de los centros y servicios en que trabajan los profesionales.
- *Debate* sobre la *identidad profesional* del grupo que se ve complicada por el replanteamiento del objeto de trabajo y por la adopción de una de las dos soluciones generales posibles: adaptar el objeto de trabajo a las habilidades del profesional; o adaptar esas habilidades al objeto de trabajo redefinido, es decir, formarse.
- *Análisis interdisciplinar* del objeto de trabajo. Una vez alcanzada la seguridad de los profesionales en sí mismos y en sus instrumentos técnicos y establecida una cierta tolerancia a la ambigüedad, aquéllos pueden centrarse en la realidad externa y alcanzar un estadio de razonable integración mutua y redefinición común del campo de trabajo.

Acoplamiento psicosocial y apoyo institucional. Ya se ve que lo que se está aquí describiendo realmente es la incorporación de una profesión «nueva» (como la psicología) a un área de trabajo (en que se inserta como una cuña) ya «ocupada» por otras profesiones más asentadas como la medicina con las que ha de «competir». Es una visión que resalta, en clave de conflictos de poder, los avatares sociales del paso del trabajo especialista, unidisciplinar, al multidisciplinar, así como las modificaciones que, al recorrer el camino, sufre la profesión. Una visión que, como se indica, no debe ocultar las «verdaderas» dificultades (ligadas a factores técnicos, ya descritos) del trabajo multidisciplinar y que debe, por tanto, ser matizada a partir de los componentes estructurales descritos, que, como se ha indicado, pueden modificar sustancialmente el proceso psicosocial resultante.

Ha de quedar claro, en todo caso, que el trabajo interdisciplinar es un último paso de un proceso que ha de ser precedido por un laborioso período de acoplamiento mutuo de los profesionales que permita *forjar* una cierta *identidad grupal* como paso previo para trabajar juntos con eficacia razonable y sin excesivos conflictos. Un período durante el cual el grupo vivirá relativamente «ensimismado» estableciendo su nueva identidad, autoseguridad, misión a cumplir y reglas de funcionamiento interno, por lo que su eficiencia funcional hacia el exterior se verá casi siempre reducida. En la medida en que ese período es necesario para el bienestar del grupo y para su eficaz funcionamiento posterior, debe ser previsto y *facilitado* por la institución u organización de que es parte el grupo a través de la supervisión (y asesoría externa cuando sea preciso) y el apoyo explícito al proceso. Ello deberá reducir tanto las tensiones internas ligadas a los cambios como la esperable baja de productividad externa; y es esa productividad lo que la comunidad espera, a la postre, de la institución y los profesionales: que sean eficaces, que les ayuden a resolver problemas y alcanzar sus aspiraciones colectivas.

Condiciones. ¿Se pueden sintetizar los distintos requisitos y condiciones técnicas y psicosociales ya citadas de la colaboración multidisciplinar (marco operativo común y acuerdo global para repartir tareas y otros) de forma que captemos la esencia de lo que implica esa colaboración? Simplificando la propuesta de Rueda (1985), podemos resumir en dos las condiciones básicas del trabajo multidisciplinar (véase el cuadro 8.9):

- Que los *conocimientos y destrezas* aportados por los distintos profesionales sean *diferentes* y complementarios, de forma que, idealmente, el conjunto de saberes y habilidades reunidos por el equipo abarque los aspectos conceptuales y prácticos de la globalidad de situaciones a que el equipo se ha de enfrentar. No estamos, pues, abogando por igualar el contenido de los

© Ediciones Pirámide

CUADRO 8.9

Condiciones que posibilitan/facilitan la colaboración disciplinar

- Marco conceptual común de comprensión del asunto de interés ⟶ permite situar la aportación de cada disciplina
- Lenguaje compartido para comunicarse internamente
- Acuerdo organizativo para asignar roles y tareas
- Diferenciación y complementariedad de los conocimientos y destrezas profesionales
- Igualación de poder/estatus ⟶ crea clima de libertad para hacer aportaciones

papeles profesionales (o sea, su difusión en el «magma» multidisciplinar) de forma que «todos hacen de todo» y que la contribución de cada profesional no es diferenciada; ésa es una falsa simplificación de la multidisciplinariedad que en vez de conducir al enriquecimiento (un todo que es más que la suma de las partes) acaba empobreciendo al conjunto (que es *menos* que la suma de las partes).

- Que los profesionales hacen sus aportaciones en pie de igualdad reconociéndose a ésas la misma validez de principio, con independencia de la profesión y categoría organizativa, respecto de las cuales han de estar *igualados.* Y es que la práctica multidisciplinar es, en los aspectos sociales, profundamente igualitaria; será pues preciso algún tipo de acuerdo institucional (o, al menos, grupal) para que sus miembros renuncien —en la colaboración multidisciplinar al menos— al poder o los privilegios derivados de la jerarquía profesional o de cualquier otro tipo. Una condición tan difícil de cumplir como potencialmente revolucionaria si se lleva a cabo —o, al menos, se busca seriamente— para democratizar la vida social de una institución u organización.

Estas dos condiciones se refieren, como se ve, a los dos aspectos (contenido técnico y proceso psicosocial) distinguidos en la acción multidisciplinar cuyos requisitos son, de otra forma, que haya una *diferenciación en el contenido técnico* (de forma que las aportaciones de los profesionales sean aditivas) pero una *igualación en las condiciones psicosociales* desde las que se hacen las aportaciones. O, si se quiere, que la matriz psicosocial sea común e igualadora para todos, pero los contenidos de las aportaciones, diferentes y complementarios (es decir, aditivos).

11. POTENCIAL Y COSTOS

Ya se puede ver, por todo lo dicho, que la multidisciplinariedad ni es una panacea salvadora ni es «gratis». Es, más bien, otra forma de trabajar con importantes potencialidades pero, también, con límites y costos (unos y otros resumidos en el cuadro 8.10) a considerar en cada caso. Entre los *beneficios potenciales* figuran:

- *Ampliar los conocimientos* sobre los temas de interés, obteniendo idealmente una visión global de esos temas no disponible desde los puntos de vista parciales de cada disciplina, lo que acaba conduciendo a una «fertilización» o *enriquecimiento mutuo,* interdisciplinar, inaccesible a cada disciplina por separado. Esto es, el psicólogo, el trabajador social y el pedagogo pueden enriquecerse mutuamente, sin abandonar sus papeles respectivos pero obteniendo una visión integradora que cada profesión por sí misma nunca alcanzaría.
- El *abordaje integrado e integral* (complementario y totalizador) tan necesario en los asuntos sociales en que la acción especialista va a resultar siempre segmentadora y parcial.
- La *redefinición* potencial de disciplinas y profesiones no en función de sus propios métodos y enfoques sino de criterios externos: los intereses y necesidades sociales. Aunque el

© Ediciones Pirámide

abandono del «egocentrismo» disciplinar (véase el mundo desde nuestras propias lentes) exige trabajosos cambios de enfoque y papel, conlleva también interesantes beneficios intelectuales y sociales, ligados a la exigencia de utilidad del conocimiento usado y a la asunción de responsabilidad por los asuntos de la comunidad.

- La *reformulación de las tareas y papeles disciplinares desde la interdepencia*, no desde una supuesta, y falsa, autosuficiencia profesional. No se trata sólo de una lección de humildad para las disciplinas y profesiones, sino de reafirmar la realidad de su dependencia mutua, tan fatuamente negada desde las pretensiones de individualismo y competitividad que dominan en el día a día las disciplinas y sus relaciones.
- El trabajo multidisciplinar aporta un *formato* psicosocial apropiado *para resolver* roces y *conflictos* profesionales que sin el contacto real o no se plantean o se arrastran y agravan en la distancia y el prejuicio. Bien es verdad que el trabajo multidisciplinar crea también problemas que no se darían si no se reunieran distintos profesionales que tratan de colaborar.

Los *límites* o dificultades del trabajo multidisciplinar son, en buena parte, el reverso de los beneficios descritos o sus costos psicológicos y sociales.

- Los *cambios del papel y las tareas* disciplinares *exigidos* para trabajar en función de la totalidad definida por el tema de interés y de los otros profesionales que son parte, también, del proceso.
- *Tiempo y energía.* En el trabajo interdisciplinar las reuniones se multiplican. Si los resultados producidos son superiores a la suma del trabajo individual (en la eficacia externa de la acción, en la producción de conocimiento relevante y en el proceso de ajuste psicosocial del equipo), se producirá una ganancia real a largo plazo. Si no, se estará perdiendo, de forma que la eficiencia relativa del proceso interdisciplinar será más negativa que positiva.
- *Organización.* Las tareas y esfuerzos organizativos y de coordinación se multiplican, la autonomía de funcionamiento institucional puede verse mermada y los procesos de toma de decisiones y realización de las tareas pueden alargarse, a veces considerablemente. Y es que las exigencias (igualación, redefinición de tareas y roles, etc.) de la colaboración multidisciplinar

CUADRO 8.10

Beneficios y costes potenciales de la colaboración disciplinar

Beneficios	Ampliación de conocimientos y visión totalizadora *(gestalt)* de temas Enriquecimiento interdisciplinar Abordaje integrado e integral de asuntos sociales Redefinición de disciplinas y profesiones a partir de intereses y necesidades sociales Reformulación de las tareas y papeles disciplinares desde la interdepencia Formato psicosocial apropiado para resolver roces y conflictos profesionales
Costes	Necesidad de replantear el papel y tarea disciplinar en función de la totalidad y los otros Multiplicación de reuniones Tiempo y esfuerzo personal Aparición de conflictos y roces de competencias profesionales y de poder y estatus de las distintas profesiones Exige un período de acoplamiento Puede exigir redefinir procesos y reorganizar servicios

© Ediciones Pirámide

pueden *exigir cambios* organizativos importantes, algo que, lejos de ser negativo, puede propiciar la *democratización* de instituciones y organizaciones demasiado burocratizadas y replantear las relaciones entre sus profesionales e, incluso, entre éstos y la comunidad.

- *Conflictividad, pérdida de eficiencia y difusión de rol.* Si el grupo no funciona bien o no existe un mínimo de convergencia y sintonía entre sus miembros, es probable que se generen roces y tensiones, aumente el riesgo de que sus participantes se quemen *(burnout)* y la eficiencia global del grupo disminuya en vez de aumentar. La conflictividad y los enfrentamientos pueden hacerse endémicos. El papel profesional puede verse, en fin, confundido y desdibujado en vez de clarificado en el proceso. Naturalmente que esos problemas pueden ser fruto transitorio del período inicial de acoplamiento del grupo pudiendo, y debiendo, solucionarse con apoyo institucional y profesional externo.

RESUMEN

1. Participar es *tomar parte* en una actividad o proceso. La participación encarna la dimensión *política* de la intervención comunitaria, de la que es condición esencial: sin participación no podemos llamar a una acción «comunitaria». Su significado concreto depende de la importancia social de la actividad en que se participa, del significado subjetivo para los colectivos que la llevan a cabo y de la eficacia, los resultados, de la acción participativa.
2. La participación es uno de los pilares para *legitimar* la intervención comunitaria: establece el carácter comunitario de la acción (protagonizada por la comunidad) y es un «vehículo» de desarrollo humano. Es, también, una *estrategia* para facilitar el cambio social que transforma a las personas en sujetos agentes y potentes; para el psicólogo implica *compartir* el *poder* con los otros; para la comunidad, *acceder* al poder.
3. La participación está presente de distintas *formas* en la vida social. La participación *desde abajo*, propia de la acción comunitaria, recoge las necesidades e intereses de la gente. La participación «mandada» *desde arriba* es guiada por objetivos, usa canales institucionales preexistentes y se hace a través de organizaciones. Son dos caras necesarias y complementarias de la misma moneda: la participación informal necesita organización para durar y ser eficaz, pero los canales institucionales u organizativos serán cauces estériles si no conectan con problemas y anhelos reales de la gente.
4. La participación no es un artefacto mágico, sino un fenómeno regido por *reglas* que se da en un *contexto social* complejo cuya singularidad debe *examinar* el interventor, siendo consciente de que: puede haber discrepancias entre sus objetivos (cambio social) y los de la gente (relaciones y pertenencia social); la gente ya participa en la vida social de muchas formas; no todas las actividades son igualmente abordables, por métodos participativos, siendo a veces necesario modificar estructuras administrativas; las exigencias excesivas de participación pueden resultar contraproducentes, generando rechazo y mermando la eficacia de las acciones en el corto y medio plazo.
5. En la *práctica* de la participación comunitaria se *recomienda*: partir de las necesidades e intereses de la gente, verla como un proceso de aprendizaje dinámico que exige, además de actitudes favorables y cooperativas de las distintas partes, una formación técnica del psicólogo comunitario. En el proceso participativo conviene que el interventor: «muestre» beneficios tempranos tangibles que sostengan el

© Ediciones Pirámide

esfuerzo a la larga; combine objetivos concretos con actividades; «rompa el hielo» social y facilite la solidaridad colectiva; evite tanto el intervencionismo innecesario en la marcha del proceso como el «seguidismo» pasivo del grupo; vigile los vicios (victimismo, queja generalizada, disputas constantes, discusiones triviales) típicos de las dinámicas asamblearias; ayude a abrir canales de comunicación de abajo arriba, y asegure su autoestima para que no perjudique la dinámica participativa.

6. La participación tiene *beneficios* y límites potenciales. Ventajas potenciales son la generación de poder colectivo, activación colectiva, el aporte de sentimiento de pertenencia y relación y cohesión social. *Costos* posibles son la limitación a corto plazo de la eficacia de las acciones, la mayor lentitud de los procesos, la necesidad de redefinición de tareas y papeles y la exigencia de tiempo y energía personal.
7. La *multidisciplinariedad* es un procedimiento de colaboración disciplinar y síntesis temática que se *justifica* por la transversalidad y complejidad dimensional de las cuestiones sociales, los nuevos retos y problemas sociales, las dificultades asociadas a la especialización investigadora y técnica y las exigencias en el mundo social de abordajes totalizadores centrados en los temas, no en las disciplinas o métodos de investigación o intervención. Las distintas formas de colaboración disciplinar son una respuesta a esos retos y preocupaciones.
8. Hay varios *grados* de colaboración e integración disciplinar. La *multidisciplinariedad* supone una cooperación horizontal entre profesionales individuales que produce un conjunto coordinado de acciones. En la *interdisciplinariedad* existen, además, integraciones horizontales (síntesis teóricas y prácticas parciales) y verticales, una acción integrada como resultado de la permeabilidad de las fronteras disciplinares; hay, además, un modelo común de compresión e intervención, objetivos comunes y un equipo que funciona como unidad efectiva de trabajo. En la *transdisciplinariedad* desaparecen las fronteras entre disciplinas dándose integraciones globales y generándose conocimientos, lenguajes y métodos nuevos superiores de los de cada disciplina. La multidisciplinariedad es la forma más frecuente de colaboración disciplinar; la interdisciplinariedad es un logro parcial e infrecuente, y la transdisciplinariedad, casi un artículo de fe.
9. La acción multidisciplinar está formada por un *contenido técnico*, el «objeto de trabajo» común a todos, y un *proceso* o matriz *psicosocial* de soporte con varios niveles: personal, papel profesional, grupal (equipo multiprofesional) y socioinstitucional. Cada nivel contiene aspectos cuyas cualidades facilitan o dificultan la dinámica interdisciplinar: la disposición a cooperar o la flexibilidad de la identidad en el nivel personal; los conocimientos, técnicas, poder social y definición del papel profesional; el liderazgo, autonomía funcional, comunicación y gestión de conflictos en el grupo; y la ideología social, claridad del encargo, permeabilidad comunitaria y sistemas de recompensa y jerarquización en el nivel socioinstitucional.
10. La colaboración multidisciplinar exige un período de *desarrollo y acoplamiento* personal y profesional que suele suponer un «ensimismamiento» del equipo —que precisa el apoyo de la institución— en que puede disminuir su eficacia externa. *Condiciones* prácticas para la colaboración disciplinar son: un marco conceptual y operativo común, un lenguaje compartido, un acuerdo para asignar tareas y papeles, la diferenciación complementaria de los conocimientos y destrezas aportados y la igualación del poder y estatus en el proceso.
11. La colaboración disciplinar tiene costos y beneficios. Los *beneficios* esperables incluyen la ampliación totalizadora de conocimientos y técnicas y el enriquecimiento mutuo, el abordaje integral de los asuntos, la redefinición de profesiones y disciplinas en función de las prioridades sociales (no de las propias) y el aporte de un formato psicosocial apto para resolver los conflictos interdisciplinares. Entre sus *costes y límites* figuran: la necesidad de replantear los papeles y tareas desde un punto de vista más totalizador y de reorganizar estructuras y servicios; la aparición de roces y conflictos de poder y competencia, y la multiplicación de las reuniones con la consiguiente demanda de tiempo y esfuerzo personal.

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Participación social
- Participación desde abajo
- Participación desde arriba
- Organización de la participación
- Principios técnicos y estratégicos de la participación
- Multidisciplinariedad
- Interdisciplinariedad
- Transdisciplinariedad
- Componentes de la colaboración disciplinar
- Condiciones de la multidisciplinariedad

LECTURAS RECOMENDADAS

Sánchez Alonso, M. (2000). *La participación: Metodología y práctica* (3.ª edic.). Madrid: Popular.
Breviario relativamente sencillo de orientación práctica y metodológica; incluye numerosos esquemas sobre cómo realizar procesos de participación social.

Marchioni, M. (1991). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Popular.
Libro más amplio sobre la participación comunitaria a partir de un esquema conceptual más general; incluye ejemplos en varios barrios y comunidades españolas.

Revista de Trabajo Social, 97 (1985).
Monográfico dedicado a la multidisciplinariedad en el trabajo social.

Sánchez Vidal, A. (1993b). Interdisciplinariedad en la acción social. En C. R. Navalón y M. E. Medina (comps.), *Psicología y Trabajo social* (pp. 379-392). Barcelona: DM-PPU.
Consideración general de la multi e interdisciplinariedad desde un punto de vista psicosocial.

© Ediciones Pirámide

Ética de la intervención comunitaria 9

1. RELEGACIÓN DE LA ÉTICA, ANOMIA Y REACCIÓN SOCIAL

Aunque los valores fueron reconocidos como pilar central de la PC por Rappaport, que subtituló su libro (1977) «Valores, investigación y acción», el campo en su conjunto ha ignorado o desdeñado sus connotaciones éticas, que sólo recientemente han comenzado a recibir la consideración explícita que por su importancia merecen. La tendencia es, con algún matiz importante, similar en la psicología general, que ha confinado la valoración ética a dos estrechos reductos: el pragmatismo de la ética profesional y la retórica grandilocuente o del ocasional pronunciamiento político. Aunque no carentes de interés, lo cierto es que tanto la regla deontológica como el gran discurso ético-político resultan harto limitados para guiar la ciencia y la acción social, llevando a despachar los problemas éticos con referencias individuales poco ajustadas a la complejidad de los temas sociales o con generalidades retóricas más útiles para situar ideológicamente a quien las emite que para guiar la práctica. Y es que, en general, tanto la práctica como la ciencia psicológica suelen mostrar ante los valores y la ética una actitud de desconfianza y prevención.

Aunque la *ciencia*, más ligada al estudio, ha tratado de esquivar la ética adoptando una postura de neutralidad valorativa y distanciamiento objetivo, los aspectos valorativos irrumpen descaradamente en distintos momentos del proceso investigador y a la hora de usar socialmente los «productos» científicos (evaluación, técnicas grupales, mediación en conflictos, gestión psicosocial de organizaciones, etc.). El discurso académico refleja con frecuencia una ambivalencia a implicarse en la acción social (que se percibe como conveniente pero, a la vez, arriesgada) que se racionaliza subrayando las dificultades de implicarse en la acción y el daño que esa implicación puede acarrear a la ciencia «pura». En el caso de la *práctica* psicológica, aunque su mayor cercanía a la acción y la toma de decisiones la confronta más directamente con las valoraciones y opciones éticas, no es difícil detectar en el discurso «aplicado» una resistencia a juzgar éticamente las acciones realizadas y a considerar otras alternativas más deseables que acaba suponiendo una *legitimación a posteriori* de la acción en vez de un análisis crítico de ella. Se observa así una curiosa simetría de posturas en el tema ético: las áreas prácticas insisten en la acción rehuyendo el distanciamiento y la crítica analítica; las áreas académicas resaltan el análisis distanciado rehuyendo la acción. En algo acaban coincidiendo, sin embargo, ambas áreas: en esquivar el juicio ético sistemático de su trabajo teórico y práctico y en evitar la evaluación moral tanto de lo que hacen como de lo que, por omisión, dejan de hacer, algo especialmente cierto en el área social (incluyendo ahí, desde luego, a la comunitaria).

La PC, por su parte, ha abusado del doble rasero a la hora de juzgar: se critican con crudeza los supuestos científicos y valorativos de otras áreas y

© Ediciones Pirámide

formas de trabajar —la clínica sobre todo—, reservándose para sí un juicio indulgente y un aura angelical de pureza ética que no resiste el contraste con la realidad. Subyace ahí un *maniqueísmo* no por ingenuo menos rechazable: no podemos juzgar lo propio en base a intenciones y aspiraciones y lo ajeno en base a logros reales. Debemos «medirnos» a nosotros mismos con la misma vara que a los demás, y eso pasa necesariamente, en ética, por valorar las acciones —lo que en realidad hacen los psicólogos comunitarios— en función de concepciones ideales de lo que *deberían* hacer. Ello significa partir de la realidad y juzgarla, no esconderla o embellecerla artificialmente. Significa, también, afrontar las cuestiones éticas con realismo, separando retórica y realidad, intenciones y logros, usando, en fin, el mismo rasero para medir teoría y acción propias que para medir otras teorías y acciones psicológicas y sociales.

¿Qué consecuencias prácticas tiene la situación de *anomia* descrita en el campo psicosocial para el trabajo comunitario? El interventor queda en una situación delicada. Como practicante profesional tiene responsabilidades por los conocimientos y técnicas que por delegación social maneja, pero carece, al mismo tiempo, de las pautas de comportamiento adecuadas a su nivel y forma de trabajo. El «olvido» de la ética y los valores tiene pues un impacto estresante sobre el trabajador, que, como en toda situación de déficit institucional, acaba *absorbiendo personalmente* la carencia de normas sociales de comportamiento y las dudas y dificultad para resolver los conflictos que la acompañan. Todo ello acaba socavando la dedicación y militancia inicial, «quemando», en resumidas cuentas, al trabajador en un principio entusiasta e implicado.

El examen ético de la intervención comunitaria es, pues, inaplazable, tanto en el nivel «teórico» y genérico de los valores y principios, como en el nivel de las cuestiones y dificultades concretas afrontadas por el interventor comunitario en el día a día que obligará a encarar las dudas y conflictos recurrentes de la práctica. La elaboración de una ética comunitaria habría, pues, de tener en cuenta a la vez valores y principios generales, por un lado, y casos concretos, por otro; y debería confrontar unos y otros a través de métodos de análisis adecuados. Es precisamente ese enfoque desde la realidad cotidiana lo que hace especialmente útiles dos documentos básicos en este terreno: el libro de Bermant, Kelman y Warwick (1978) *The ethics of social intervention* y el monográfico del *American Journal of Community Psychology* (1989): ambos plantean y examinan cuestiones éticas relevantes a partir de casos reales de la práctica social y comunitaria.

Contexto moral y reacción social. Las necesidades éticas del campo comunitario desentonan, sin embargo, con el clima social actual. La lógica posmoderna desacredita toda certeza o creencia sólida y la ideología dominante (neoliberalismo y globalización) ordena suprimir toda regla social o responsabilidad pública protectora. La acción social, cada vez más consciente de sus implicaciones y dificultades morales y de lo primitivo de su reflexión sobre ellas, intenta, en cambio, construir una ética operativa válida que dé respuestas a los dilemas y dificultades que el interventor afronta en el día a día. Así es que nuestro análisis no puede ser guiado por las líneas disolventes y derrotistas del discurso posmoderno, cuya influencia tampoco puede negarse. Sí debe, sin embargo, ayudarnos a entender el enfrentamiento, nada casual, de trayectorias éticas de PC y contexto intelectual y social que son, en realidad, haz y envés de una misma realidad. Dado que la gente necesita pautas y guías de comportamiento en su vida personal y en su funcionamiento social, la anomia global debe ser compensada con la norma sectorial o local; el vaciamiento social de reglas y valores exige una normativización de los ámbitos concretos de acción social, de forma que cuanto más anómica es la escena social global, más necesario es que personas y colectivos concretos se doten de pautas éticas de actuación en sus respectivos ámbitos de actuación. Ese rearme moralizador y normativo es también visible en la sociedad general, en la que la miseria moral y crueldad del «mercado» global, la fragmentación social y el monopolio del racionalismo utilitarista suscitan demandas crecientes de valores, normas y vínculos que iluminen las zonas de incertidumbre, vertebren y den significado a la

© Ediciones Pirámide

vida personal y social y ayuden a conciliar intereses crecientemente dispares de los grupos sociales en el escenario social actual.

Esbozo aquí una ética aplicable a la intervención comunitaria, una ética práctica que, aunque tiene su punto de partida en la deontología profesional, considera tanto las condiciones (complejidad, ambigüedad) diferenciales de lo social como los valores (justicia social, solidaridad, interdependencia, diversidad, etc.) y filosofías sociales que inspiran éticamente las distintas maneras de organizar la vida social. Se trata de una ética *social*, en un doble sentido: primero, porque su destinatario y titular son sociales; segundo, distanciada de la ética filosófica en la dirección social aunque sea a costa de caer en un cierto relativismo (al menos en el método) difícilmente evitable cuando se desciende desde el esencialismo y homogeneidad filosófica hasta la mundana concreción y diversidad de la vida social. Una ética, en fin, realizable que, aun teniendo en cuenta el idealismo comunitario, pueda ser incorporada al papel interventor como una parte de su hacer cotidiano.

En este capítulo se dan primero unas nociones simples de ética aplicada a lo social; identifico después los temas generales y las cuestiones éticas más frecuentes en la práctica social; y se describe finalmente un procedimiento para analizar las dificultades éticas a partir de un conjunto de valores deontológico, sociales y comunitarios y de los actores, las opciones y sus consecuencias. Me baso en escritos anteriores (Sánchez Vidal, 1996a, 1998, 1999, 2002a y 2002b), sobre todo en los dos últimos.

2. ÉTICA SOCIAL APLICABLE

La ética busca definir y hacer el bien. Su objetivo es, pues, doble: *identificar el bien* y el mal, evaluando las acciones humanas como «buenas» o «malas»; sostener el *deber* u obligación *moral* de actuar de acuerdo con esos juicios de *valor*. Más concretamente, la ética trata de los valores y principios morales (como justicia, autonomía, verdad o diversidad) desde los que se puede juzgar el comportamiento humano como bueno o malo, entendiendo el binomio bondad-maldad no como una dicotomía absoluta, sino como dimensiones graduables, que admiten grados. De forma que, en el polo de la bondad, podremos juzgar unas acciones como mejores que otras y, en el polo de la maldad, unos comportamientos como peores o más indeseables que otros. Corresponde aquí «aplicar» la ética a la acción comunitaria, aclarando la naturaleza y dinámica operativa de la misión ética del psicólogo comunitario, en el supuesto de que su actuación no sólo debe ser eficaz, sino también ética, conforme a principios y normas morales acordados por el conjunto de psicólogos (o por el conjunto de interventores) comunitarios (en que también han de tener voz las comunidades con que trabajan). Hay, sin embargo, que añadir una tercera acepción de la ética —común en la tradición filosófica occidental pero de escasa utilidad en el enfoque usado aquí— que la asocia a la búsqueda del buen vivir, de la felicidad.

Mientras que la ciencia y la técnica presuponen determinación —para poder identificar las causas y efectos de las acciones sociales—, la ética parte de la asunción radical de *libertad*: los humanos podemos elegir y autodeterminarnos. Al darnos, así, una visión de la sociedad como fruto de la elección y la *acción humana* (no de «fuerzas» despersonalizadas, aunque racionales, como la ciencia, la técnica o la economía), la ética «exige» que nos *responsabilicemos* de *nuestro mundo* y que usemos la libertad y el poder que poseamos para *recrearlo* como producto humano y para humanos en vez de aceptarlo como un dato externo e inalterable. Como otras dimensiones valorativas, la ética es, así, un complemento imprescindible del examen científico o técnico, que dan una visión muy parcial y sesgada de la realidad y la acción social; especialmente cuando —como en el caso de la intervención comunitaria— nos movemos en el terreno de las acciones o relaciones entre personas y grupos humanos y no como otros campos no sociales, que tratan de la relación de los humanos con materias inertes o seres vivos no humanos. La importancia de la ética no reside sólo en complementar —como reverso humanista y personalizado— a ciencia y técnica deshumanizadas, sino, también, en regular el

© Ediciones Pirámide

uso que se hace de ambas en la acción social. La ética profesional es, además, la base y el criterio para que la comunidad controle y evalúe moralmente a los interventores profesionales y el conjunto de sus acciones, en función de la conformidad de las acciones y sus consecuencias a los valores y principios deontológicos acordados.

2.1. Sistemas de valor, relativismo metodológico y modulación contextual

Los *valores* son, como se ha señalado, la sustancia de la ética: los «ladrillos» con los que se construye. La ambigüedad y la polivalencia del concepto «valor» suscitan, sin embargo, cuestiones teóricas de peso en las que no vamos a entrar. Sí es, en cambio, preciso desde el punto de vista práctico especificar más el significado y función ética de los valores, así como sus propiedades y modo de funcionamiento dinámico en un contexto dado, de forma que podamos manejarlos con razonable eficacia y claridad en la acción social. Una forma sencilla e intuitiva de entender los valores morales es identificarlos con las *cualidades* deseables en las personas (honestidad, autonomía, veracidad) o las instituciones sociales (justicia social, solidaridad, diversidad, etc.), de forma que el conjunto limitado de esas cualidades conformaría el *ideal* de persona o de sociedad, el «perfil moral» deseable para nuestros hijos o para la comunidad en que nos gustaría vivir.

¿Qué *función* tienen esos valores en la acción social? ¿Cuál es su relación con la actuación del psicólogo comunitario? En la medida en que los valores dibujan rasgos deseables, el interventor debe *promoverlos* implícitamente, en sus relaciones profesionales, y explícitamente, en su actuación social. De forma que su relación con los clientes o la comunidad ha de ser veraz, equitativa y respetuosa con los otros y su actuación social ha de contribuir a aumentar —no a disminuir— el poder, la justicia social o la autonomía de la comunidad y de las personas que la forman. Por el contrario, valores negativos como la desigualdad, la infidelidad o el engaño han de ser rechazados evitando que sean la base del comportamiento profesional y la acción social. Los valores éticos deben, resumiendo, guiar la conducta del psicólogo comunitario y orientar la intervención comunitaria en su conjunto al identificar las características de la comunidad —y el mundo— en que queremos vivir y de las personas con las que merece la pena convivir. Son, recapitulando, la base ética de la intervención comunitaria o, mejor, una de sus bases: más adelante introduciremos las consecuencias como otro ingrediente ético importante.

Para poder usar adecuadamente los valores en la ética social, necesitamos una visión totalizadora y relacional en que, lejos de ser elementos absolutos y aislados, de «valía» intrínseca, los valores forman sistemas o constelaciones que la gente —personas o instituciones sociales— tienden a asociar. Esta visión permite identificar morales «regionales» o temáticas como conjuntos coherentes de valores; así la moral cristiana (amor, caridad, perdón, vida, dignidad personal), la ética de la modernidad (libertad, justicia, racionalidad, individualismo, hermandad), el neoliberalismo (competencia, beneficio económico, autointerés, iniciativa privada, responsabilidad individual). Y aunque esa visión nos aboca a un cierto relativismo moral —casi inevitable en el abordaje metodológico de la ética social—, nos permitir actuar —elegir y tomar decisiones— en la práctica ordenando o *jerarquizando* los valores y examinando sus *relaciones* mutuas en un contexto y situación dados. De forma que, con frecuencia, promover unos valores significará debilitar o socavar otros: como se ha comentado en varios capítulos, favorecer la autonomía individual socava la solidaridad social e interdependencia personal; el igualitarismo social (de salarios, promociones, etc.) tiende a reducir la eficacia productiva (y viceversa, promover la eficacia social tiende a generar desigualdades); buscar más seguridad suele conllevar recortar libertades, y así sucesivamente.

Tampoco se puede, en general, impulsar todos los valores a la vez, porque el interventor comunitario no tiene el conocimiento o la energía suficientes. De manera que, en la práctica, el psicólogo

© Ediciones Pirámide

deberá con frecuencia elegir entre valores deseables (o indeseables) pero no en el mismo grado y promover algunos valores especialmente deseables, desechando otros, menos valiosos. Puede ser que mantener la confidencialidad (y la confianza, que es el valor de fondo) en la información concerniente a un cliente implique violar el derecho del público, o sus representantes sociales, a estar informado. Trabajar con, o servir a, un colectivo impedirá muchas veces trabajar con el conjunto de la comunidad o con otros colectivos. El aumento del poder o recursos sociales de un grupo marginal para favorecer la justicia social suele conllevar el recorte del poder de otros grupos más ricos o poderosos. Así es que *jerarquizar valores* y *reconocer sus interconexiones* es imprescindible para operar éticamente en la escena comunitaria: permite tomar decisiones cuyas consecuencias —otro elemento esencial a considerar— serán polivalentes según los valores de cada grupo social, favoreciendo a unos grupos sociales y perjudicando a otros. Y eso es crucial en la intervención social, en que la pluralidad y heterogeneidad de valores es —a diferencia de la clínica— norma, no excepción.

Un último aspecto a tener en cuenta en la práctica de la ética social es el efecto modulador que sobre el peso y significado de los valores tienen el contexto sociocultural y la situación histórica; un efecto que es mayor en los valores más «periféricos» y menor en aquellos que —como la vida, la seguridad, la dignidad, la libertad o la justicia social— consideremos valores «fuertes», generales o casi universales. Por ejemplo, aun tratándose de un valor «fuerte», la justicia social no tendrá la misma importancia y fuerza movilizadora en un contexto social de mucha pobreza y enormes desigualdades (del «tercer mundo») que en una sociedad más rica y con diferencias menores o cuando se refiere a asuntos (de «bienestar», no de mínimos vitales) menos acuciantes. No significa lo mismo la libertad en tiempos (o lugares) de dictadura o represión general que en períodos en que las libertades cívicas están garantizadas. Ni tendrá el mismo trato la confidencialidad en un contexto urbano que en uno rural (donde todo el mundo sabe lo que hacen los demás), en que puede ser imposible de mantener en la práctica. De hecho la primera tarea de la ética «aplicada» (entendida como aplicación de valores a casos y situaciones concretos) será *identificar qué valores son relevantes a la situación y en qué medida lo son*.

2.2. Características de la ética aplicada a lo social y niveles de análisis

Podemos resumir como sigue los *rasgos distintivos* de la dimensión ética de la acción comunitaria (cuadro 9.1).

- Si consideramos con Downie (1971) que la ética social se construye sobre los pilares de los *valores morales* y los *papeles sociales*, nuestra misión sería «aplicar» la ética al papel de interventor comunitario, sin olvidar la plataforma práctica existente, aunque pensada para individuos: la deontología psicológica.
- La tarea ética es eminentemente práctica: implica hacer *juicios de valor* y tomar *decisiones* en base a valores relevantes. Su aportación consiste, por tanto, en introducir los valores morales en los procesos de actuación y toma de decisiones sociales que tradicionalmente incluían sólo conocimientos técnicos y estratégicos.
- Los *valores morales*, la base de la ética, son ideales o cualidades deseables en las personas o instituciones sociales. En la vida social, no son absolutos sino relativos y jerarquizables en función de la «valía» atribuida y de otros valores relevantes y tienden a ser agrupados en constelaciones o «sistemas» interrelacionados, de forma que la valoración ética no puede hacerse aisladamente, con un solo valor, sino conjuntamente con los valores relevantes al caso. Habrá también que tener en cuenta el contexto y la dinámica social y humana en que los valores se inscriben y adquieren significado global.
- El psicólogo debe *responder* ante la comunidad del uso que hace de la autonomía profesional y del *poder* y *la técnica* que la sociedad

© Ediciones Pirámide

CUADRO 9.1

Ética, básica y aplicada: concepto y carácter

Concepto y aspectos	**Descripción y carácter**
Ética trata de	El bien, lo bueno (justicia, libertad, verdad) El mal, lo malo (injusticia, opresión, mentira) El deber y la obligación moral La vida buena/la felicidad
Materia básica: **valores**	Como sistemas organizados { interrelacionados / jerarquizables }
Supone	Alternatividad a la realidad actual: lo que *debe ser*, no lo que es Bipolaridad { lo malo, censurable, indeseable (crítica moral) / lo bueno, ideal, deseable (modelos positivos de comportamiento) }
Ética aplicada a	Comportamiento/vida personal ⟶ ideal de persona (virtudes) Conducta profesional ⟶ ideal profesional (buena práctica) Comunidad/sociedad ⟶ ideal de comunidad e instituciones sociales
Implica	Elegir/optar Hacer juicios de valor } en base a valores éticos Tomar decisiones

ha puesto en sus manos garantizando que uno y otro serán usados para mejorar la vida de la gente, no simplemente su propia carrera o currículo. El interventor es responsable porque tiene libertad y poder; debe, pues, responder de cómo y para qué usa la una y el otro en su actuación social; cuanta mayor autonomía y poder, más responsabilidad tendrá.

- Las *decisiones* a tomar en la intervención comunitaria implican libertad para elegir entre *opciones* o alternativas de actuación que han de ser sopesadas tanto desde los valores del interventor y los actores sociales como desde las *consecuencias* previsibles de las acciones derivadas de cada opción.

Alternatividad realizable y dualidad de la tarea ética. Para evitar interpretaciones estrechas —excesivamente pragmáticas o negativas— de la tarea ética, conviene destacar, finalmente, dos características intrínsecas a esa tarea: su alternatividad y su dualidad. La ética no se refiere a la realidad existente, lo que es, sino a lo que —como alternativa o posibilidad— *debe ser*. Implica, por tanto, una cierta autonomía respecto de la realidad dada, o, si se quiere, juzgarla desde ideales o valores morales para poder cambiar esa realidad (y el comportamiento humano) en función precisamente de esas nociones de lo deseable, de lo que debe ser. No se trata, pues, de aceptar el comportamiento o la realidad dada (de legitimar, en definitiva, lo establecido), sino de *transformar* esa realidad, *lo que es* (el punto de partida de la acción), *en función lo que debe ser,* que, como meta deseable o ideal, marca el punto de llegada. Pero esa afirmación requiere una consideración complementaria: si queremos que, además de ética, la tarea sea factible, hemos de definir valores y señalar metas realizables para el actor social común y corriente, no para héroes morales. Estoy abogando, en otras palabras, por una ética practicable, que, sin dejar de ser ética, tenga en cuenta los aspectos técnicos y estratégicos (capítulo 7) de la intervención. Una ética, pues, distante del rigorismo irrealizable que acaba conduciendo a la doble moral: se predica una cosa para la galería pero se hace otra en la realidad. Segundo, dualidad: la ética tiene una doble virtualidad. *Negativa*: establece límites y sanciones en lo que se puede hacer y las condiciones sociales a aceptar a partir de lo que consideremos malo, incorrecto o indeseable y censura y critica condiciones sociales y conducta profesional. Pero también *positiva:* los criterios éticos deben orientar el comportamiento de las personas y su desarrollo humano o social en la dirección de lo que se juzga bueno, correcto o deseable. La ética debe identificar y aportar valores y opciones sociales positivas, virtudes personales, derechos sociales y modelos de comportamiento profesional y personal.

© Ediciones Pirámide

Niveles y análisis ético. Es muy útil para el análisis distinguir dos niveles —abstracto y concreto— en la ética social e individual. El nivel general o *abstracto* está habitado por valores (libertad, justicia, verdad...) y principios (autonomía, beneficencia o igualdad, etc.) que orientan la acción social. Los principios serían reglas generales de actuación, basadas en valores: así del valor justicia se deriva el principio de perseguir la igualdad, o del valor libertad, el principio de fomentar la autonomía de las personas. El nivel *concreto* es el de la actuación y comportamiento de los actores sociales (incluido el practicante) y, por tanto, el de las cuestiones éticas singulares y reales que se plantean y el juicio moral específico que merecen. Es costumbre asumir que el análisis ético correcto consiste en proceder de *arriba abajo,* desde los valores y principios abstractos hasta el comportamiento y cuestiones concretas: los valores y principios orientan el comportamiento del actor comunitario, indicando lo que debe hacer en una tesitura concreta y qué solución dar a las cuestiones y dilemas específicamente planteados. O sea, la «aplicación» de los valores y principios éticos y sociales a las situaciones y comportamiento singulares nos indicaría la solución a los problemas éticos o, en el análisis a posteriori, hasta qué punto el actor ha actuado correctamente.

Eso es cierto sólo a medias, porque el esquema puede también ser recorrido de *abajo arriba*: partiendo de las cuestiones y dilemas éticos de la práctica cotidiana del interventor comunitario, podemos deliberar sobre las «soluciones» a esas cuestiones y sobre cómo conducirse correctamente en cada caso, infiriendo desde ahí los principios de actuación o valores apropiados. Los niveles se pueden conectar bidireccionalmente, como indica la figura 9.1: desde las cuestiones y conductas concretas hacia los principios y valores generales o desde éstos hacia las conductas, resultados y

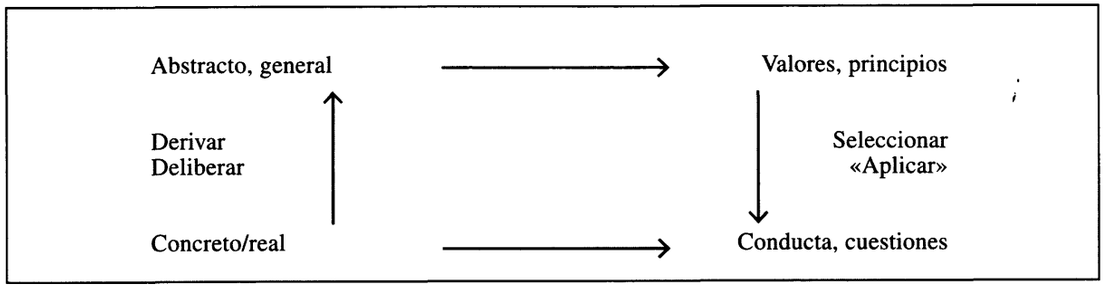

Figura 9.1.—Niveles y procesos de análisis ético.

© Ediciones Pirámide

problemas observables. En la realidad conviene combinar ambos procesos, de ninguna manera incompatibles sino más bien complementarios y necesarios en un área, la social, en la que la indeterminación y complejidad valorativa es más regla que excepción. Debemos así tratar de aplicar los valores ya establecidos en un área para actuar y generar nuevos valores y modificar los existentes a partir de la actuación cotidiana, por un lado. Pero debemos, también, *deliberar* antes de actuar —y reflexionar después— para generar pautas específicas de actuación y criterios más generales a partir de las consecuencias reales de las acciones y de la conciencia y los «sentimientos» morales asociados (satisfacción, reproche, etc.) resultantes de esas acciones.

3. ACCIÓN MORAL PROFESIONAL: ESTRUCTURA

La *deontología*, la ética profesional, tiene una larga tradición en medicina. Como la moral filosófica, la deontología se construye en base a una relación diádica entre un profesional y un «otro», un cliente individual, en que las acciones del primero producen unas consecuencias que se presuponen beneficiosas para el cliente y de las que el profesional es, en todo caso, responsable. Examinemos telegráficamente los ingredientes de la acción moral profesional esquematizados en la figura 9.2 y discutidos con más amplitud en otro lugar (Sánchez Vidal, 1999).

La parte izquierda del esquema, centrada en el sujeto «titular» de la acción y lo que él/ella y su entorno conllevan, es la «región» *subjetiva*, previa al contacto con otros, o la acción, en que los significados morales son configurados por la visión del sujeto y su entorno sociomoral concreto. La relación con otros o la acción en relación a ellos constituye la «región» *objetiva* en que los significados éticos cobran naturaleza más social y objetiva al incluir el punto de vista de otros actores y las consecuencias de las acciones del sujeto (el profesional en nuestro caso) sobre los actores y sus contextos vitales. No se trata de introducir una dicotomía gratuita sino de dejar bien clara desde el principio no sólo la naturaleza social de *toda* la ética, sino sobre todo los dos aspectos o lógicas —subjetivos y objetivos, intenciones y resultados— que debemos tener en cuenta en el análisis ético. Recorramos el esquema de izquierda a derecha, del polo subjetivo y previo al polo objetivo y posterior, revisando telegráficamente los ingredientes de la acción moral profesional. Al *profesional* —una persona ejerciendo ese papel social— titular de acción ética se le supone libertad de elección y acción (autonomía profesional), conciencia moral, intenciones (benéficas, se asume) y poder técnico.

- La *conciencia moral* permite distinguir el bien y el mal y, por tanto, juzgar moralmente las acciones identificando el proceder más meritorio o correcto. Dado su carácter individual, presenta algunas dificultades en un campo en que, siendo los temas complejos y polivalentes, se hace muchas veces difícil juzgar una acción como simplemente «buena» o «mala». Si el juicio ético se basa, además, en la «aplicación» reflexiva de la conciencia personal ¿cómo se producen los juicios éticos sociales, de un equipo multipersonal, por ejemplo? Evidentemente a través de la discusión y deliberación moral colectiva, que no puede ser sustituida por el mero consenso, aunque ése sea el procedimiento final de decisión y formación de opinión ética.
- La *libertad* de elegir o actuar, la otra «pata» del acto ético: sin conciencia moral no hay acto ético; sin libertad, tampoco. En nuestro caso, el profesional ha de tener *autonomía profesional* —capacidad de actuar y decidir lo que es más conveniente hacer— para que se le pueda exigir responsabilidad por lo realizado. Pero en la realidad profesional la libertad absoluta no existe; puesto que se trata de un proceso social, la libertad del interventor topa tanto con la libertad de los otros (sean esos clientes o colegas) como con las restricciones (económicas, ideológicas, organizativas, etc.) que toda acción social suele conllevar. De modo que

© Ediciones Pirámide

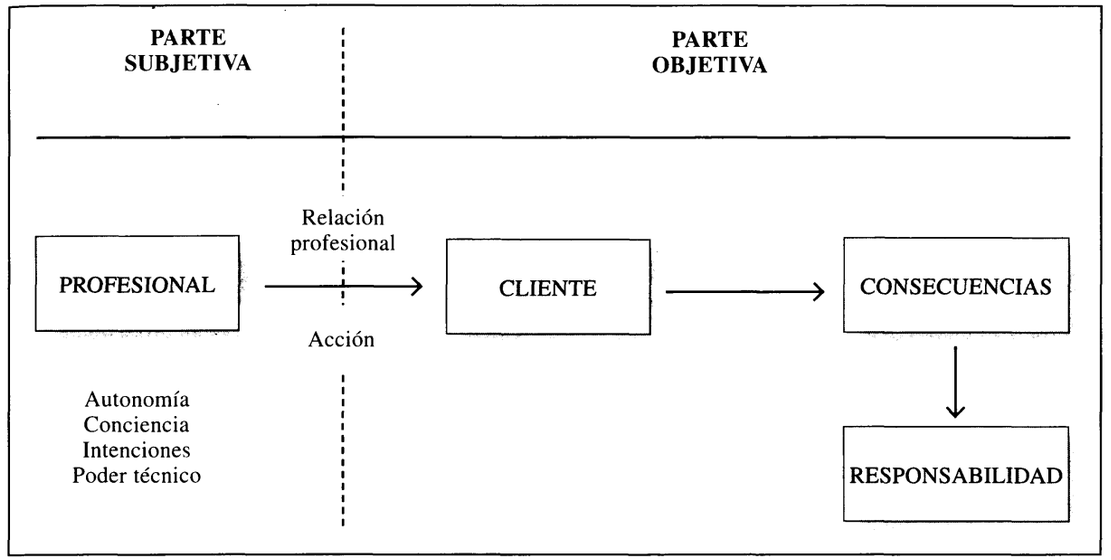

Figura 9.2.—Esquema del acto ético psicológico.

casi nunca tiene el interventor la autonomía real de decidir y llevar a cabo lo que cree que sería mejor en un caso dado. ¿Quiere decir eso que, al carecer de la libertad «total», no será responsable de las consecuencias de sus acciones? No; se trataría de introducir los «grados de libertad» (personal y social) existente como una variable que modularía el juicio, de forma que las restricciones parciales a la autonomía del sujeto matizarán, pero no anularán, la responsabilidad final.

- Las *intenciones* del interventor fueron ya analizadas como parte de las cuestiones previas en el capítulo 7. Como se indicó allí, aunque los profesionales suelen tener intenciones altruistas o benéficas para los clientes, conviene examinar las intenciones (latentes) más egoístas y tener en cuenta los resultados reales de las acciones, compensando así la visión más subjetiva propia de las intenciones con el análisis más objetivo de los efectos e impacto social de las acciones. Conviene recordar también la importancia en el campo social de la *empatía* por el otro como base emocional del impulso ético tanto en las relaciones de cuidado con los que sufren como, también, en la lucha social por la justicia y la igualdad (habríamos de añadir el sentimiento de indignación moral como impulso inicial del acto ético).
- El profesional tiene un *poder técnico*, derivado de las destrezas técnicas (y, secundariamente, de sus conocimientos aplicables) que posee, y, también, una posición —o estatus social— privilegiada. Ese plus de poder técnico y social sobre otras personas que la sociedad le confiere genera una responsabilidad adicional: cuanto más poder real tenga el interventor, más responsabilidad acumulará en el uso de ese poder.
- El profesional mantiene una *relación profesional*, no personal, con el otro; una relación basada en la *confianza* y dirigida a solucionar problemas o alcanzar objetivos planteados por un cliente, que se asume cooperativo y deseoso de trabajar en el tema o problema objeto

© Ediciones Pirámide

de la acción. El carácter profesional de la relación no habría, en principio, de excluir ciertos sentimientos ya citados como la empatía o la indignación ante la injusticia. La extralimitación de la relación hacia lo personal o la pérdida de eficacia real de las acciones suele generar, sin embargo, problemas éticos, de tal modo que los valores deontológicos pueden ser concebidos como las cualidades deseables (empezando por la confianza) para mantener y fortalecer esa relación profesional y los fines que la guían.

- El *cliente* o destinatario es aquel al que va dirigida la acción. La elección del destinatario de la acción profesional es un tema básico de *justicia social*. El hecho de que los profesionales tienden a seleccionar implícitamente sus destinatarios en función de sus posibilidades económicas (pagan por los servicios prestados) o reivindicativas («el que no llora no mama») y no de sus necesidades o potencial real de desarrollo es, así, una cuestión ética fundamental. Y la pregunta de quién es el destinatario (quién *debe* ser el destinatario; Sánchez Vidal, 1998) se planteará con frecuencia en casos y situaciones de pluralidad de actores y demandantes.
- Según se ha dicho, el interventor es responsable de las consecuencias de las acciones que realiza o induce por tener libertad y poder. El tema de la *responsabilidad profesional* es esencial y puede resumir por sí solo casi toda la ética profesional, muy ligada a la beneficencia o maleficencia real de las acciones realizadas. Parte de las dificultades de examinar la responsabilidad ética de las acciones sociales tiene que ver con dos aspectos diferenciales de la ética social frente a la individual: la pluralidad de actores (interventores, clientes, partes, interesadas, etc.), que hace más correcto hablar de *corresponsabilidad* (sobre todo en el campo comunitario, en que todos son asumidos sujetos activos), y la *polivalencia* que, como veremos, tienen las consecuencias de las acciones para los distintos actores según sus respectivos valores.

4. ACCIÓN ÉTICA SOCIAL: DIFERENCIAS

Aunque la deontología resulta útil para orientar la acción profesional individual, es en gran medida inadecuada para guiar la intervención comunitaria. ¿Por qué? Porque, como se observa comparando las figuras 9.3 y 9.2, la acción social presenta importantes *diferencias* estructurales y dinámicas respecto a la individual para la que está pensada la deontología. En efecto, mientras ésta se basa en la relación entre dos individuos —un profesional y un «otro» destinatario de las intenciones y acciones de aquél—, la ética social implica un interventor colectivo que establece relaciones múltiples con varios destinatarios potenciales de las que se derivan consecuencias polivalentes en un contexto que influye significativamente cada aspecto del proceso. Concretando, en comparación con el individual, en el acto ético social (figura 9.3).

- El *destinatario* es social, no individual, existiendo, además, otros actores sociales (grupos, instituciones, asociaciones, etc.) interesados en la intervención y sus consecuencias. Esos diversos actores y destinatarios suelen, además, estar interrelacionados, de forma que los efectos de las acciones dirigidas a unos afectan también a otros. Con frecuencia, por ejemplo, los actores pugnarán por obtener bienes sociales escasos (incluida la atención profesional), de forma que si unos los consiguen es porque les han sido negados a otros.
- Existen *varias relaciones* significativas que pueden plantear demandas morales diversas, con frecuencia discrepantes, al interventor.
- El *contexto* social tiene una importancia considerablemente mayor que en la acción clínica en su influencia sobre los actores, valores y tipos de contrato relacional establecido. Sobre el interventor como entorno institucional u organizado que «impone» una serie de valores y líneas de actuación; sobre los actores, estableciendo lo que se considera una relación correcta o deseable con un interventor profesional; sobre las consecuencias, en función de los valores social o culturalmente dominantes en un tiempo y entorno dados.
- El *interventor* es colectivo, con frecuencia un *equipo* multiprofesional, lo que complica doblemente el análisis ético en función de la naturaleza social de la discusión ética y de la pluralidad de valores y tradiciones éticas ligados a las distintas profesiones que componen el equipo interventor.
- La *base científica y técnica* es más *débil* que en el trabajo individual —mejor conocido teórica y técnicamente por el psicólogo—, lo que genera espacios de desconocimiento y ambigüedad en los que florecen las dificultades y dilemas éticos.
- La ética social está más cargada *políticamente* al ser el poder (político, técnico, etc.) un ingrediente clave —que el interventor a menudo ostenta o administra— en las relaciones y asuntos comunitarios.
- Interventor y grupos sociales comparten menos valores —por la mayor «distancia» social y cultural de ambos— que en la mayoría de formas de acción individual.

© Ediciones Pirámide

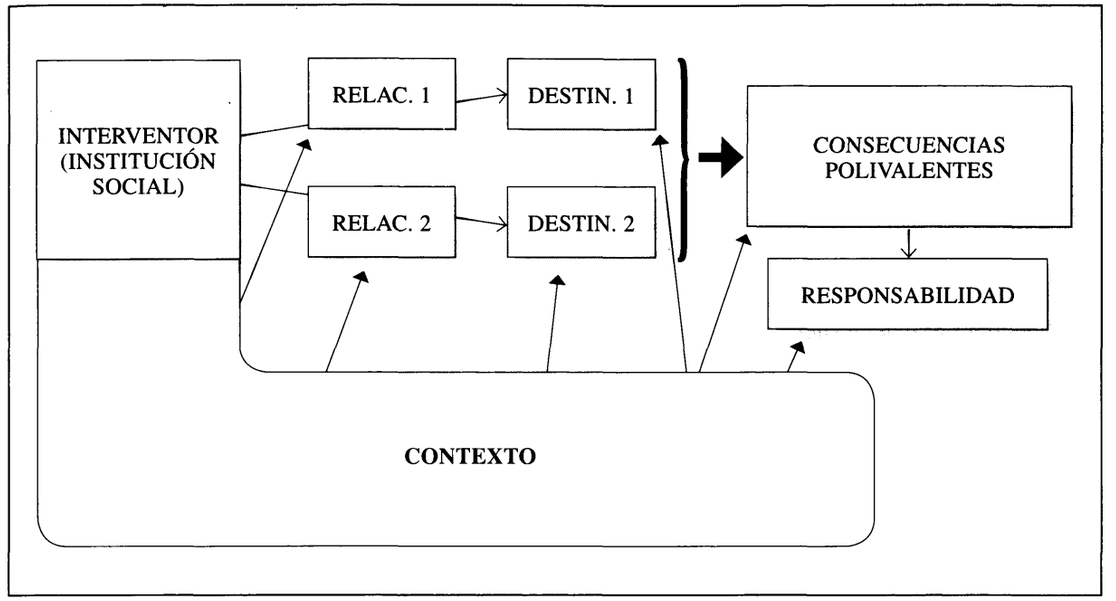

Figura 9.3.—Esquema del acto ético social.

Por lo tanto, y en general, la dificultad y complejidad del análisis ético crecerán a medida que aumente el nivel social y su «densidad» y heterogeneidad en términos de valores e intereses. En niveles sociales «altos», como el comunitario, tendremos más relaciones, siendo el contexto más relevante, la acción más compleja y multidisciplinar, la base científica global más incierta y, por tanto, menos aplicable la deontología individual. En cambio, en niveles más microsociales (familia, grupos pequeños), las condiciones se aproximarán más a aquellas interindividuales en que las pautas deontológicas pueden ser más útiles.

© Ediciones Pirámide

5. INGREDIENTES TEÓRICOS Y ANALÍTICOS: ACTORES, VALORES, OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Resumiendo, comparada con la deontología individual, la *ética interventiva social* es más compleja e incierta en los cuatro ingredientes básicos del análisis ético: actores, valores, opciones y consecuencias (cuadro 9.2). Veamos.

Actores. Además de los dos actores básicos —profesional y cliente— del esquema individual, en la intervención comunitaria suelen existir otros actores significativos: un cliente (que paga, trata de imponer ciertas condiciones y que puede ser distinto del destinatario de la intervención) y las personas o grupos afectados por la acción, así como aquellos (asociaciones, «entidades», grupos de interés, etc.) que, aunque no sean afectados directamente, están positiva o negativamente interesados en ella, deviniendo *reactores* potenciales —a favor o en contra— a la acción a realizar. Además, y como se ha indicado, el destinatario de la acción puede ser múltiple (puede haber varios destinatarios potenciales) o plural, y el interventor —equipo multipersonal o institución— es igualmente social. La multiplicación de actores *densifica* considerablemente el *tejido relacional y moral* generando un gran número de relaciones, intereses y valores potencialmente divergentes o indeterminados (falta de claridad sobre el papel de cada uno, quién es el interventor, quién el destinatario, qué grupos pueden resultar afectados, etc.), lo que torna más complejo el análisis ético y aumenta las disyuntivas y dificultades.

Valores. Cuantos más actores, más valores. Y la pluralidad y diversidad de valores y relaciones multiplica tanto los espacios de ambigüedad (sobre los valores e intereses de cada actor) como la posibilidad de divergencias o conflictos entre los valores de los actores y la carga política de la acción comunitaria (con frecuencia ligada a la lucha por el poder y los recursos) que planteará al interventor la cuestión de su neutralidad o compromiso partidista. Si en la deontología tradicional sólo contaban los valores del interventor (valores deontológicos; cuadro 9.6), en la ética social (especialmente en la comunitaria) han de respetarse también otros valores *sociales* (cuadro 9.7) con frecuencia ligados a otros actores o a su especial situación social (de explotación, marginación, degradación personal, etc.).

El problema es que, si bien sabemos cuáles son «nuestros» valores (los deontológicos clásicos), en la intervención social o comunitaria no siempre sabemos quiénes son «los otros» (o a quién representan) o cuáles son sus valores reales. Tenemos aquí (cuadro 9.2) dos posibilidades alternativas: una, los valores de los actores son concordantes, o al menos *compatibles* entre sí; dos, ese conjunto es discordante, siendo los valores que contiene internamente incompatibles. En el primer caso —concordancia general— el practicante podrá trabajar globalmente con todos; en el segundo —discordancia o discrepancia—, habrá de jerarquizar los valores priorizando unos sobre el resto sin olvidar el significado de los valores en el contexto comunitario concreto. Es importante tener en cuenta en el análisis ético social no sólo los valores *explícitos* o declarados (casi siempre positivos y altruistas) sino también los valores *implícitos* (que suelen corresponder a los «intereses»). Éstos están en general ligados a aspectos que, aunque por su carácter «egoísta» o «autobenéfico» (como la búsqueda para sí de poder, estatus o prestigio social) no son socialmente explicitados, tienen una gran influencia en el comportamiento de los actores en muchas situaciones comunitarias. Hay que ser consciente de que, al introducir los intereses o valores egoístas, estamos, no obstante, cruzando las fronteras entre la ética y la política y mezclando el análisis ético con el estratégico-político.

Opciones. La complejidad de los asuntos sociales, la pluralidad de actores y valores y la menor familiaridad con las técnicas interventivas y sus efectos crean espacios de ambigüedad y «opcionalidad» muy superiores a los que existen en la acción individual. En otras palabras, en la intervención comunitaria no sólo existirán más opciones sino que, además, éstas están *relacional y dinámicamente* «encadenadas», de forma que lo que suceda en un momento de la actuación a un

© Ediciones Pirámide

CUADRO 9.2

Estructura ética AVOC: actores, valores, opciones y consecuencias

Ingredientes	Contenido/carácter
Actores	Interventor: equipo uni o multidisciplinar, institución Cliente, paga y patrocina acción Destinatario/s Afectados/interesados *(stakeholders):* asociaciones, grupos interés
Valores explícitos o implícitos	Valores deontológicos Valores sociales y comunitarios Concordancia valores ⟶ se puede trabajar con todos (acción global) Discrepancia ⟶ hay que elegir entre valores/actores conflicto
Opciones	Viabilidad estratégica: ¿son realizables con medios disponibles? Dilemas: opción bueno-bueno; opción malo-malo
Consecuencias	Múltiples: buenas y malas Polivalentes: bueno para A, malo para B Concordancia ⟶ acción global, concertada Discrepancia consecuencias ⟶ acción sectorial, conflicto

actor condiciona tanto las opciones subsiguientes como las reacciones del resto de actores. En la práctica debemos tener en cuenta no sólo las distintas opciones existentes sino, también, su *viabilidad estratégica* (si son realizables con los medios a nuestro alcance).

Consecuencias. No es sólo que las acciones sociales tengan *muchas* consecuencias (unas positivas y otras negativas), sino que, además, ésas afectan a más actores (a veces *terceros* que no han solicitado la intervención) y son más *polivalentes* en función de los distintos valores de los actores. Lo que es bueno para A puede ser malo para B y relativamente indiferente para C. Unos preferirán que en su comunidad se construya una escuela, otros que se mejore la seguridad y a otros que se creen más puestos de trabajo o se ayude económicamente a la familias más necesitadas. Ya se puede ver que en tales condiciones la evaluación que los miembros de una comunidad hagan de las consecuencias de un programa social va a ser diversa. En principio los actores evaluarán las consecuencias en base a sus *valores* (e intereses), de manera que la identificación de valores no sólo es importante per se sino, además, para predecir las consecuencias que las acciones a realizar tendrán para los actores (por lo menos la parte de esas consecuencias determinada por los valores éticos y no por intereses implícitos) y, a partir de ahí, sus reacciones a esas acciones previstas.

Como puede verse, no sólo hemos identificado los ingredientes básicos de la ética interventiva social y las diferencias que en ellos presenta respecto de la acción individual sino que hemos sentado las bases para el abordaje (análisis y solución) de las cuestiones éticas. Estamos entrando, pues, en la parte más práctica de la ética comunitaria, que hemos de iniciar identificando primero los temas generales y cuestiones concretas más frecuentes y, después, los valores-guía a usar en un método de evaluación y solución de aquellas cuestiones basado, precisamente, en los ingredientes descritos: al identificar los actores y sus valores estamos «plan-

© Ediciones Pirámide

teando el problema» ético, y al determinar las opciones y sus consecuencias, estamos planteando las «soluciones» a esos problemas.

6. TEMAS Y CUESTIONES ÉTICAS EN LA ACCIÓN SOCIAL

De lo ya escrito se deducen los dos tipos de situaciones que tienden a generar dificultades éticas en la acción comunitaria. Una, de *ambigüedad* o incertidumbre respecto de los actores, valores, opciones y consecuencias previsibles: ignorancia o confusión sobre qué actor asume un papel determinado, cuáles son los valores de los actores, las opciones posibles o las consecuencias previsibles. Dos, de divergencia o *conflicto* entre esos elementos: entre actores o valores, entre opciones parejamente deseables o indeseables y entre consecuencias contrapuestas (positivas para unos y negativas para otros). Las primeras situaciones producen problemas de *anomia* ética que requieren aportar los ingredientes ausentes o inciertos: identificar y clarificar los valores y roles de los actores, las alternativas de acción existentes y las consecuencias previsibles de cada alternativa. Los problemas de divergencia y *conflicto* requieren *intermediación* entre los actores, aclarando valores y prioridades y tratando de buscar un consenso o aportando valores y opciones no contempladas por los actores en conflicto.

El cuadro 9.3 resume esos dos tipos de situaciones y de problemas derivados, recogiendo también otras circunstancias o factores situacionales que generan problemas éticos en las acciones sociales o comunitarias. A saber, el excesivo *utopismo* e idealismo —frecuente en los planteamientos comunitarios— que puede llevar a hacer propuestas interventivas irrealizables y crear, por tanto, al psicólogo la sensación de fracaso; la carencia de *información* o su incorrección en el momento de tomar decisiones o de actuar, o la irrupción de datos o acontecimientos imprevistos que modifican la intervención cuando se está realizando; las demandas de que asuman *papeles* diferentes de los tradicionales y de los *cambios* de rol durante la intervención, sobre todo si los papeles son incompatibles entre sí; la *escasez de recursos* que dispara los conflictos entre los actores sociales y limita seriamente el diseño de la intervención más adecuada (con frecuencia la más costosa); la *pluralidad* de *destinatarios* potenciales y la eventualidad de *conflictos internos* (lealtades enfrentadas, papeles duales) en los profesionales; la inexistencia, ambigüedad o comple-

CUADRO 9.3

Tipos de problemas éticos y situaciones que los generan

Tipos	Problemas	Soluciones
Indeterminación	Actores Valores Opciones Consecuencias	Aportar valores Clarificar valores/consecuencias Identificar opciones y actores
Conflicto	Actores y valores Opciones y consecuencias	Intermediar entre actores Ayudar buscar acuerdo/consenso (clarificar valores/prioridades de actores)
Situaciones generadoras	Ambigüedad Conflicto Reparto de recursos escasos Información insuficiente o inadecuada Temas nuevos/desconocidos Existencia de varios destinatarios posibles	Temas excluidos de códigos deontológicos Agendas ocultas Idealismo/utopismo excesivo Cambios de rol incompatibles Contrato no claro o inexistente Valores/cultura de interventor distinta de la de actores sociales

© Ediciones Pirámide

CUADRO 9.4

Temas éticos básicos de la intervención comunitaria

- *Legitimidad y justificación*: derecho/deber intervenir en la vida social frente a autonomía comunitaria y personal; condiciones de legitimidad y límites de intervención externa; contradicción entre fines (desarrollo humano) y medios, intervención externa
- *Autoridad* que fundamenta la intervención: política, científico-técnica, moral
- *Destinatario:* quién es (la comunidad, el gobierno, el cliente que paga, el grupo más débil); quién y cómo se identifica; participan los actores sociales; se usan criterios valorativos además de técnicos; existen varios destinatarios potenciales; son sus valores y fines compatibles
- *Intencionalidad* del interventor personal o institucional y contenido; intenciones latentes y agendas ocultas; autobeneficio ilegítimo del interventor; condicionamiento ideológico de ayuda; control psicológico e institucional de la intencionalidad
- *Objetivos* de la intervención, valores que los guían y forma de establecerlos (¿participación social?); conflictos potenciales entre los objetivos de distintos actores sociales o de ésos y el interventor
- *Metodología* técnica: ¿se elige en base a criterios éticos además de técnicos? Valores implícitamente promovidos por el proceso técnico y respeto de la autonomía y capacidad de personas y comunidad
- *Resultados*: ¿existe una forma acordada con los actores comunitarios de evaluar las consecuencias?; criterios de relevancia para valorar, integrar e interpretar datos
- *Responsabilidad* por resultados: orientación (ante quién es responsable; quién es el destinatario); alcance (de qué es responsable el interventor y de qué no; efectos secundarios) y contenido; responsabilidades concretas hacia los actores comunitarios y compatibilidad de unas y otras
- *Valores promovidos* explícita o implícitamente en proceso de intervención: determinación fines, rol de los actores, técnicas usadas y efectos reales de intervención; respeto de los valores comunitarios, ¿participa la comunidad en la elección de esos valores?
- *Rol* y *relación* con la comunidad. Postura relacional (igualitaria, de «arriba abajo», de «abajo arriba») y valores éticos promovidos: corresponsabilidad, dependencia, empoderamiento comunitario, etc.; papel del psicólogo comunitario (colaborador, director técnico, servidor de comunidad, etc.) e implicaciones éticas. Ambigüedad, conflictos de rol, lealtades enfrentadas; transiciones de rol e integración de funciones diversas; papel del resto de actores
- *Contrato* explícito o implícito: identidad de cada actor (interventor, destinatario, etc.); derechos y deberes de cada uno; acuerdo sobre fines perseguidos y forma de evaluar resultados; participación de actores en el proceso y posibilidad de afectar a terceros
- *Postura sociopolítica* del interventor (experto neutral, simpatizante o agente partidista) y efectos éticos e interventivos: fortalecer el «orden» establecido, reducir desigualdades, no poder trabajar con toda la comunidad, utilizar al interventor, dañar a los más débiles/necesitados, agudizar conflictos. Generalidad de la postura y contexto comunitario concreto; «rentabilidad» social de la acción frente a mérito moral

© Ediciones Pirámide

CUADRO 9.5

Cuestiones éticas frecuentes en la intervención comunitaria

- *Cuándo* es correcto *intervenir* y cuándo no (legitimidad intervención)
- Quién es el *destinatario* (o destinatarios); ¿cambian durante la intervención?, ¿tienen los distintos «clientes» intereses contradictorios?
- *Conflictos de intereses* entre varios clientes/destinatarios y respuesta adecuada
- *Roles duales* (amigo-profesional, miembro de un grupo-interventor) o múltiples
- *Demandas manipulativas* (nos quieren utilizar para sus propios fines o para actuar sobre un tercero que no ha hecho ninguna demanda)
- Demandas de actuación *contrarias* a nuestros *principios* o valores (profesionales, personales o propios del método que usamos)
- *Competencia* profesional y *formación* adecuada para ejercer la acción social
- *Confidencialidad, consentimiento informado* y uso de la información en la relación profesional; conflictos entre confidencialidad y derecho a la información pública
- *Buenas intenciones* (altruismo, solidaridad social, etc.) y *autointerés*: autobeneficencia legítima, condicionamiento de la ayuda, intenciones-resultados, estrés profesional, etc.
- *Conflictos de fines* interventor-destinatario en programas y acciones concretas
- *Elección de técnicas* interventivas y afectación de valores básicos (técnicas intrusivas; «persuasión» o manipulación en campañas de salud; incentivos en programas de control conductual, drogas, natalidad, etc.)
- Discrepancia de *criterios de valoración de programas* (entre el que paga, el que lo realiza, los destinatarios, etc.)
- Responsabilidad por *efectos secundarios* y consecuencias imprevistas
- *Afectación de terceros* que no han pedido ayuda ni intervenido en el contrato
- *Maltrato institucional* (así, instituciones de menores, residencias de mayores) e *institucionalización*
- *Uso* por *otros* de recomendaciones, información y técnicas psicosociales generadas por el interventor
- *Papel* de la *subjetividad* (preferencias, creencias, valores) personal, profesional y social en la actuación profesional
- *Incumplimiento* por alguna parte del *contrato* explícito o implícito
- Responsabilidad del interventor en condiciones de *restricción* de la *libertad* de acción (escasez de medios, negación de acceso a la información, condicionamiento ideológico de programas, etc.)
- Situaciones *críticas* y emergencias en que no se puede analizar ni planificar acción
- *Publicidad institucional* partidista, implicación del profesional y actitud ante ella
- Legitimidad de la *influencia* social en campañas masivas (afectan a muchos que no han pedido nada) y en acciones *preventivas* (sobre problemas que «aún no existen»)
- *Apropiación indebida* de poder y recursos colectivos por parte del profesional o político
- *Confusión* de los espacios *público y privado* en el diseño, ejecución y evaluación de intervenciones comunitarias; privatización de la acción social

© Ediciones Pirámide

jidad de los *contratos* explícitos o implícitos y las agendas ocultas; la insuficiencia o inadecuación de las pautas *deontológicas,* pensadas para la actuación clínica, y, por último, la *diferencia de valores* o de cultura entre los actores comunitarios o entre éstos y el interventor. Dado que esas circunstancias son el «pan nuestro de cada día» de la intervención comunitaria, debemos estar preparados para afrontar numerosos problemas y dilemas éticos ligados a cada una de ellas o a su combinación.

Afloran ya ahí, además, algunos de los temas y cuestiones básicas de la ética social. A partir de revisiones ofrecidas por autores como Kelman y Warwick (1978), Snow y Gersick (1986) o el *American Journal of Community Psychology* (1989), incluyo en el cuadro 9.4 una panorámica más sistemática de esos *temas* éticos *relevantes* —o de aspectos del proceso interventivo que presentan implicaciones éticas y valorativas significativas— elaborada a partir de publicaciones anteriores (Sánchez Vidal, 1996a, 1999 y 2002a) notando que varios de esos temas han sido ya discutidos en el capítulo 7 como cuestiones previas de la intervención comunitaria.

Esa lista puede usarse para controlar la «calidad ética» de una intervención comunitaria a través de sus distintos aspectos o apartados: legitimidad y justificación de la intervención externa, autoridad que la fundamenta, destinatario y forma de identificarlo, intencionalidad del interventor personal o institucional, objetivos de la intervención y valores subyacentes, implicaciones éticas de la metodología y técnicas usadas, evaluación de resultados y criterios valorativos implícitos, alcance y contenido de la responsabilidad del interventor, valores implícita o explícitamente promovidos por la intervención, papel del interventor y tipo de relación establecida con la comunidad, contrato explícito o implícito pactado y postura sociopolítica del interventor (neutral, partidista, etc.) e implicaciones éticas.

El cuadro 9.5 enumera una serie de *cuestiones* concretas (*frecuentes* en la práctica social o individual) muchas veces ligadas a los temas generales reproducidos o a otras áreas de la acción social, como el manejo de la información, la publicidad de los servicios o el papel de las instituciones en la prestación de servicios.

© Ediciones Pirámide

7. VALORES Y PRINCIPIOS DEONTOLÓGICOS

Vistos ya los «problemas» éticos a esperar, debemos considerar ahora las «soluciones» a esas cuestiones exponiendo primero los valores y principios orientadores y después un método para resolver esas cuestiones basado en el esquema estructural AVOC (actores, valores, opciones y consecuencias) ya presentado al describir los ingredientes estructurales.

Los valores y principios deontológicos tienen una base clínica: están pensados para guíar la actuación profesional con clientes individuales. Su validez para la actuación social es, pues, limitada; tanto más cuanto más alejados estén los casos y situaciones sociales abordados de la práctica individualizada. Aunque las situaciones comunitarias están, en ese sentido, lejos del trabajo individual, el interventor sigue necesitando guías sobre lo que es valioso para actuar. Dado que los valores y principios deontológicos son, hoy por hoy, los más desarrollados y gozan, además, de un amplísimo consenso profesional, los expongo en el cuadro 9.6 haciendo una lectura marcadamente social de ellos. Añado, también, otros valores, más sociales y comunitarios, que, aunque no estén tan claramente formulados ni gocen del consenso de aquéllos, pueden ser usados por el interventor para compensar el sesgo individualista de las pautas deontológicas.

Los principios deontológicos se despliegan a partir de dos valores individuales básicos: el «bien» (sólo groseramente traducible a «bienestar») y la autonomía, ligada a la libertad (y al individualismo). Del primero se derivan los principios de *beneficencia* y *no maleficencia* que casi se limitan a reiterar que el comportamiento profesional debe ser ético: ha de buscar el bien, y evitar el mal o daño, de sus clientes. La gran amplitud de esos principios (que abarcan la misión general de la ética) lo hace fácilmente generalizable a través de culturas y sociedades; queda, sin embargo, por especificar en qué consisten «el bien» (o bienestar) y «el mal» de los otros (y también quién lo define, el practicante o los otros mismos). Hasta tal punto es vaga la fórmula que la beneficencia o la

maleficencia quedan probablemente mejor definidas por las *consecuencias* reales de las acciones profesionales (por el impacto y significado de esas consecuencias para los afectados, más exactamente). Me he permitido «traducir» el bien o la beneficencia en la acción profesional a dos valores complementarios y algo más concretos: la eficacia (de que es titular el profesional) y el bienestar del cliente. Es decir, que, para el interventor, promover la beneficencia supondría actuar eficazmente para promover el bienestar —o, al menos, evitar el daño— del cliente.

La *autonomía*, por el contrario, es un valor muy saturado culturalmente: va ligado a la libertad (y al poder también), el valor cardinal de la cultura occidental moderna. Habríamos, por tanto, de ser muy cuidadosos al extrapolarlo a otras culturas o colectivos sociales —cuando se trabaja, por ejemplo, con inmigrantes— en que pueden primar otros valores relacionales o sociales como la solidaridad, la interdependencia o la comunidad. Algo similar sucede en la intervención comunitaria, en la que la autonomía individual no puede prevalecer sobre la comunidad si el interventor es fiel al «espíritu comunitario» (capítulo 1). Sería, en todo caso, más apropiado promover la autonomía *comunitaria*, distinta de la autonomía personal. Parece más adecuado, en todo caso, y vistos los efectos nocivos del exceso de autonomía individual, primar en el trabajo social, pero también en el individual, el *desarrollo humano* (capítulo 4) como valor por un lado más sensible a los significados del contexto social y cultural y, por otro, más amplio, ya que incluye como valiosos para la persona no sólo una cierta autonomía sino también los *vínculos* y relaciones *sociales* que están prácticamente ausentes (exceptuando la confianza) de la deontología profesional, pensada para trabajar con individuos.

La *confianza* (lealtad, fidelidad, etc.) es el valor relacional que fundamenta y mantiene el vínculo profesional-cliente ampliable, hasta cierto punto, a las relaciones con grupos supraindividuales. Modificando la propuesta de Thompson (1989), he añadido también un quinto principio, el *autointerés razonable,* ligado al cuidado de sí mismo del interventor y entendido no como valor prioritario sino como un principio modulador (o limitador) de los otros —sobre todo del de beneficencia— de forma que el interventor es reconocido como sujeto ético, no como puro objeto o medio para el bienestar del cliente. El concepto de *justicia social* (el único valor realmente social de la propuesta deontológico) manejado en la ética profesional es ciertamente estrecho. Aun cuando aquí hago una lectura más amplia, un concepto más plenamente social y abarcador de la justicia es perfilado luego entre los valores sociocomunitarios.

CUADRO 9.6

Principios y pautas deontológicos de comportamiento

Principios	Pautas de comportamiento derivadas
Autonomía	Fomentar autonomía de personas y colectivos sociales *Tratar* a personas *como sujetos,* no como objeto —de las acciones, intenciones o fines— del practicante o de otro *Respetar* su *dignidad y capacidad* de elegir, decidir y actuar por sí mismas Obtener *consentimiento voluntario e informado* para intervenir *Informarles* sobre lo que se va a hacer, consecuencias previsibles, derechos y obligaciones de cada parte Acordar o *pactar* con destinatario los *fines* de la intervención *Evitar* relaciones y situaciones sociales que creen *dependencia* Limitar intervención: *no hacer por el otro lo que ése puede hacer por sí mismo* Evitar técnicas y procedimientos dañinos, invasivos, demasiado restrictivos
Beneficencia Bienestar otro Eficacia de la intervención	Hacer el bien y ser eficaz en la intervención psicológica y psicosocial Ayudar y «servir» al otro, *no* a sí mismo *No utilizar al otro* en beneficio propio Preparación en *todos* los métodos eficaces de ayuda psicosocial Obtener *información* adecuada sobre problemas y mejor forma de resolverlos *Supervisión* que minimice daños causados por interventor Elegir técnicas en función del tema, *no* de preferencias del practicante

© Ediciones Pirámide

CUADRO 9.6 *(continuación)*

Principios	Pautas de comportamiento derivadas
No maleficencia	Evitar el mal y la ineficacia Evitar/reducir *efectos secundarios* (psicológicos, sociales, etc.) *negativos* Obtener la *mejor información disponible* sobre el tema y la técnica a usar Realizar *pruebas piloto* (sobre todo en acciones nuevas, complejas, etc.) No desencadenar efectos que no podemos controlar durante la acción *Compensar* —psicológica, económica, socialmente— por daños causados
Justicia social	Tratar a todos de *igual* manera Hacer *disponibles* técnicas y beneficios de la acción profesional a todos, incluyendo a los más débiles, necesitados o vulnerables *No discriminar* en función de sexo, edad, etnia, grupo o nivel social, etc. *No condicionar* ideológica, psicológica, social o económicamente la ayuda Deber *profesional:* ayudar psicosocialmente a las minorías más necesitadas (sociedad debe aportar medios precisos) *Equidad relacional* en el intercambio profesional para empoderar al más débil
Confianza	Mantener confianza de destinatario ⟶ base de la relación profesional Ayudar al otro, hacerse *profesionalmente disponible* a él/ella Mantener *confidencialidad* y *normas* —implícitas/pactadas— de *relación profesional*
Autointerés razonable	*Cuidarse a sí mismo* para poder ayudar a los otros: el profesional es también sujeto, no sólo objeto del cliente (límites humanos a otros principios) Derecho a mantener *integridad psicológica* y estima profesional Derecho a *no ser utilizado* por el otro y a *no implicarse personalmente* en sus problemas *Derecho a los medios* (información, psicosociales, económicos) precisos para alcanzar fines pactados Derecho a mantener *reputación profesional* y a *condiciones de trabajo dignas*

La deontología profesional pivota, en resumen, sobre tres valores nucleares que corresponden a los tres actores que concurren en la intervención: un valor del cliente, la autonomía; otro del profesional, la beneficencia del cliente para el que trabaja; y un tercero de la sociedad, la justicia social. Falta sólo añadir la confianza como eje de la relación entre los dos primeros actores, profesional y cliente. El cuadro 9.6 desarrolla telegráficamente los cinco valores deontológicos (libertad, bienestar, justicia social, confianza y autointerés), junto a los seis principios que se deducen de ellos (autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia social, confianza y autocuidado) y a algunas pautas de actuación derivadas de

© Ediciones Pirámide

cada principio. Así, del valor libertad se deriva el principio de fomentar la autonomía de las personas y colectivos sociales que se «traduce» a pautas de actuación como la mínima intervención posible, el consentimiento informado (no actuar sin el consentimiento voluntario e informado del destinatario de la acción) o la evitación de la dependencia.

Como se ha indicado al describir los valores y su dinámica, la clave de la ética social es el manejo simultáneo de los valores relevantes a un caso y su ordenamiento en función de su «valía» en la situación concreta. Esto es, puede ser distinto lo que un interventor haría si prima el valor autonomía que si privilegia el mantenimiento de la confianza del cliente o de la justicia social del conjunto. La cuestión es ver si se puede actuar de forma que se fomenten esos tres valores a la vez y, si no se puede, elegir la opción o forma de actuar más cercana a esa fórmula teniendo en cuenta la jerarquía de esos valores que establezcamos en la situación y caso específicos.

8. VALORES SOCIALES Y COMUNITARIOS

Estos valores son *sociales* por su doble condición de cualidades deseable de una comunidad o sociedad (excepto empoderamiento y desarrollo humano, que son valores psicosociales) y de valores de los actores sociales, no los valores deontológicos que, en la medida en que han sido elaborados por los gremios profesionales, podemos considerar valores *del* interventor. No hay un consenso en las distintas áreas, corrientes ideológicas y profesiones sobre el contenido concreto de esos valores, de manera que las constelaciones valorativas varían según las áreas (en el trabajo organizativo prima la eficacia y el beneficio; en el «social», la solidaridad y la justicia social), las tendencias ideológicas y las tradiciones profesionales. Se sugiere aquí un sistema ligado de valores sociales a los que he añadido los dos valores comunitarios nucleares —comunidad y desarrollo humano— que aparecen brevemente definidos en el cuadro 9.10 y agrupados como sistema en la figura 9.4.

Como valor central de la ética social, la *justicia social* ha recibido una gran atención y ha sido definida conceptual y operativamente de distintas maneras según el tipo de igual al que se aspire. Ampliando el restrictivo significado del valor en la deontología, lo describo aquí con los tres componentes identificados por Bellah y otros (1989), que cubren razonablemente el uso del término (y los criterios operativos derivados) en la acción social, subrayando el componente *distributivo* como el que mejor puede identificar a la justicia social en general. Si la justicia social es el valor social finalista, el *compromiso* social —con los más débiles o desfavorecidos— sería un valor instrumental, en la medida en que ese compromiso ayuda a conseguir la igualdad o justicia social. Es, sin embargo, un valor «polarizador», ya que mientras que unos practicantes preferirán la postura comprometida, otros se decantarán por la de neutralidad o independencia.

El *desarrollo humano* es el valor comunitario básico (capítulo 4) ligado al crecimiento armónico y equilibrado de las personas en sus distintos aspectos y en relación con otros. En la constelación valorativa comunitaria sería (junto a la justicia social y la comunidad) un valor finalista al que contribuirán como valores instrumentales el *empoderamiento* y la *participación* social. La *comunidad* sería otro valor central de esa constelación, que podemos con-

CUADRO 9.7

Valores sociales y comunitarios

Justicia social (valor básico, finalista)	*Sustantiva* ⟶ mínimo cubierto para todos (necesidades vitales) *Distributiva* ⟶ distribución equitativa de poder, bienes y recursos sociales; igualdad de oportunidades/acceso de personas a ellos *Procesal* ⟶ trato igual a todos; favorecer a más débiles o necesitados (principio de la diferencia)
Compromiso social	Con los más débiles/necesitados
Desarrollo humano	Despliegue global y equilibrado de capacidades humanas en relación con otros Referente ideal: lo que los humanos podemos llegar a ser
Empoderamiento	Poder personal compartido y construido en la actividad colectiva eficaz
Derecho a la diferencia	Derecho a la diversidad personal y social Tolerancia ante los diferentes y sus comportamientos (no lesivos)
Participación social	Compartir decisiones y poder social; derecho a ser tratado como sujeto agente, actor social, no sólo como objeto
Solidaridad social	Valor social básico «natural» en sociedades preindustriales, deteriorado en sociedades industriales por individualismo, utilitarismo y autointerés
Comunidad	Hermandad colectiva tejida con vínculos e interdependencias (solidaridad «natural»)
Eficacia	Primacía de resultados positivos y uso de medios adecuados para obtenerlos en instituciones y acciones sociales

© Ediciones Pirámide

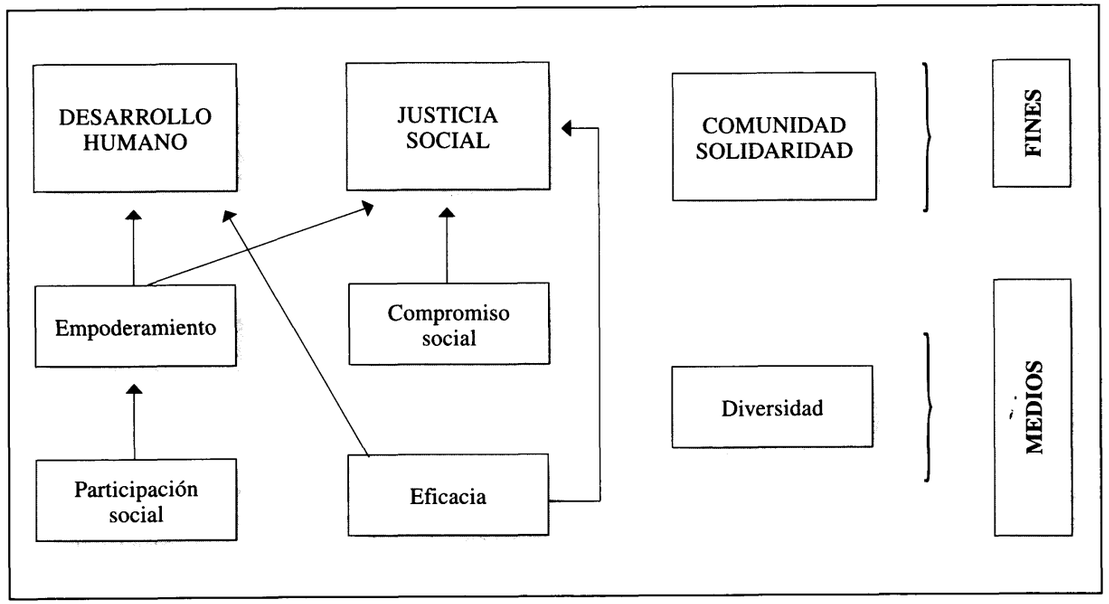

Figura 9.4.—Sistema comunitario de valores.

© Ediciones Pirámide

siderar finalista o valioso por sí mismo o, también, instrumental para el desarrollo humano. Estaría muy cercano al valor social genérico de *solidaridad social* al que, si acaso, añade el significado más específicamente comunitario de similitud con otros y pertenencia. La *diversidad* o el derecho a la diferencia personal o cultural sería el contrapunto posmoderno de la igualdad, resultando difícil de ubicar en el sistema de valores comunitarios o sociales. La *eficacia* es el valor básico (junto al beneficio económico) en las áreas «organizativas» (las empresas). Hay que subrayar su carácter claramente *instrumental*: la eficacia o productividad de una organización o institución (una empresa, una escuela, un hospital) sólo tienen *mérito moral en la medida en que contribuyan a mejorar la vida de la gente o la justicia de la comunidad* o sociedad. Pero no debe ser menospreciado: por mucha comunidad y solidaridad que tengamos, no existirán posibilidades generalizadas de bienestar, desarrollo humano o justicia social si el sistema social y las acciones comunitarias no funcionan, no son eficaces.

El sistema comunitario de valores sería, pues, el representado por la figura 9.4. Desarrollo humano y justicia social (quizá también comunidad) serían los valores centrales, con el compromiso social, empoderamiento y participación (y eficacia) como valores instrumentales para la consecución de aquéllos; y con la solidaridad y comunidad y la diversidad en algún punto o zona intermedia más o menos independiente de unos y otros y sin un claro carácter instrumental o finalista, ya que no están directamente ligados a operaciones o procesos de actuación.

9. ABORDAJE DE LAS CUESTIONES ÉTICAS

9.1. Enfoques y criterios evaluativos

La valoración ética de las acciones comunitarias se puede hacer desde dos enfoques o tipos de criterios complementarios:

- *Deontológicos*, basados en los valores y principios (como la solidaridad o justicia social) que guían la acción; ligados, pues, a la «intencionalidad» valorativa del interventor.
- *Consecuencialistas*, basados en las consecuencias reales que la intervención tiene para la comunidad y actores sociales. Mientras que la valoración deontológica puede hacerse antes de actuar, la consecuencialista sólo puede hacerse «empíricamente» tras haber actuado. Estos enfoques incluyen los diversos «utilitarismos» cuyo criterio para valorar éticamente una acción podría ser la medida en que ésa logra «el mayor bienestar para el mayor número posible de personas».

Los dos tipos de enfoques no son excluyentes y, en principio, pueden combinarse. Si una acción pretendía mejorar autonomía de un colectivo o reducir su desigualdad respecto a otros colectivos sociales en algún aspecto relevante (enfoque deontológico), la verificación de en qué medida ha aumentado la autonomía o se han reducido las desigualdades tras la intervención servirá para mostrar a través de las consecuencias reales los progresos valorativos que se buscaban inicialmente. Tendremos un serio problema evaluativo, sin embargo, cuando haya discrepancias o *conflicto* entre la visión valorativa y la consecuencialista. Cuando, por ejemplo, un programa inspirado en los mejores valores o intenciones se muestra ineficaz (queremos promover la escuela pública pero resulta, por ejemplo, menos eficaz que la privada). O cuando conseguimos buenos resultados usando medios impropios, degradando a las personas o violando algún valor básico. Por ejemplo: se obtiene información sobre una red terrorista mortífera torturando a los sospechosos; se aumenta la productividad de un hospital o escuela sometiendo a los trabajadores a una presión o exigencia excesiva, o se suministra droga a una persona adicta para «reducir los daños» psicológicos o sociales ligados al consumo de esa sustancia; se contribuye al «bienestar» de consumidores o televidentes a través de la publicidad manipuladora o los programas de «televisión basura».

En la evaluación de las cuestiones éticas sociales debemos, pues, combinar los enfoques deontológicos *y* los consecuencialistas pero usando, además, medios éticamente correctos para generar las consecuencias deseables de forma que ni las personas que «producen» los resultados ni aquellas a que van destinados sean meros medios para alcanzar esos resultados. Es decir, el ideal de la acción social sería buscar *consecuencias deseables en valores socialmente relevantes que respeten éticamente a las personas que los producen y a la sociedad que los «usa»*. Estoy abogando por intervenciones que compatibilicen los valores éticos con la eficacia técnica (resultados) mediante el uso de métodos lo más respetuosos posible con la integridad ética y la capacidad de las personas. Lo que necesariamente implica conjugar, y tratar de hacer compatibles, los valores de los distintos actores sociales que coinciden en la acción social desde una base ética inviolable. Ése sería el reto ético del interventor comunitario.

Criterios de evaluación. ¿Qué criterios básicos usaríamos para valorar éticamente una intervención comunitaria? Propongo, reduciendo al máximo los elementos ya manejados, tres criterios relativamente simples y genéricos planteados en forma de pregunta:

- ¿Ha aumentado la intervención el *bienestar del conjunto de las personas* (sobre todo el de las más débiles o necesitadas)?
- ¿Ha *disminuido las desigualdades* (de poder, desarrollo, salud mental, recursos, oportunidades sociales, etc.) entre personas y grupos sociales (y, si puede ser, aumentando el poder de los más débiles)?
- ¿Se ha conseguido lo uno y lo otro a través de un *proceso* o relación (y con unos métodos técnicos) que *respeten la dignidad y capacidad* de la gente?

El mérito moral de una acción social vendría dado por la respuesta positiva a los tres puntos. (O a las formulaciones contrarias de los dos primeros: «¿ha disminuido el malestar del conjunto?», «¿ha aumentado la igualdad entre las partes?») O, en todo caso, y si sólo puede aumentar el bienestar o poder de algunos, que al menos sea (Rawls, 1971) el de los peor situados, no, como sucede con frecuencia, el de las minorías que ya están mejor que el resto. Se combina aquí, como se ve, un criterio social (la justicia social) con uno individual (el bienestar, un valor bastante difuso e inconcreto) extendido al conjunto de la gente (usado en sentido «social») y con uno procesal o metodológico. La palabra «bienestar» puede ser sustituida por varios valores y concepciones similares de lo que es genéricamente bueno para la gente, como salud mental, competencia, desarrollo personal, poder, autonomía, autoestima o pertenencia social.

10. PROCESO ANALÍTICO AVOC

La metodología para evaluar las cuestiones y problemas éticos de la acción social se encuentra aún en estado embrionario, teniendo los esquemas usados una orientación esencialmente individual. Kelman y Warwick (1978), Glidewell (1978) o Lippitt (1983) han propuesto métodos de análisis ético de orientación social. Teniendo en cuenta esos intentos, ofrezco aquí un esquema analítico relativamente simple (cuadro 9.8) para analizar las cuestiones éticas en la acción comunitaria a partir de los cuatro elementos básicos ya identificados: actores, valores, opciones y consecuencias (AVOC).

CUADRO 9.8

Proceso de abordaje de las cuestiones éticas

1. Identificar las cuestiones éticas relevantes
2. Determinar los actores significativos y los valores o intereses de cada uno
3. Especificar opciones existentes y consecuencias (previsibles) de cada opción
4. Deducir el comportamiento éticamente correcto

El proceso consta de cuatro fases: en la primera se identifican las cuestiones o dificultades éticas relevantes del caso o situación analizado; en la segunda y tercera se determinan respectivamente los actores sociales y sus valores, por un lado, y las opciones y consecuencias, por otro; en la cuarta

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

fase se elige, a la vista del análisis anterior, del problema (fase dos, actores-valores) y las soluciones (fase tres, opciones-consecuencias), el comportamiento ético más correcto.

Las dos fases intermedias son, como se ve, el núcleo del proceso. En la segunda se identifican los *actores* sociales relevantes para el caso o situación y sus *valores* (explícitos e implícitos) básicos; es decir, aquellos actores con los que habríamos de trabajar para solucionar la situación y los valores de esos actores que hayamos de tener en cuenta para evaluar éticamente el caso. En la tercera fase, se especifican las *opciones* fundamentales de que dispone el interventor y sus *consecuencias* probables para los actores; es decir, las *diferentes* (recalco el adjetivo) alternativas o cursos de acción existentes a priori y las consecuencias que para cada actor relevante tendrá *previsiblemente* (en la medida en que en función de los valores relevantes de cada actor podamos prever esas consecuencias) cada alternativa. Conviene no descuidar los valores *implícitos* (generalmente identificables con intereses no confesables) en situaciones en que, en función de la gran «deseabilidad» social o de que hay mucho que repartir, sospechemos que esos valores, aun permaneciendo implícitos, van a tener un gran peso en la motivación de los actores. En el lado de las consecuencias, la dimensión temporal puede ser muy importante, de forma que (como se ve en la ilustración que sigue) las consecuencias de una opción pueden ser buenas en el *corto plazo* pero malas en el largo plazo; y *viceversa*, no siempre las consecuencias positivas a la larga lo son a la corta (con frecuencia por requerir un sacrificio o esfuerzo inmediato que sólo en el largo plazo recibe recompensa).

La observación de las columnas del esquema permite detectar las convergencias y divergencias de valores y consecuencias en cada opción. Las *convergencias* indicarán que el entramado social (familia, institución o comunidad) funciona como una globalidad más o menos *unitaria* en que se puede trabajar con todos los actores con resultados potenciados (siempre que usemos las técnicas adecuadas, claro es) por la convergencia existente. Las *divergencias* entre valores y consecuencias de cada opción señalarán, en cambio, núcleos de dificultad y *conflicto* ético que habremos de afrontar. Podremos también tener dificultades para identificar los actores, sus valores, las opciones existentes o las consecuencias previsibles de cada opción; esas dificultades señalarán las áreas de *ambigüedad* o incertidumbre que deben ser aclaradas «empíricamente» —en el proceso de evaluación previo a la intervención— para poder realizar con garantías el análisis y la actuación.

Lógicamente, y vista la complejidad social de las situaciones comunitarias, habríamos de buscar un *equilibrio* en el *número* de elementos (actores y valores; opciones y consecuencias) que tomemos en consideración. Si por limitar ese número omitimos algún actor esencial para entender la situación (o alguno de los valores básicos para entender su forma de actuar), tendremos un déficit importante a la hora de comprender la situación o la actuación de los actores involucrados. Pero, por otro lado, cuantos más actores y valores incluyamos, mayor complejidad analítica adquirirá el entramado (convergencias, divergencias y relaciones de actores y valores) y más difícil será sacar conclusiones útiles. Algo similar sucede con las opciones y sus consecuencias: aunque no debemos omitir opciones realizables, la multiplicación de alternativas puede producir un cuadro tan complicado de consecuencias que supere nuestra capacidad de síntesis y de sacar conclusiones respecto de la opción más deseable. Un correctivo útil que podemos introducir aquí es la *viabilidad* de las opciones, de forma que, si hay muchas alternativas, consideramos sólo aquellas que, con los medios y contexto dados, podamos llevar a cabo.

¿Cuál será entonces la conducta éticamente correcta, la mejor opción (fase cuatro del proceso)? La respuesta teórica es fácil: aquella que, *teniendo en cuenta el mérito moral de los valores en juego* (incluidos los valores deontológicos del interventor) *maximice las consecuencias positivas* para el conjunto de actores y *minimice las negativas*. Es decir, tendremos en cuenta tanto los valores implicados como las consecuencias de las acciones cuya evaluación es cualificada (como la «importancia» dada a los actores) por esos valores y no sólo por una mera cuestión de amplitud o cantidad (cuanto más, mejor)

© Ediciones Pirámide

de sujetos «abarcados» por los valores y las consecuencias benéficas de la intervención. Así, y como se ha señalado en los criterios antes expuestos, las consecuencias negativas para un grupo social más vulnerable (parados, «enfermos» psiquiátricos, mujeres maltratadas, inmigrantes, etc.) tendrán más peso que las de otro grupo, incluso más numeroso, si damos prioridad al valor *justicia* en el análisis, lo que tornaría, a su vez, a esos grupos vulnerables éticamente más importantes que otros quizá mayoritarios o más significativos (clases medias, industriales y comerciantes, élites sociales, etc.) desde el punto de vista de su peso en la toma de decisiones de la comunidad o su contribución a la eficacia global del sistema. La valoración sería, en cambio, bien diferente si primamos la *eficacia* del sistema social sobre la justicia distributiva de los bienes generados. Y se hará un poco más compleja si —dado que cuantos más bienes se produzcan, más habrá para repartir— tratamos de *compatibilizar los dos* valores (justicia y eficacia) fijando, por ejemplo, un «suelo» de mínimos (justicia sustantiva) como criterio «intocable» de base aun cuando la aportación de ese mínimo para todos perjudique la productividad o eficacia del sistema (que, de primar la eficacia, exigiría dar más al que más produce, *no* al más necesitado).

En la vida real habrá situaciones de especial dificultad ética; por ejemplo, cuando no hay *ninguna* solución buena y hay que elegir entre dos opciones más o menos malignas (el «mal menor») o cuando el cuadro es de tal ambigüedad o complejidad que o no tenemos claras las opciones reales o no podemos elegir una como mejor que las otras; a veces las opciones pueden estar claras pero carecemos de los medios para llevarlas a cabo; en otras el interventor (o los actores) carecen de las condiciones personales o sociales para poder elegir; otras veces los actores se niegan a sí mismos las opciones más meritorias (así, vivir sin dependencias químicas o psicológicas) porque son las que más esfuerzo requieren. Baste finalmente recordar que el proceso aquí expuesto carece de virtudes taumatúrgicas: ni evita elecciones difíciles en la acción social ni resuelve por sí mismo las cuestiones éticas, facilita simplemente su abordaje y solución al presentar esas cuestiones de una forma ordenada y sistemática.

11. CONFIDENCIALIDAD Y DERECHO A LA INFORMACIÓN: UN CASO

Propongo un caso, semirreal y relativamente sencillo (tomado de Sánchez Vidal, 2002b), para ilustrar brevemente el proceso analítico descrito. Un órgano de un Ayuntamiento encarga a un psicólogo comunitario, experto en metodología, la evaluación del perfil social y necesidades de los jóvenes de una ciudad para elaborar un plan integral de promoción de ese segmento poblacional. El psicólogo, tras realizar (al frente de un equipo) la evaluación y analizar sus resultados, entrega el correspondiente informe al Ayuntamiento, que, en vísperas de elecciones, lo difunde,

CUADRO 9.9

Ilustración del esquema analítico: planteamiento del problema

Actores	**Valores *(deberes/derechos)***
Ayuntamiento	Información + veracidad (deber: decir la verdad a jóvenes) (Rentabilidad electoral + imagen pública)
Evaluador (y equipo)	Información + veracidad (deber ante sociedad)
Jóvenes	Confidencialidad (para mantener confianza Ayuntamiento) Saber la verdad (derecho a la información pública veraz) en tema que les afecta

© Ediciones Pirámide

abreviado, a los medios (televisión, prensa, etc.) locales. Avisado por un miembro del equipo evaluador, el psicólogo revisa las informaciones de prensa y televisión, notando que un par de extremos importantes del informe —que resultaban desfavorables para el Ayuntamiento— han sido convenientemente «maquillados» para eliminar la visión negativa que de la institución muestran los jóvenes.

Para analizar el caso, sigamos el proceso AVOC representado en los cuadros 9.19 y 9.10.

1. *Cuestiones éticas*: ¿qué debe hacer el evaluador bajo cuya responsabilidad se ha realizado el estudio y el informe? ¿Debe guardar silencio, él y su equipo, o, por el contrario, ha de denunciar públicamente el «maquillaje»? ¿A quién debe ser leal en primer lugar: al Ayuntamiento, el «cliente» que paga, o al público (los jóvenes aquí) «destinatario» final de la evaluación pero que no le han hecho ninguna demanda?
2. *Análisis: actores y valores*. Parte del deber general del Ayuntamiento de servir a los ciudadanos es recoger y aportar información válida para solucionar los problemas y ayudar al desarrollo de los ciudadanos. Valores del Ayuntamiento en este caso y en relación a los jóvenes son, pues, la *información pública* y la *veracidad*: debe difundir información social verídica para que los jóvenes se conozcan mejor a sí mismos y sus problemas y recursos. Ése es el valor explícito o declarado; hay otros valores *implícitos* (entre paréntesis en el cuadro 9.9) que no podemos ignorar: la rentabilidad electoral de la información difundida y su impacto en la imagen pública del Ayuntamiento y el partido político que lo sustenta. A los *jóvenes* (ciudadanos en general) les interesa conocer su situación para buscar solución a sus problemas o potenciar su propio desarrollo por sí mismos o con ayuda de la institución municipal. El *psicólogo* (que en general no incluiremos en los esquemas) tiene valores de la misma «familia» (información) que definen, sin embargo, deberes *contrapuestos* respecto de los «destinatarios» sociales de su trabajo: informar a los ciudadanos (derecho a la información pública veraz), frente a la *confidencialidad* debida al cliente nominal, el Ayuntamiento (que, aunque habría de representar los intereses de los ciudadanos, hace prevalecer aquí los suyos propios, rentabilidad electoral e imagen social). Ese choque de valores o deberes hacia dos actores relevantes plantea al interventor un conflicto de lealtades evidenciado al examinar las soluciones (cuadro 9.10).
3. *Solución: opciones y consecuencias.* Las opciones son aquí de entrada relativamente claras y diferenciadas: permanecer en silencio, no hacer nada y denunciar el comportamiento del Ayuntamiento. Si el psicólogo elige *no hacer nada*, primando así la confidencialidad al cliente (el Ayuntamiento) sobre el deber de los jóvenes a conocer la información relevante que ha «producido», está faltando a la verdad por omisión. *Consecuencias probables* para los actores: los jóvenes no conocerán su verdadera realidad colectiva y social y no podrán, por tanto, usar esa información pública para mejorar sus vidas y la situación que las enmarca. La actitud del psicólogo tendrá consecuencias mixtas: el «premio» probable del Ayuntamiento por su «fidelidad» y discreción (complicidad sería más correcto) junto a una mella en su reputación profesional, si en el largo plazo se conoce (como suele suceder) su disposición a primar intereses particulares sobre los deberes públicos. El Ayuntamiento obtendrá a corto plazo una ventaja electoral y mejora de su imagen social. Este tipo de comportamientos acaban acarreando, sin embargo, a largo plazo, un *descrédito* general de la «clase política» al descubrirse las falsedades y omisiones, lo que lleva a la gente a sospechar (con cierto fundamento) que «no dicen la verdad» (toda la verdad, en este caso).

   Dos importantes lecciones éticas deben ser extraídas aquí: primera, las consecuencias positivas a corto plazo pueden tornarse negativas (y más difíciles de corregir) en el largo plazo. Segunda, no sancionar el comportamiento censurable de una persona (o papel social) conlleva la *generalización* —injusta con frecuencia— de la censura a todos sus compañeros de categoría social: si *este* psicólogo miente y no se le sanciona, *los* psicólogos mienten (o, peor, *son* unos mentirosos); si este político miente o roba y no es castigado, los políticos son mentirosos o ladrones; si un policía maltrata y no es sancionado, los policías torturan... Ésa es precisamente la justificación de la deontología: ejercer el autocontrol ético de la actividad profesional del evaluador (en relación al Ayuntamiento) pero beneficiosa de cara a otros clientes potenciales y los ciudadanos en general, al quedar su reputación profesional a salvo, una vez sabido que no guardará silencio aun cuando hablar pueda resultarle perjudicial.

   De no existir otras opciones intermedias o más matizadas que puedan respetar los distintos valores en juego, el psicólogo se enfrenta a un clásico dilema ético en que debe elegir entre una opción que favorece los valores de unos actores y otra que favorece los de otros, teniendo ambas opciones consecuencias negativas para él (en un caso a la corta, a la larga en el otro) y mixtas para el conjunto de actores. Se encuentra, de otro modo, en una encrucijada que le provoca un conflicto de lealtades.
4. *Conducta éticamente correcta*. Es bastante obvio que en esta situación debe primar el *derecho del público a conocer la verdad* sobre el del cliente a mantener la confidencialidad de sus datos, que encubren, además de una falsedad, un autobeneficio ilegítimo. El evaluador debe, pues, desenmascarar las falsedades del informe, que, aunque es difundido por el Ayuntamiento, ha sido elaborado con los datos que él ha recogido y que, esto es importante, puede ser el *único* capaz de reconocer la falsedad de los datos. Es decir, el psicólogo no sólo tiene el deber de *no* mentir sino de *evitar que otros mientan* con los datos (técnicas, informes, etc.) que confecciona o desarrolla (el caso de la publicidad estaría, por supuesto, incluido aquí). Esa opción estaría fortalecida si, además, el grupo afectado fuera especialmente débil o vulnerable o la acción afectara a valores «fuertes» como la justicia social. Debemos recalcar, también, el significado relacional de romper la profesión para salvaguardar su prestigio y buen nombre ante la sociedad.

   En la opción contraria: *denunciar* públicamente las *omisiones y falsedades* del informe, las *consecuencias* previsibles serán contrarias en cada actor: beneficiosas para el autoconocimiento y acción social de los jóvenes, perjudiciales a corto plazo para la imagen y el rendimiento electoral del Ayuntamiento (pero probablemente beneficiosas a la larga y para el conjunto de instituciones públicas) y para

CUADRO 9.10

Ilustración: planteamiento de las soluciones

Opciones	**Consecuencias *(corto/largo plazo)***
Permanecer en silencio	Los jóvenes no conocerán la verdad de su «realidad» social; «rentabilidad» profesional para evaluador
Denunciar falsedades	Los ciudadanos tendrán información correcta para tomar decisiones apropiadas Refuerzo prestigio profesional; dificultades futuras con Ayuntamiento.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

la regla de confidencialidad debida al cliente (el Ayuntamiento en este caso): en la medida en que implica *perder la confianza* del cliente, éste merece una explicación clara y convincente de las razones que llevan a faltar a la confidencialidad; tal explicación puede permitir recomponer la confianza en el futuro, si se entiende que había motivos de peso para romper, en ese caso y momento, la regla general de confidencialidad.

Algunos *matices*. Debemos tener en cuenta la *viabilidad* de la opción elegida, desvelar públicamente la verdad. Es muy probable que el psicólogo no tenga la capacidad de comunicación ni el acceso a los medios de que dispone el Ayuntamiento, por lo que su intento de denuncia, aunque éticamente meritorio, puede resultar ineficaz. Así es que debe contemplar formas realistas de hacer efectiva la opción elegida. Por ejemplo, recurrir al comité ético del colegio profesional o de la empresa o institución —si lo hubiera— en que se dé el problema; ese recurso puede, además, abrir otras vías de solución o entendimiento éticamente aceptable con el Ayuntamiento. La opción más apropiada sería, sin embargo, apelar primero al propio Ayuntamiento (como responsable directo de la difusión de información parcialmente falsa) para que corrija la información, añadiendo que, de no hacerlo la institución, él mismo procedería a denunciar la falsedad, pues tiene el deber de señalar la inexactitud de lo publicado. El asunto podría complicarse si se tiene en cuenta que el psicólogo ha dirigido un equipo cuyo punto de vista ético debe ser también tenido en cuenta. Similar aunque mayor complicación social tendríamos en el otro lado, el Ayuntamiento, si sucede que la decisión de facilitar información sesgada fue tomada por alguna persona o sector concreto, estando otras personas o sectores de la institución en desacuerdo con ese proceder.

La cuestión ética de fondo tiene que ver con la complejidad del proceso de *«producción» de conocimiento social* y con la pluralidad de actores implicados: los que «poseen» la información (la comunidad, los jóvenes), que suelen ser, además, destinatarios de su uso, los que la recogen y organizan (los profesionales y expertos) y los que pagan el proceso de recogida y elaboración (clientes). *¿A quién pertenece,* pues, esa *información?* Incluso aunque contestemos que a los tres actores, tenemos que cualificar y graduar esa respuesta, según los usos que se vaya a hacer de la información, pues, en casos de conflicto, como el planteado, hay que priorizar a unos destinatarios sobre otros. Desde el punto de vista comunitario, pensaríamos que la información pertenece, primariamente, a la comunidad que la genera y a la que con frecuencia va destinada esa información utilizable. No se puede, sin embargo, olvidar que es la elaboración de esa información a largo plazo en forma de conocimiento científico válido lo que ha producido verdaderos avances y que, si la sociedad (no necesariamente los clientes individuales que pueden buscar autobeneficiarse, «privatizando» el conocimiento y sus productos técnicos) no promueve y recompensa la producción de conocimiento básico y aplicado por parte de los expertos y científicos, difícilmente se darán esos avances. Estas consideraciones matizan significativamente la dimensión ética del proceso de producción y uso del conocimiento reconociendo el papel global de otros actores.

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. A pesar de la importancia reconocida a los valores, la PC ha *menospreciado su dimensión ética*, lo que, unido a una visión maniquea —en blanco y negro— que no reconoce los propios problemas éticos, ha dejado a los interventores huérfanos de orientaciones éticas adecuadas dada la limitada utilidad de una deontología profesional pensada para la acción individual.
2. La PC necesita una *ética social* —no individual—, realizable que pueda servir de *guía moral* de la acción comunitaria. Tal ética se construye sobre dos pilares: los *valores* éticos sociales —que expresan las cualidades de la comunidad ideal— y las *consecuencias* reales que para la comunidad y sus miembros tienen las acciones realizadas; e implica una dimensión alternativa, lo que *debe ser* (los valores o ideales), a partir de la cual se juzga la realidad (lo que es) o las acciones realizadas.
3. *Constituyentes estructurales* de la acción ética social son: la *conciencia* moral, la *libertad* de elegir y actuar, las *intenciones*, el *poder* técnico, la *relación* profesional, el *destinatario* de la acción y la *responsabilidad* por las consecuencias. El interventor comunitario debe responder ante la comunidad del uso de la autonomía profesional y el poder técnico que le son socialmente concedidos: a mayor autonomía y poder, mayor responsabilidad.
4. Los *valores* son los «ladrillos» de la ética y el juicio ético: forman *sistemas dinámicos*, interrelacionados y jerárquicos que tienen una valía «relativa» (de unos en relación con otros) en función de su relevancia humana general y del significado que adquieren en relación con los temas y situaciones sociales concretas.
5. La ética social está menos desarrollada que la ética profesional individual, careciendo sus valores-guía del consenso de que gozan la deontología y siendo notablemente *más compleja e indeterminada* respecto de los actores, valores, opciones y consecuencias, los constituyentes básicos de la ética interventiva: el destinatario es, como el interventor, social o plural, existen varias —no una sola— relaciones significativas, el contexto tiene gran importancia, la técnica (y su base científica) está menos desarrollada, los temas tienen un mayor peso político y hay una divergencia mayor entre los valores del interventor y otros actores.
6. Las cuestiones éticas surgen en situaciones de *indeterminación o ambigüedad* respecto a actores, valores, opciones o consecuencias o de *conflicto* entre ellos. Esas situaciones requieren clarificación y aportes de valores u opciones o la mediación entre los actores en conflicto. Otros factores y circunstancias que generan dificultades éticas son: la escasez de recursos o información (o la inadecuación de ésta), la novedad de los temas tratados, el exceso de utopismo, los cambios y transiciones de rol, la inexistencia o inadecuación del contrato, la existencia de varios destinatarios potenciales, las agendas ocultas, la diferencia de valores entre interventor y otros actores y los temas no incluidos en los códigos deontológicos.
7. *Temas* ético-sociales *relevantes* incluyen: legitimidad y justificación de la intervención, autoridad, elección del destinatario, intencionalidad, fijación de objetivos, las implicaciones éticas de la metodología, los criterios para evaluar resultados, la responsabilidad del interventor (y otros actores que participan en la acción), los valores promovidos en la intervención, los aspectos éticos de la relación con la comunidad y el papel desempeñado por el interventor, el contrato interventivo y la postura sociopolítica (neutral o partidista) del psicólogo. A esos temas generales van ligadas una serie de cuestiones más concretas que surgen frecuentemente en la intervención comunitaria.

© Ediciones Pirámide

8. Los *principios* y *valores deontológicos,* sólo parcialmente aplicables a la acción social, recomiendan fomentar: la autonomía personal, la beneficencia (evitando el daño y la maleficencia), la confianza relacional, la justicia social y el cuidado de sí mismo como base de la ayuda eficaz y beneficiosa para los otros.
9. *Valores sociocomunitarios* relevantes, que complementan a los deontológicos, incluyen: la justicia social en sentido amplio (básico, distributivo y relacional) y el desarrollo humano, como valores finalistas o básicos; la comunidad y solidaridad social; el compromiso social, el empoderamiento, la participación y la eficacia, como valores mediadores o instrumentales para la justicia y el desarrollo humano, y la diversidad y respeto a la diferencia como contrapunto de la igualdad.
10. Existen dos *enfoques éticos* para *evaluar* las acciones sociales: *deontológicos*, ligados al mérito moral de los valores y principios que las motivan; *consecuencialistas*, ligados a las consecuencias reales de las acciones. Es recomendable combinar ambos enfoques teniendo como criterios globales: el incremento del *bienestar* del *conjunto* de las personas (o la disminución de su malestar), el aumento de la *justicia social* (o la disminución de la desigualdad) del colectivo social y el uso de una metodología técnica y proceso relacional respetuosos con la dignidad y capacidad de las personas.
11. Los problemas y las acciones comunitarias se pueden *analizar* y valorar a través de un esquema cuatripartito: identificación de *actores* sociales y sus *valores* significativos en la situación (planteamiento del problema) y determinación de las *opciones* o alternativas existentes y de las *consecuencias* (positivas o negativas) para los actores en función de sus respectivos valores. La concordancia o discordancia de valores y consecuencias señala, respectivamente, la posibilidad de una acción armónica y global o de futuros conflictos éticos en que hay que primar unos valores (o los valores de unos ciertos actores) sobre otros. La acción éticamente más correcta será aquella que *maximice las consecuencias positivas* para el conjunto de actores y *minimice las negativas teniendo en cuenta el mérito moral de los valores* (deontológicos y sociales) en juego en la situación y caso específico.

TÉRMINOS CLAVE

- Ética social
- Valores
- Sistemas de valores
- Estructura de la acción ética
- Ingredientes: actores y valores
- Ingredientes: opciones y consecuencias
- Temas éticos
- Cuestiones éticas concretas
- Valores y principios deontológicos
- Beneficencia
- No maleficencia
- Confianza
- Justicia social
- Autointerés razonable
- Enfoques de evaluación deontológicos
- Enfoques de evaluación consecuencialistas
- Método AVOC

© Ediciones Pirámide

LECTURAS RECOMENDADAS

Sánchez Vidal, A. (1999). *Ética de la intervención social.* Barcelona: Paidós.

Exposición teórica amplia e integral de los conceptos básicos, cuestiones generales y métodos de abordaje de los temas éticos en la acción social.

American Journal of Community Psychology (1989), *17*; monográfico sobre «Ética de la intervención comunitaria», 355-360.

Discusión de las cuestiones éticas del trabajo comunitario a través de casos reales.

Bermant, G., Kelman, H. C. y Warwick, D. P. (eds.). *The ethics of social intervention* (pp. 3-33). Nueva York: Halstead Press.

Volumen amplio de discusión de casos y cuestiones éticas en la intervención social en distintos niveles que van de lo más micro a lo macrosocial.

Lippitt, R. (1983). Ethical issues and criteria in intervention decisions. En S. Cooper y W. Hodges (eds.), *The mental health consultation field* (pp. 139-151). Nueva York: Human Sciences.

Discusión de cuestiones éticas en casos reales sobre la matriz de un interesante procedimiento que difiere algo de los propuestos por otros autores.

© Ediciones Pirámide

Papel psicológico-comunitario: contenido funcional y desempeño 10

Aunque se puede señalar algo irónicamente que, a diferencia de otras áreas, la PC no es un campo teórico del que derivar un papel social sino un papel (una práctica) del que derivar un campo, lo cierto es que el tema del papel psicológico-comunitario ha recibido escasa atención; bastante menor, en todo caso, de la que por su importancia y por el carácter del campo merece. Hay, además, que añadir que —debido a la vocación activista del campo— la limitada atención recibida por el papel práctico está marcada por un pragmatismo y ateoricismo de cortos vuelos. Así es que siguen siendo globalmente válidas las coordenadas en que hace más de dos décadas situaba el tema. Por un lado, el papel psicológico-comunitario sigue siendo un tema clave, apremiante y pendiente. «*Clave*, por plantear al psicólogo no sólo su *identidad profesional* sino, también y desde ella, su papel en la acción social en general. *Apremiante* para el interventor, necesitado en el día a día de directrices operativas que no pueden esperar a que investigación y ciencia hayan hallado las soluciones finales y los principios acabados. *Pendiente*: los contenidos funcionales del rol y las competencias profesionales del psicólogo comunitario están en lo esencial por concretar» (Sánchez Vidal, 1996b, p. 89). Por otro lado, y como remacha Rothman (1974), una voz destacada del trabajo social comunitario, el papel es un aspecto vital de cualquier área práctica: «De alguna manera, los papeles del practicante, traducibles a formas específicas de comportamiento de aquél, están en el corazón de lo que podríamos llamar intervención, agencia de cambio o práctica. Un individuo que usa el conocimiento, la pericia técnica y la sensibilidad en la interacción social con su propia persona como instrumento directo y principal de impacto desempeña con frecuencia un papel crucial en las profesiones y movimientos que intentan modificar el orden social. Esto implica que debemos tener una comprensión clara de qué papeles ha de asumir en qué momento y cómo desempeñar esos papeles para alcanzar el máximo efecto» (p. 35).

Al resumir los aspectos prácticos o aplicables de un campo, el papel profesional está conectado de una u otra manera con muchos de sus temas conceptuales y metodológicos. Así, en la PC el rol tiene relación con la noción de PC manejada y con los conceptos teórico-operativos (desarrollo humano, empoderamiento, comunidad) que marcan las metas del campo. Está también ligado a la intervención como marco metodológico práctico y con los métodos concretos de actuación (prevención, organización comunitaria, ayuda mutua, etc.) que señalan los contenidos técnicos del rol. Y está finalmente relacionado con la ética, la participación y la multidisciplinariedad en cuanto condiciones organizativas y valorativas que configuran tanto el contenido del papel psicológico-comunitario como la forma en que es desempeñado en la realidad. Sintetizo aquí trabajos anteriores sobre el tema (Sánchez Vidal, 1985, 1988, 1991a y 1996b) añadiendo a los nutrientes comunitarios algunos aportes pro-

© Ediciones Pirámide

venientes de la aplicación psicosocial (Sánchez Vidal, 2002a) y, sobre todo, del trabajo social comunitario, según la elaboración de Rothman (1974) y sus colaboradores. La exposición se desarrolla en tres partes. En la primera, acoto el concepto (dimensiones, significados y diferencias respecto a otros roles psicológicos) del papel psicológico-comunitario; en la segunda describo los contenidos (generales y más específicamente psicológicos) de ese papel, y en la tercera, centrada en el desarrollo y desempeño, identifico factores y tendencias sociales y contextuales que contribuyen a definir el papel y su desempeño y examino propuestas para manejar los conflictos de rol.

1. EL PAPEL COMO PUENTE PSICOSOCIAL ENTRE TEORÍA Y PRAXIS

El papel social puede ser visto desde distintas perspectivas y, por tanto, definido de variadas maneras. Es, en ese sentido, un «contenedor» práctico heterogéneo conectado, como se ha visto, con casi todos los aspectos de la acción social que adquieren relieve o quedan iluminados según la perspectiva —práctica o teórica, funcional o identitaria, relacional, profesional, ecológica, etc.— adoptada. Antes de entrar a describir las diferentes dimensiones y componentes del papel, debemos tratar de definirlo desde las perspectivas práctica —que primará aquí— y teórica —que nos permitirá enlazar con otros aspectos del campo comunitario ya mencionados—. Conceptos, dimensiones y significados básicos del papel psicocomunitario son recogidos en el cuadro 10.1.

Concepto. Desde el punto de vista de la acción, de la práctica psicológico-comunitaria, podemos definir el papel como

> **la respuesta a las demandas funcionales recurrentes de los casos y situaciones que encara el practicante.**

Esto es, el papel será una constelación de funciones (integradas) que ha de asumir el practicante (profesional o no) en respuesta a las exigencias o demandas repetidas que le «hacen» los colectivos personales y las situaciones a que se enfrenta en su práctica cotidiana. Desde el punto de vista ecológico, el papel práctico consistiría en un conjunto de funciones profesionales que encajan —o se corresponden— con las demandas sociales planteadas en un contexto dado. En la medida en que las demandas presentadas sean generalmente similares (reclaman casi siempre el mismo tipo de función) o diferenciadas (reclaman funciones diversas), el rol será más homogéneo —contando con pocos componentes funcionales relativamente fáciles de integrar— o *heterogéneo* —teniendo componentes más variados y difíciles de integrar en la práctica—. Como veremos más adelante, una característica diferencial del papel comunitario frente al clínico tradicional es la diversidad y complejidad de funciones (informar, evaluar, fomentar la vinculación, ayudar a generar poder, intermediar, «concienciar», activar socialmente, etc.) que abarca.

¿Qué visión tendremos del papel práctico desde la *teoría*? Como ya he apuntado, desde esa perspectiva, el papel sería una *síntesis* de los aspectos teóricos y metodológicos *aplicables*, de los conceptos y métodos que tienen uso práctico. El papel interventivo funciona así, a la vez, como una «criba» que retiene los aspectos teóricos y metodológicos útiles para la acción y como un puente bidireccional entre teoría y práctica, señalando los aspectos prácticos —la actuación social del practicante— que precisan fundamento científico y técnico, además de soporte psicosocial.

1.1. Dimensiones

Función e identidad. Para entender correctamente el papel práctico y su significado debemos captar las dos dicotomías que lo definen: función e identidad por un lado, contenido y desempeño por otro. Dicotomías, por otra parte, relacionadas: el catálogo de funciones a realizar define el contenido del papel; y la identidad social está —junto a otros aspectos valorativos y sociales— muy ligada al desempeño del papel práctico. La importancia del aspecto funcional es evidente en la definición ofrecida, en que el papel práctico aparece como un catálogo integrado de funciones técnicas asumidas para responder a las demandas sociales. No es de extrañar que esa perspectiva sea la dominante en la literatura existente: las sociedades modernas valoran más lo que hacemos (la función) que lo que somos (la identidad). Pero el papel implica bastante más que unos contenidos funcionales: es, también, núcleo de la identidad social del practicante, que tiende a verse a sí mismo —y es visto por los demás— como aquello —psicólogo, médico, abogado, agricultor...— a lo que se dedica en la vida. Así es que, en la medida en que el papel «laboral» define «quién es» socialmente el interventor, función e identidad están, necesariamente, interrelacionadas. Por una parte, el papel es fuente de identidad, de forma que, mientras que a unas funciones claras y socialmente aceptadas corresponderá una identidad profesional sólida, a un perfil funcional más borroso o por establecer corresponderá una identidad más difusa que generará ansiedad personal y estrés laboral. Y, viceversa, la claridad de la identidad profesional es —como se vio en el tema de la multidisciplinariedad— un requisito importante para el funcionamiento social satisfactorio.

Contenido técnico y desempeño. El papel elegido ante una demanda o encargo indica la estrategia técnica a adoptar para alcanzar unos fines prefijados. De forma que el conjunto de funciones asumidas por una profesión forma su «arsenal técnico», el compendio de los métodos prácticos (descritos después para el papel comunitario) que la profesión utiliza para abordar los problemas y demandas a que se enfrenta en un área concreta de actuación (psicología, economía, cirugía, etc.). Desde ese punto de vista, el papel consiste en un contenido funcional o utilitario, pudiendo ser globalmente interpretado como la aportación del conjunto de practicantes del campo a la «productividad» de una comunidad o sociedad. Pero, de nuevo, ésa es sólo una de las vertientes del papel, para cuya comprensión cabal precisamos otra complementaria: el desempeño real de esas funciones que lo componen nominalmente por parte de los practicantes de car-

CUADRO 10.1

Papel psicológico-comunitario: concepto, dimensiones y significado

Aspecto	Contenido/descripción
Concepto	Respuesta a demandas funcionales recurrentes (práctico) Síntesis de aspectos metodológicos y teóricos aplicables (teórico)
Dimensiones	Función: qué hace el practicante (portador del papel) Identidad: quién es socialmente practicante Contenido: conjunto de funciones desempeñadas (qué sabe hacer el practicante comunitario) Desempeño: condiciones y proceso de asunción del papel
Significado y componentes	Puente teoría-práctica Articulación { lo psicológico (identidad psicosocial) / lo social (la función social) } Relación contractual pactada con comunidad (relación profesional) Referente valorativo (fuente de autoestima) con implicaciones éticas y políticas Base formación profesional (conocimientos y habilidades prácticas)

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

ne y hueso en situaciones sociales definidas. Esa vertiente del desempeño incluye aspectos extratécnicos vitales como: la claridad del encargo institucional o demanda social que reciben los practicantes; la coherencia o incoherencia de las funciones a asumir, así como la claridad y viabilidad práctica de esas funciones; el proceso de asunción del papel y los posibles cambios y transiciones a otros papeles a lo largo de la actuación; la aceptación y el poder social de que gozan las profesiones (y actores no profesionales implicados) en una sociedad dada; la autoestima gremial y el estrés laboral; la relación con la comunidad y con otras profesiones y actores sociales; los valores sostenidos y la viabilidad ética del trabajo cotidiano de los practicantes; la postura política de los practicantes en su conjunto y de cada uno en particular, etc.

1.2. Significados y componentes

Del análisis conceptual y dimensional precedente se desprenden una serie de significados generales o aspectos más parciales destacados según la perspectiva adoptada, recogidos en el cuadro 10.1 y que me limito a subrayar aquí.

Puente teoría-praxis. El papel práctico es un terreno fronterizo que permite el tránsito fluido entre distintos territorios y puntos de vista temáticos que deben ser compatibilizados e integrados: teoría y práctica, lo psicológico y lo social, lo valorativo y lo técnico. Ya se ha indicado que el papel sintetiza los aspectos metodológicos y teóricos que tienen aplicación práctica, a la vez que compendia las acciones reales de los practicantes que precisan fundamento científico y técnico. Tiende, de otra forma, un puente entre la ciencia (el método o la teoría que indican qué *habría* que hacer para obtener un efecto determinado) y la práctica, que señala lo que realmente se hace, lo que *puede* hacerse. El papel enlaza, de otra forma, dos planos —prescriptivo y descriptivo—, distintos pero dialécticamente entrelazados, cuya conexión es establecida por los aspectos de estrategia y desempeño (situación social, formación del interventor, disponibilidad de medios, motivación y dinámica preexistente, etc.) que, siendo parte del papel interventivo, no están incluidos por la teoría o el método psicológico o social.

Articulador psicosocial. El carácter plenamente psicosocial del papel práctico va ligado a las funciones de puente o bisagra entre los individuos y la sociedad en varios aspectos importantes. Uno, entre la función técnica (lo que se hace socialmente) y la identidad (lo que se es psicológicamente). Dos, el papel es intermediario entre las vocaciones y preferencias laborales de los individuos y las necesidades sociales; la mediación es ejercida por entidades gremiales cualificadas (las profesiones, las «organizaciones no gubernamentales») que facilitan, también, la identificación e integración social de los practicantes individuales. Tres, el papel articula las dimensiones técnicas deshumanizadas de la acción social (los métodos y estrategias usados) con la realidad social y comunitaria por un lado y con la psicológica (autoestima, identidad, competencia personal, etc.) por otro: no sólo ha de ser capaz el practicante profesional de seleccionar las técnicas más apropiadas al caso y situación concretos, sino que, como notaba Rothman, él mismo (su sensibilidad social o su capacidad de captar las demandas de la gente o relacionarse con ella) es un «instrumento» técnico esencial en la ejecución de las tareas.

Referente social y valorativo. El papel profesional se constituye, a partir de lo ya dicho, en referente social y fuente de valor relevante. En efecto, sirve para ser reconocido por otros («la sociedad», otras profesiones, etc.) como miembro de un colectivo con unas competencias técnicas y, también, para ser tenido en cuenta en sus decisiones como encargar un trabajo o contratar unos servicios. Sirve, por otro lado, para derivar autoestima en función de la eficacia en el desempeño del papel y de los resultados logrados pero, también, del aprecio que la sociedad tenga al correspondiente gremio profesional. En este sentido, mientras que a un papel claro y establecido como eficaz suele corresponder un alto reconocimiento social y una robusta estima

© Ediciones Pirámide

gremial, a uno más difuso (o por construir) le corresponderá un menor reconocimiento social y una autoestima profesional más débil.

Relación contractual. Todo papel profesional implica un doble pacto. Uno genérico entre la sociedad y los gremios profesionales (u otras instituciones intermedias) por el que la primera cede a los segundos la prestación de ciertos servicios y funciones exigiendo a cambio un control (ético y social) del ejercicio profesional. Y un segundo pacto, más particular, entre cada practicante (persona, equipo o institución) y sus respectivos clientes que incluye una «relación profesional» que especifica explícita o implícitamente las expectativas, derechos, deberes de cada parte. Dado el carácter asimétrico de la relación profesional al uso (al profesional se le reconoce un poder, conocimiento y capacidad de iniciativa de que el cliente carece), en el campo comunitario habremos de cuestionar ese formato relacional en nombre del igualitarismo propio del campo.

Dimensiones éticas. Al implicar una relación con otras personas e incluir el manejo de poder y recursos sociales escasos, el desempeño del papel psicocomunitario conlleva importantes responsabilidades éticas y sociopolíticas. Si, por otro lado, la sociedad *delega* en las profesiones la realización de determinadas funciones básicas (cuidar la salud, educar, prevenir...), es lógico que controle el uso social que sus practicantes hacen de los privilegios y poder (técnico y social) concedidos para llevar a cabo esas funciones. La ética tiene una triple función en este esquema global: 1) orientar esa tarea en la dirección correcta garantizando que el poder transformador es usado en beneficio de todos, especialmente de los más necesitados y vulnerables, y no en beneficio del propio interventor o los más poderosos; 2) guiar el comportamiento del interventor singular (persona o equipo); 3) facilitar a la sociedad criterios de valor desde los que evaluar la profesión en general y a cada profesional singular. El ejercicio del papel profesional lleva pues aparejada una serie de deberes y exigencias ligados al contrato establecido que fueron especificados en el capítulo 9.

Referente formativo. Al catalogar las funciones necesarias para trabajar efectivamente en un área X, el papel práctico especifica las habilidades que habrían de ser parte de la formación del futuro practicante. De forma que si se parte de lo que el futuro profesional ha de saber hacer, el papel casi indica el contenido del currículo formativo, en los tres planos conectados que concurren en la intervención comunitaria: el técnico y estratégico (habilidades metodológicas), el científico (conocimientos) y el ético-social (valores, actitudes y normas de comportamiento). El primero, la pericia técnica, sería el centro de la práctica; los otros dos formarían la base cognitiva y valorativa en que se ha de articular el uso práctico de esa pericia.

2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

Para perfilar el papel psicocomunitario conviene dejar claras sus divergencias tanto respecto del papel clínico e individualizado a que está acostumbrado el psicólogo como respecto a otros papeles sociales. Partiendo de la definición funcional del papel práctico ofrecida y del resto de significados y dimensiones revisados, las diferencias que marcan el perfil singular del papel psicocomunitario son (cuadro 10.2): su condición emergente, la complejidad y diversidad, el carácter generalista y la flexibilidad, la influencia social frente a la relación interpersonal como motor del cambio y la primacía de la facilitación y dinamización psicosocial sobre la prestación directa de servicios. El papel psicocomunitario sería, pues,

Emergente: en construcción. Tratándose de un papel relativamente nuevo que depende del contexto y concepto de PC manejado, su contenido no está aún clara y definitivamente establecido («cristalizado»), sino que, como sucedía con la interdisciplinariedad, se va construyendo (y «conquistando») en el trabajo diario y en la colaboración y competencia con otras profesiones sociales que trabajan con los mismos asuntos o en el mismo territorio.

© Ediciones Pirámide

CUADRO 10.2

Características diferenciadoras del papel psicológico-comunitario

Característica	Descripción
En desarrollo	Por su carácter emergente y diverso; se conquista y construye en el día a día y junto a otros profesionales
Complejidad, diversidad	Derivada ⟶ complejidad y variedad de situaciones y casos confrontados
Generalismo y flexibilidad	Habilidades/actitudes comunes a muchas situaciones/casos exigen adaptar habilidades generales a situación/caso particular
Facilitación-activación social	Practicante impulsa, facilita el cambio, no lo protagoniza Influencia social indirecta

Complejo y diverso. La complejidad y la diversidad de situaciones confrontadas por el psicólogo comunitario requieren, según se ha señalado, respuestas funcionales más variadas y heterogéneas. En consecuencia el papel psicocomunitario amplía notablemente —como se ve en las propuestas de contenido que siguen— los limitados contenidos funcionales del papel clínico («diagnosticador», terapeuta, orientador). Esta mayor complejidad y diversidad funcional generará dificultades para desempeñar el papel: es dudoso que una sola persona pueda asumir e integrar sin problemas las distintas funciones que comprende. Parece, por tanto, necesario pensar —y poner a prueba— sistemas de síntesis —como los papeles conectores y la multidisciplinariedad— en que sean varias personas quienes asuman tal diversidad, *no* una sola (como se ha hecho tradicionalmente), para la que tal diversidad puede resultar excesiva y desquiciante.

Generalista, flexible. La variabilidad e indeterminación de la casuística y situaciones encaradas por los psicólogos comunitarios y su novedad para una profesión, la psicológica, acostumbrada a las temáticas individuales exigen un abordaje funcional a la vez más generalista (más amplio, menos especializado) y más flexible según el caso, grupo social y situación que, por otro lado, no son siempre ni clara ni específicamente psicológicos sino, más bien, multisectoriales, con lo que la asignación profesional de papeles (quién hace qué) está bastante menos clara que en el trabajo clínico.

Indirecto: facilitación-activación, colaboración e influencia social. A diferencia de los papeles clínicos en que la relación interpersonal funciona como motor del cambio, en los papeles sociales (incluidos los comunitarios) la influencia social asume esa función impulsora del cambio. En ese sentido los distintos papeles psicosociales corresponderían a las diferentes formas de ejercer en la práctica la influencia microsocial. Sin embargo, lo verdaderamente característico del papel psicocomunitario es el carácter indirecto de esa influencia debido a que los verdaderos sujetos y agentes del cambio son los miembros de la comunidad. El papel que corresponde entonces al psicólogo es más indirecto y menos técnico que el tradicional: no se trata de prestar un servicio psicológico, sino de «catalizar» posibilidades de actuación o de animar o «activar» socialmente a colectivos sociales desmotivados pero capaces, con recursos. De alguna manera, y en el extremo, el psicólogo comunitario funcionaría como *recurso externo* a la comunidad que *facilita o activa el cambio* pero *no lo protagoniza*. Pero el psicólogo puede, y debe, oponer una objeción ética a este ideal: al trabajar *para* la comunidad, pierde su cualidad de sujeto, a la que, como cualquier persona, tiene derecho. Así es que, desde el punto de vista del desempeño, habrá que encontrar una postura más igualitaria de *colaboración* que permita compaginar el ideal de activación indirecta con la cualidad de sujeto del propio psicólogo (y, evidentemente, con la cualidad de sujetos de los miembros de la comunidad).

© Ediciones Pirámide

3. CONTENIDO: INGREDIENTES

La literatura no ayuda mucho en este punto: además de ser escasas, las descripciones explícitas sobre el contenido del papel psicosocial o comunitario son a menudo vagas, fragmentarias o unilaterales, estando ligadas a un área concreta de actuación como las drogas, los problemas psiquiátricos, el conflicto social o el maltrato. Resumo aquí algunas propuestas hechas desde la PC y la psicología social aplicada y sugiero, después y a partir de ellas, los componentes generales del papel comunitario (Sánchez Vidal, 1988) subrayando algunos aspectos más específicamente psicosociales a sabiendas de que, como se ha indicado, el papel psicocomunitario está aun en construcción (lo que demanda, por otro lado, que se hagan aportaciones razonadas).

3.1. Tipos de cambio, formas de relación y modelos formativos

Glidewell (1977) ha sintetizado en cuatro las modalidades de cambio social (recogidas en el cuadro 10.3) indicando, además, las funciones o contenidos de rol exigidos por cada tipo de cambio.

- *Desarrollo* de personas y colectivos sociales. Conlleva funciones de planificación, diseño y evaluación de las acciones.
- *Conflicto* y desviación social, cuyos contenidos de rol son la consulta, la negociación y la conciliación.
- *Justicia* distributiva, discriminación y abandono social, que demanda funciones de abogado social, organizador comunitario y agente de cambio social.
- Dolor y *sufrimiento,* que llevan aparejados los papeles de terapeuta, consejero y «curador» (éstas son, en realidad, funciones clínicas ligadas al cambio individual).

CUADRO 10.3

Formas de cambio social (Glidewell, 1977) y tipos de relación (Hornstein, 1975)

Formas	Contenido	Papeles
De **cambio** y **roles** respectivos	Sufrimiento y dolor Desarrollo personal Conflicto y desviación social Justicia distributiva	Terapeuta y consejero Planificación, diseño y evaluación Consulta, negociación y conciliación Abogado social, organizador comunitario, agente de cambio social
De relación con cliente	Experta: profesional = técnico (analiza problema y sugiere soluciones) al servicio del cliente (decide o no llevar a cabo soluciones) Colaboradora: psicólogo y cliente cooperan en plano de igualdad para alcanzar fines acordados Abogado social: profesional defiende intereses del más débil para obtener más poder y presionar a los más fuertes	

© Ediciones Pirámide

El segundo tipo de cambio —conflicto— y los contenidos de rol asociados son amplificados un poco más abajo al hablar de los conflictos comunitarios.

¿Qué formas de relación se dan en la actuación social del psicólogo? Hornstein (1975) las ha resumido en tres según que la posición —o papel— básica del psicólogo sea de: experto, colaborador o abogado (cuadro 10.3).

- *Relación experta* o «clientelar» siguiendo el modelo relacional médico-paciente. El agente de cambio es un experto técnico con habilidades especiales para analizar problemas y seleccionar soluciones, pero el cliente tiene el poder de hacerlas, o no, realidad. Es una relación apropiada para situaciones en que el cliente percibe la necesidad de cambios sociales. Las opciones de cambio propuestas deben ser aceptadas por los clientes y poder ser realizadas por las instituciones de que son parte (de forma que entren dentro de las capacidades y competencias de sus miembros y que los objetivos sean admisibles para ellos).
- Relación *de colaboración*, la propuesta por Lewin para la investigación-acción: las dos partes, agente de cambio y comunidad (o grupo social), colaboran sobre la base de una relación igualitaria en que cada uno tiene funciones complementarias en el proceso de cambio. A diferencia de la relación experta, aquí, psicólogo y cliente tienen un poder similar en cada fase (análisis del problema, diseño de soluciones y realización de éstas) de ese proceso. Como la relación anterior, implica una *coincidencia* general de los *fines* del cliente y del interventor (o que, al menos, éste acepta los fines de aquél).
- *Abogacía social.* Aquí no existe esa coincidencia de fines cliente-interventor, por lo que la colaboración entre ambos *no* es posible. En esta postura relacional, el agente de cambio, asumiendo que la gente se mueve por el interés egoísta, trata de defender los intereses de la parte más débil, presionando a la más fuerte para aumentar el *poder* y recursos de aquélla. Se trata de una posición partidista, directamente fundada, como se ve, en la teoría del empoderamiento.

La Conferencia de Austin (Iscoe y otros, 1977) redujo a seis modelos —que se resumen a continuación— las distintas propuestas presentadas para formar interventores comunitarios que, por su heterogeneidad y amplio solapamiento, parecen reflejar tanto posiciones ideológicas del momento como concepciones reales de papeles interventivos.

- *Clínico-comunitario* (o salud mental comunitaria), intermedio entre la clínica y lo comunitario, subraya factores intra e interpersonales en la prevención de, y atención a, los problemas de salud mental; usa estrategias como prevención, intervención de crisis, consulta y análisis epidemiológico.
- *Desarrollo comunitario y sistemas sociales:* enfoque sistémico centrado en el desarrollo de los sistemas sociales de la comunidad prestando atención al desarrollo personal y social.
- Intervención en *sistemas y organizaciones:* se busca aumentar la calidad de vida mejorando la competencia de personas y grupos en la comunidad y las organizaciones y subrayando la prevención.
- *Cambio social:* busca el cambio institucional y social y usa estrategias interventivas sociopolíticas como la organización comunitaria o la abogacía social.
- *Ecología social:* perspectiva basada en los principios de la ecología, busca mejorar el poder y la competencia de las personas al relacionarse con su entorno.
- *Psicología social aplicada:* centrada en la aplicación de la psicología social a los problemas y sistemas sociales (dos de cuyas propuestas de rol —la de Glidewell y Hornstein— han sido ya resumidas).

© Ediciones Pirámide

4. TAREAS Y PAPELES EN LA SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Laue (1981; Laue y Cormick, 1978) ha descrito con inusual precisión y claridad las tareas y los papeles implicados en la intervención en conflictos sociales. Según ese autor, el *conflicto social* se produce cuando (debido a problemas de legitimidad de la autoridad o sus decisiones, a la insuficiencia de recursos o una injusta distribución de esos recursos) se rompe el equilibrio existente en un sistema social. Esa ruptura del equilibrio social provoca grados de disensión entre los distintos grupos cuyas manifestaciones fluctúan entre la cooperación y competencia (polos positivos) y el conflicto o la crisis (polos negativos). La ocurrencia del conflicto comunitario —social en general— señala la necesidad de introducir estrategias de solución que, aunque pueden ser globalmente llamadas de *mediación,* incluirían (cuadro 10.4) también otras variantes específicas: la negociación (que implica un «toma y daca» entre las partes una vez han aceptado la imposibilidad de lograr sus respectivos objetivos al cien por 100); la conciliación para hallar un punto general de acuerdo, y la mediación propiamente dicha en que un tercero aceptado por las partes en conflicto media entre ellas (en general sin tomar explícitamente partido) para alcanzar un acuerdo satisfactorio para todas. Si esas estrategias fracasan, se puede recurrir al arbitrio, en que una figura con poder reconocido impone una solución externa.

Papeles. Dependiendo de elementos prácticos como las habilidades del interventor, su relación con las partes en conflicto y la forma de financiarse (quién paga) y organizarse, Laue y Cormick distinguen cinco papeles básicos para la resolución de conflictos (cuadro 10.4).

- *Activista*: el practicante toma partido por un grupo (en general el más débil) asumiendo sus fines, y, a veces, se hace miembro del grupo.

CUADRO 10.4

Estrategias y papeles interventivos en el conflicto comunitario (Lave y Cormick, 1973)

Estrategias	Descripción
Negociación	Partes discuten y pactan acuerdo desde igualdad repartiendo ganancias y pérdidas
Conciliación	Ayudar a poner de acuerdo a las partes, clarificando información, armonizando posturas
Mediación	Intervención imparcial/neutral entre partes en disputa para alcanzar acuerdo satisfactorio para todos
Arbitrio	Tercero con autoridad —árbitro— impone solución externa cuando otras estrategias han fracasado
Papeles	
Activista	Se pone al servicio de una parte adoptando sus fines o valores
Abogado	Defiende intereses de una parte, menos implicado que activista
Mediador	Externo a las partes en conflicto y con visión más objetiva
Investigador	Visión más amplia y distante (periodista, científico social, analista político); función de análisis social más que intervención
Ejecutor	Hace cumplir los acuerdos; posee poder coercitivo

© Ediciones Pirámide

Este papel exige las habilidades de organizar, hablar en público, diseñar estrategias y reunir seguidores.

- *Abogado:* desde una postura más distante que la del activista, apoya la causa de un grupo y promueve sus fines frente a los adversarios o toda la comunidad. Si actúa desde «dentro» del grupo es un *consultor*; si desde fuera, un *organizador*. Puede también actuar como *negociador* representando los intereses de la parte correspondiente. Añade a las destrezas exigidas al activista la de tener una visión del final del conflicto que ayude a defender los intereses del grupo por el que se aboga.
- *Mediador*: su posición externa respecto a las partes en conflicto le permite tener una visión más objetiva y general de la situación que la de los papeles previos. Su misión es ayudar a alcanzar acuerdos satisfactorios para todas las partes en conflicto y solucionar las diferencias que causaron el conflicto. Además de ser aceptado por todos, es recomendable que goce de autonomía económica y organizativa. Habilidades precisas son: facilitar la negociación, organizar, comunicar, buscar recursos y elaborar acuerdos aceptables.
- *Investigador*: científico social, analista político, periodista, u otro, con una visión más amplia y distanciada del conflicto que, en teoría, le permitiría «empatizar» con todas las partes. Su poder depende de la importancia que la comunidad y las partes enfrentadas concedan a sus hallazgos. Este papel exige las habilidades metodológicas ya conocidas por el científico social: observar, registrar información, analizarla, relacionar factores y variables. La mayor dificultad para desempeñarlo es ser capaz de mantener la distancia y no inclinarse por una parte concreta.
- *Ejecutor (enforcer):* ha de hacer cumplir los acuerdos alcanzados, para lo cual ha de tener un poder coercitivo o formal sobre los grupos; por ejemplo, un tribunal de justicia, la policía, los jueces o ciertos administradores.

Habilidades. En conjunto, la solución de conflictos exige para los autores once destrezas básicas, implicadas, según se ha visto, en distinta medida en los cinco papeles descritos: autoanálisis, comunicación, análisis social, organización, aporte de información, identificación de recursos, intermediación «comisionista» *(broker),* pensamiento divergente, planificación, consejo y ejecución de soluciones. Si bien las *habilidades* son —hasta cierto punto— *compatibles*, pudiendo por tanto ser asumidas por una misma persona o institución, los *papeles no* lo son, de forma que el practicante ha de elegir uno de los cinco papeles, pues no puede asumir varios a la vez.

Resumen: diversidad y problemas de desempeño. ¿Qué conclusiones sobre el papel psicosocial o comunitario podemos sacar de la breve excursión realizada por la literatura respecto de sus dos vertientes, funcional (contenido) y procesal (desempeño)? Respecto de la vertiente funcional, se observa que, si bien el *contenido* de los papeles psicosociales es diverso, variando según el área de actuación, enfoque ideológico e interventivo, nivel de especificidad de la descripción y otros factores, se observa que convergen sobre las tres formas de relación general explicadas por Hornstein: experto técnico (ligado a una relación «clientelar»), de colaboración y partidista (o de abogacía social en sentido amplio). Glidewell resume con claridad las funciones globales del interventor social que Laue y Cormick amplían conectando las dos últimas propuestas por aquél (conflicto y justicia distributiva) y desgajándolas en cinco papeles y once habilidades más específicas.

Respecto del *desempeño*, parece claro que la amplitud temática y la diversidad de funciones a ejercer por parte del interventor psicosocial o comunitario suscitan cuestiones críticas sobre su viabilidad. Una, primordial, la *compatibilidad* de los distintos papeles que el psicólogo haya de asumir simultánea o sucesivamente. Dos, derivada de la anterior, ¿puede una sola persona asumir papeles tan diversos y diferentes de aquellos a los que el psicológico está acostumbrado? Como ya se ha apuntado, habremos de plantear la necesidad de establecer *sistemas* de *síntesis e integración* para resolver los conflictos de rol y las dificultades implicadas en las eventuales transiciones de rol a que se va a enfrentar el interventor en una acción tan heterogénea y diversa, frente a la acción individual, en relación a las funciones a asumir y los papeles a desempeñar. Los *papeles conectores (linking roles*) y la *multidisciplinariedad* (capítulo 8) se perfilan como propuestas emergentes de solución que deben ser investigadas y puestas a prueba.

© Ediciones Pirámide

5. PROPUESTA SINTÉTICA: COMPONENTES BÁSICOS DEL PAPEL SOCIOCOMUNITARIO

Trato ahora de sintetizar los componentes funcionales básicos del papel sociocomunitario que subyacen a la diversidad de descripciones de lo que hacen los interventores sociales y comunitarios mostrada en las propuestas precedentes. Incluyo siete funciones (recogidas en el cuadro 10.5) que tienen un componente psicológico o psicosocial sustancial que es resaltado aquí en la descripción y recogido más adelante en otro apartado. No siendo, sin embargo, esas funciones específica ni siempre centralmente psicológicas, parece más correcto asumirlas multidisciplinares, de forma que pueden ser desempeñadas por varios tipos de agentes de cambio. Fluctúan también en el grado en que son específicamente comunitarias, de forma que mientras varias de esas funciones (análisis y evaluación, diseño y planificación, consulta, negociación...) son genéricamente sociales, otras, como el desarrollo de recursos, la abogacía social o la organización social, deben ser consideradas —por ese orden— más específica y propiamente comunitarias.

Análisis y evaluación social. El análisis de situaciones y sistemas sociales (comunidades, instituciones u organizaciones, grupos) que se desea modificar desde el punto de vista de un problema o interés positivo es el primer paso de cualquier acción social. Se trata de un análisis a la vez *global* y *selectivo*, que debe contemplar la situación o sistema en su totalidad, pero desde la perspectiva del fenómeno de interés. La complejidad y multidimensionalidad de lo social aconseja focalizar el análisis en cuatro aspectos prioritarios:

- El *problema*, necesidad o *aspiración* colectiva (droga, maltrato, participación, mejora global de la comunidad) que interesa específicamente.
- Los *determinantes* de la necesidad o aspiración, aquellos factores psicológicos y psicosociales que, estando significativamente implicados en la generación del asunto de interés, intentamos modificar.
- Los procesos sociales que «reproducen» o *mantienen* el problema que buscamos resolver o la carencia de aquello que queremos desarrollar.
- Los *recursos* personales y sociales que podemos utilizar o ayudar a desarrollar para favorecer el cambio deseado (incrementando, por ejemplo, el poder colectivo).

Procesos y aspectos sociales objeto frecuente de análisis son: la socialización formal (educación) e informal, los sistemas de poder y asignación de recursos, el apoyo e interacción personal y grupal, el liderazgo y la forma de controlar la desviación. El análisis general precede y enmarca la evaluación dimensional concreta. ¿Cómo? Mientras el análisis es global y cualitativo (centrándose en el conjunto del sistema o situación), la *evaluación* (capítulo 6) se *centra* en la *dimensión concreta* que nos interesa incluyendo la valoración de medidas *cuantitativas* de ella (cuando la dimensión es cuantificable, claro está).

Diseño y organización de programas de cambio. Este componente comprende varias funciones asociadas a la creación de actuaciones integradas (programas) para solucionar los problemas detectados o alcanzar las metas positivas buscadas con un grado de organización que fluctúa entre los enfoques más flexibles y los planificados, los más comunes. Consta de dos funciones —el diseño del programa y su organización estratégica— o momentos procesales, pues son acciones sucesivas: primero se diseña la acción, después se organiza

© Ediciones Pirámide

para su ejecución y más tarde se ejecuta, tras lo cual se puede difundir a otros contextos.

- El *diseño* o creación del programa es una función «de gabinete» en que se marcan los *objetivos* de la acción, se proyectan las *acciones* apropiadas (el programa) para alcanzarlos y se establece la estrategia para llevar a cabo el programa.
- En la fase *organizativa* se buscan los *medios* personales y sociales necesarios para poder llevar a cabo eficaz y coordinadamente el programa en un contexto social o comunitario dado. Es una tarea básicamente estratégica que se lleva a cabo a varios niveles (técnico, político, administrativo, etc.) que han de incluir en los programas comunitarios, además de la búsqueda de medios económicos y personales, una estrategia de motivación e implicación de la gente en todo el proceso de cambio. Algunos practicantes recomiendan crear también estrategias eficaces de difusión de programas una vez se haya comprobado el éxito de éstos.

Consulta y educación. Se trata de dos funciones diferentes que tienen en común su carácter educativo y *multiplicador* respecto de los esfuerzos del practicante, cuya capacidad de actuación se «multiplica» con intervenciones más limitadas que respetan las capacidades de los afectados de resolver sus propios problemas y hacer realidad sus aspiraciones compartidas. Se asume en ambos casos que

CUADRO 10.5

Componentes del papel interventivo comunitario

Componente	Descripción tareas
Análisis social Evaluación de necesidades y programas	Análisis selectivo de comunidades y sistemas desde el punto de vista de fenómeno de interés Evaluación de problemas y aspiraciones, determinantes y recursos personales y sociales útiles para cambio sociopsicológico
Diseño y organización de programas	Establecer acciones para alcanzar objetivos marcados, medios precisos y estrategia de participación de la gente
Consulta y educación	Colaboración con el cliente: proponer «soluciones» a problemas que aquél puede (o no) aplicar Formación y entrenamiento útil para el crecimiento humano, la prevención y la solución de problemas
Mediación, negociación y relación	Para facilitar la solución de conflictos fomentando la comunicación y relación entre las partes, manteniendo buenas relaciones con personas y grupos comunitarios
Abogacía social	Ayuda a la defensa de intereses de colectivos sociales que no pueden defenderlos por sí mismos
Organización y dinamización	Facilitar el empoderamiento colectivo a través de organización y activación social
Desarrollo de recursos humanos y sociales	Crear habilidades sociales; fomentar redes sociales y grupos de ayuda mutua; desarrollar asociaciones y grupos reivindicativos, etc.

© Ediciones Pirámide

las personas y comunidades tienen capacidad de *saber* lo que es mejor para ellos si se les da información clara y pertinente sobre los temas de interés y —en el caso de la consulta—, que pueden actuar y alcanzar sus propios objetivos con ayuda técnica externa.

En la *consulta* el practicante, tras estudiar la situación o problema de interés, propone soluciones a los responsables del sistema de forma que sean ésos los encargados de llevar, o no, a cabo esas recomendaciones. Se trata, como se ve, de un servicio triangular (problema-consultante-practicante) e *indirecto* en que los miembros del sistema retienen la responsabilidad por la marcha de ése y la solución de sus problemas, limitándose el practicante a colaborar con ellos voluntariamente y en pie de igualdad.

La *educación* acompaña más o menos secundariamente a la mayoría de acciones comunitarias que casi siempre tienen una dimensión educativa, o informativa al menos. Es central, sin embargo, en estrategias preventivas o de desarrollo como la educación para la salud, la educación de adultos u otras, más subversivas, como la educación popular o la pedagogía freiriana. Aunque varía en su grado de directividad (entre la simple información y la más descarada manipulación), asume generalmente que la gente elegirá racionalmente sus acciones si se le facilita la información pertinente. En la realidad los componentes afectivos y sociales extrarracionales son también fundamentales, de manera que el trabajo educativo en grupo será mucho más efectivo (y costoso) que la mera campaña masiva de concienciación a través de la televisión. En general las estrategias educativas usadas en el cambio comunitario van dirigidas a cuatro grupos de interés (capítulo 12): los afectados por la condición a modificar, los «otros significativos», los profesionales de ayuda y los líderes comunitarios y sociales. Las estrategias educativas deben transmitir información pertinente sobre el problema de interés y los signos o síntomas que permitan reconocerlo tempranamente, y sobre las soluciones o recursos de ayuda disponibles.

Negociación, mediación y relaciones humanas. Se trata de formas distintas de facilitar la *relación* y *comunicación social* entre grupos para posibilitar la resolución de discrepancias y conflictos comunitarios. La relación humana —entre personas o grupos— es, como la educación, un componente más o menos secundario de toda intervención comunitaria, en que tiene un importante papel *facilitador* de la realización de las acciones y el éxito de las técnicas usadas de manera que no se concibe un programa exitoso que no incluya el establecimiento y mantenimiento de buenas relaciones con los grupos y personas clave de la comunidad. Las «buenas relaciones» no necesitan ser siempre complacientes y amigables y pueden (deben) también incluir la divergencia y la franca confrontación, cuando eso sea apropiado.

Las otras dos funciones, mediación y negociación, ya fueron descritas como parte de la mediación en el esquema de Laue y Cormick. En ellas se asume que hay varias partes en conflicto (o sin contacto entre sí) y que sus posiciones pueden ser acercadas a través de una transacción de diferencias para alcanzar un arreglo de conjunto aceptable (negociación) o de una mediación, generalmente entendida como neutral, autónoma respecto de las partes y sin poder decisorio o ejecutivo, pero capaz de convocarlas y proponer iniciativas. La diferencia entre ambas funciones es que en la mediación hay un papel para el interventor externo y en la negociación no, son las partes en conflicto las que negocian. Las funciones mediadoras (y negociadoras) están adquiriendo relevancia creciente por la multiplicación del conflicto (y su reconocimiento social, en realidad) en todos los ámbitos de la vida social moderna y por la búsqueda de soluciones constructivas que eviten la multiplicación y escalada del enfrentamiento, por lo que ambas estrategias tienen un apreciable potencial preventivo. Se están ensayando estrategias de mediación en los vecindarios, las escuelas y las familias.

Laue y Cormick identificaron once habilidades básicas de las funciones negociadora y mediadora que podemos resumir en una serie de destrezas relacionales como: la empatía con el otro; la capacidad de escuchar, hablar y callar; la capacidad de percibir elementos comunes y crear vínculos, y así sucesivamente. La asunción básica de estas funciones es que el conflicto está originado por deficien-

© Ediciones Pirámide

cias de relación y comunicación, de forma que puede resolverse facilitando la comunicación —y relación— entre las partes, aflorando asunciones implícitas, aclarando malentendidos, etc. Hay, sin embargo, que añadir una segunda condición, que con frecuencia se pasa por alto la *igualdad* del poder entre las partes que negocian. Si no se da esa condición, si el *poder* de las distintas partes no está nivelado, el más fuerte se impone a los más débiles. En ese caso, la abogacía social o la organización comunitaria serían funciones más apropiadas para abordar las disputas producidas.

Abogacía social. Desgloso el cambio social en dos líneas o componentes: la abogacía social, *reformista* y apropiada en sistemas *accesibles al cambio*, por un lado, y la organización comunitaria, radical e indicada en sistemas impermeables a las propuestas de cambio, por otro. Aquí se asume que las deficiencias de base no son relacionales o de comunicación, como en la mediación y negociación, sino de *poder* o capacidad, de forma que es preciso ayudar a empoderar a los más débiles pero con capacidad potencial para defender sus propios intereses (organización social) o representar los intereses de aquellos colectivos (menores, mayores desvalidos, etc.) cuando son incapaces de defenderlos por sí mismos.

La abogacía social se origina en el trabajo social (Knitzer, 1980; Weber y McCall, 1978) *combinando* las funciones de *abogacía legal* (gestión de conflictos, producción y gestión de evidencia, negociación) y *acción social* partidista que impulsa el cambio institucional a partir de reclamaciones y demandas a instituciones de colectivos marginados, indefensos o desasistidos que se consideran perjudicados por esas instituciones. Se asemeja a su homónima jurídica, de la que deriva, en que el abogado social defiende los intereses del cliente (aunque en un proceso social, no legal). Se diferencia de ella en que aquí se busca reformar sistemas y procedimientos administrativos y políticos y en que, en vez de sustituir al cliente, en la abogacía social se trata de suplementar o potenciar sus intereses y capacidad de actuar de cara a los sistemas a los que reclama. Métodos y acciones típicas de abogacía social son la investigación de programas sociales, la denuncia social y judicial de fallos y abusos institucionales, el cambio de métodos y sistemas administrativos inhumanos o perjudiciales, la presión organizada de afectados por fallos de instituciones u organizaciones (escape de gas de una planta química, jubilados con pensiones insuficientes, parados sin representación sindical, etc.) o la exigencia del cumplimiento de los cambios acordados.

Organización y dinamización comunitaria. Estrategias de cambio social nucleares a la acción comunitaria, centradas en la activación o dinamización social de la gente y en su organización social para adquirir poder. El *poder* es aquí el factor clave,

CUADRO 10.6

Estrategias básicas de dinamización y activación social

- Establecer *objetivos y metas* a perseguir como proceso social aglutinador y anticipador de la acción posterior
- Ayudar a desarrollar *sentimientos de potencia* (percepción de que uno puede cambiar las cosas, actuar y luchar por aquello que desea o necesita) y cohesión social como requisitos motivacionales para embarcarse en la acción
- Utilización constructiva de *tensiones, contradicciones* (y procesos de cambio ya existentes) para generar dinamismo, en vez de enfrentamiento
- Identificación de *necesidades* y conciencia de ellas como elementos motivadores básicos
- Ayuda en la *búsqueda de medios* materiales, institucionales o apropiados para actuar
- Ayudar a *cambiar* desde fuera *instituciones* y sistemas sociales (o creación de otros «paralelos») más acordes con los intereses o necesidades colectivas

© Ediciones Pirámide

y el *cambio social profundo* (que involucraría el cambio de la estructura de poder), la meta última. En la medida en que es la comunidad (o colectivo social) quien realiza *su* propia transformación, el practicante sólo puede ser agente *indirecto* de cambio que —a partir del descontento, la necesidad o las aspiraciones compartidas— trata de *desatar* o liberar fuerzas transformadoras ya existentes (o latentes), *impulsar* procesos de cambio incipientes y *activar* a grupos y personas que, de otra forma, permanecerían pasivos e inactivos.

¿Cómo puede el psicólogo, u otro practicante comunitario, ejercer esta difícil misión? Ya vimos algunas de las claves teóricas y operativas al examinar en el capítulo 4 la noción de empoderamiento y los procesos de adquisición y reparto de poder que conlleva. Otros procesos sociales (en buena parte psicosociales) asociados a la función social organizativo-dinamizadora aparecen singularizados, por su importancia, en el cuadro 10.6.

Vemos que, aunque los procesos pueden —y con frecuencia deben— combinarse entre sí, cada uno marca una línea estratégica diferenciada: organización comunitaria, si se favorece la participación en acciones colectivas para conseguir más poder; creación de «instituciones paralelas» a las existentes cuando éstas parecen impermeables al cambio desde dentro; mediación en conflictos como forma de «desanudar» energías comunitarias no utilizadas constructivamente; identificación de necesidades o la «concienciación» sobre condiciones insoportables o injustas de vida como procesos que crean su propia dinámica de actuación, etc. Varios de esos procesos son reconsiderados al identificar los componentes psicosociales del papel comunitario.

Desarrollo de recursos humanos y comunitarios. Si el desarrollo humano es objetivo central de la PC, se comprenderá perfectamente que el desarrollo de recursos constituya, como forma diferenciada de cambio social, junto a los dos componentes anteriores, el núcleo más comunitario del papel psicosocial. También que, como sucedía con la relación humana o la educación, este componente esté presente de forma más o menos secundaria en casi todas las tareas comunitarias y en los componentes del papel psicosocial. Según el carácter y la utilización de aquello que se considere «recurso» (o potencialidad), se pueden considerar distintos tipos de recursos a desarrollar a varios niveles. En principio entendemos como recursos las cualidades —personales, sociales, territoriales, ecológicas o de otro tipo— que estando real o potencialmente presentes en ellos pueden contribuir a la potenciación o desarrollo de personas, colectivos sociales o comunidades. La educación, la «autoayuda», la psicoterapia, los grupos de crecimiento, el fomento de habilidades psicológicas o relacionales o del asociacionismo, la organización comunitaria o la participación en proyectos sociales son estrategias para conseguir el desarrollo personal y social al mejorar la autoestima y el poder personal, la relación con otros, el sentimiento de pertenencia e identidad social y la eficacia de las acciones individuales y colectivas. Nos estaríamos ahí refiriendo al desarrollo *directo* de recursos en el sentido de que buscan el crecimiento personal o social per se, no para otros fines utilitarios.

Hablaríamos de desarrollo *indirecto* de recursos cuando potenciamos capacidades de ayudar a otros seleccionando o capacitando voluntarios o paraprofesionales, mejorando la capacidad de socialización de los padres u otros agentes o sensibilizando a ciertas personas no profesionales para que puedan relacionarse con adolescentes con dificultades personales o de adaptación social. La distinción entre recursos patentes y recursos *latentes* («potencialidades») es mucho menos clara en la práctica que en el concepto, pudiendo referirse estos últimos, los recursos potenciales, a capacidades no detectadas o ejercitadas que se pueden «descubrir» o hacer «aflorar» frente a cualidades ya existentes que sean susceptibles de desarrollo y mejora, en el caso de los recursos existentes o patentes. Así el descubrimiento de personas con capacidad de ayuda o el fomento de asociaciones para hacer frente a un problema o interés compartido serían casos de desarrollo de recursos latentes o potenciales, mientras que el fortalecimiento de la capacidad reivindicativa de una asociación o la eficacia de una escuela de padres y existentes ejemplificarían el desarrollo de recursos

© Ediciones Pirámide

patentes. El *desarrollo comunitario* busca potenciar, a las comunidades como un todo integrado atendiendo no sólo a las dimensiones territoriales o urbanísticas (calles, comunicaciones, transportes...), económicas (fomento del empleo, creación de riqueza, etc.), educación o salud, sino también a las sociales y psicosociales (asociaciones, valores cívicos, sentimiento de comunidad, «proyecto» de barrio, participación, etc.) y otras (vida cultural, ocio y recreo, etc.).

Proceso e integración de funciones. Los componentes del papel comunitario tienen una clara lógica procesal de acuerdo con la cual pueden ser ordenados. Mientras que unos (análisis y evaluación social, diseño y organización de intervenciones) son *comunes* a cualquier acción comunitaria como pasos sucesivos a seguir, otros (el resto de componentes) conforman *opciones alternativas* de actuación entre las que se elige una *u* otra como estrategia central de actuación: educación, negociación, abogacía social, organización comunitaria, consulta, desarrollo integral (véase la figura 10.1). Las dificultades de integración de funciones o componentes del papel serán comentadas en la última parte del capítulo, centrada en el desempeño.

6. CONTENIDOS PSICOSOCIALES

¿Cuáles son los aspectos más clara y específicamente psicológicos (psicosociales si se quiere) de las funciones del rol descrito y de las tareas comunitarias? Describo algunos, a veces apuntados en la descripción general del papel precedente y que se resumen en el cuadro 10.7.

Dinamización y activación social en un nivel medio. Como se ha dicho, el carácter psicológico

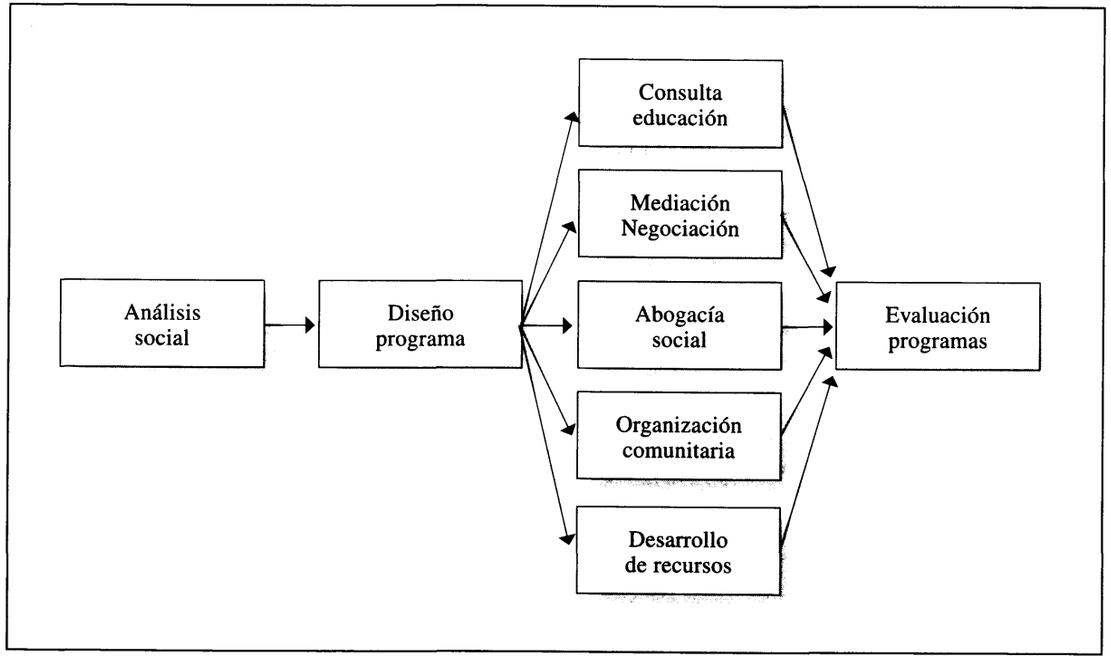

Figura 10.1.—Proceso e integración de funciones del papel sociocomunitario.

© Ediciones Pirámide

de esta tarea viene dado por la cualidad de sujeto agente *(actor)* adquirida por las personas que cambian. Como parte del campo general de la motivación psicosocial habrá que tener en cuenta en estas funciones las raíces —relacionales, grupales y socioculturales— de las situaciones de desmotivación y apatía sociales que se busca alterar y usar estrategias como la participación comunitaria y la dinámica y cambio grupal. La *creación de climas sociales* favorables al cambio social o al desarrollo humano (en la tradición lewiniana) ejemplificada por espacios sociales como la comunidad terapéutica, las casas de mayores (u otros grupos) que ofrecen relaciones y actividades que generen ilusión colectiva ilustraría también estas funciones.

Desarrollo humano, un fenómeno centralmente psicosocial, aunque incluya aspectos y determinantes múltiples y en gran medida extrapsicológicos. La tarea de explorar esos determinantes y su integración y significado final son tareas psicosociales de las que son titulares personas socialmente interconectadas (no «átomos» individuales aislados). Y también son psicológicas algunas de las áreas de ese desarrollo, como la expansión de la creatividad y experiencia emocional, la interacción y relación, la asimilación de valores y toma de decisiones personales o el desarrollo de empatía social y tolerancia.

Inducción de la conciencia de posibilidad del cambio social. En la medida en que muchos colectivos comunitarios viven en condiciones de marcada alienación y apenas pueden concebir la posibilidad de una vida mejor, la creación de la conciencia de que el cambio es posible y de que existen alternativas es una tarea psicosocial fundamental en el trabajo comunitario. Las ideas marxistas sobre la «conciencia alienada» o las psicológicas sobre internalidad del control o la impotencia aprendida son pertinentes aquí: refiriéndose todas al desarrollo social de la conciencia psicológica pueden ser utilizadas productivamente en la acción comunitaria si se introducen con una cierta sensatez. ¿Cómo? Primero ayudando a los grupos sociales a «tomar» conciencia de que su situación actual es indeseable; segundo, impulsando la idea de que otra vida (mejor) es posible y de que hay *alternativas* a su miserable forma de vida presente. La creación de expectativas de cambio no es tarea fácil: demanda un equilibrio razonable entre la imaginación de las potencialidades por crear y el realismo derivado de las posibilidades reales (motivación de la gente, experiencia en el manejo de situaciones similares, etc.) de cambio que sólo se acaban conociendo cuando se intentan hacer realidad. Las expectativas de cambio deben ser, en ese sentido, un anticipo razonable de algo (realidad deseada) que puede ser conseguido, no una proyección más o menos demagógica de los deseos o teorías predilectas del interventor sin conexión con la realidad comunitaria.

Inducción de la conciencia de poder personal. La conciencia es sólo un primer paso; falta otro complementario, el poder. Tras concienciarse de

CUADRO 10.7

Contenidos psicosociales del papel comunitario

- Dinamización y activación social en un nivel medio
- Desarrollo humano
- Inducción de la conciencia de que el cambio social es posible
- Inducción de la conciencia de poseer poder personal
- Racionalización de procesos de socialización para fomentar crecimiento y prevenir problemas
- Diseño y realización de programas institucionales con fines preventivos o de desarrollo humano
- Modulación de valores que promueven el crecimiento humano
- Creación de modelos de comportamiento para contrarrestar anomia y promover crecimiento

© Ediciones Pirámide

las posibilidades y alternativas, es preciso generar conciencia de *potencia*, de que el cambio es posible para que la gente decida actuar. Ya vimos (capítulo 4) cómo la conciencia de potencia es una precondición del empoderemiento conseguido a través de la acción conjunta eficaz que rompa el ciclo fatalismo-pasividad-autoderrota. Aunque un colectivo tenga conciencia de sus pésimas condiciones de vida y de cómo podrían mejorar, no va a actuar hasta que *crea* que *él* (con o sin ayuda externa) *puede* cambiar el estado de cosas existente. Ésa es la vertiente psicosocial de la tarea; otros aspectos —como la redistribución social del poder y la riqueza— exceden lo psicológico requiriendo actuaciones políticas o multidisciplinares a escala no sólo medio-social (comunidad) sino, también, macrosocial.

Racionalización de procesos de socialización en la dirección conducente al crecimiento personal y a la prevención de los problemas no deseados. De nuevo, sólo parte de la modulación de los procesos socializadores es psicosocial. ¿Cuál? La orientación de los procesos socializadores en la dirección de los «resultados humanos» a «producir» (el «modelo de persona» a promover) y una porción de la realización multidisciplinar de intervenciones concretas —como la socialización afectiva y relacional o la transmisión de valores— de claro contenido psicológico. El trabajo en sistemas micro y medio-sociales como la familia, el grupo de iguales o la escuela será crítico desde el punto de vista de aspectos como el diseño de programas institucionales, la modulación de valores y la «creación» de modelos de rol.

Diseño y realización de programas institucionales con fines preventivos o de desarrollo humano, como los correccionales juveniles o los hogares de acogida y transición de niños o mujeres maltratadas o las comunidades terapéuticas. Es una demanda psicosocial en aumento por la gran desintegración social actual y la consiguiente debilidad de las comunidades e instituciones tradicionalmente cohesionadoras: familia, grupos de amigos o iguales, religión, etc. La tarea consiste en concebir (y llevar a término) actividades, formas de relación y sistemas de normas y premios que regirán las instituciones «artificiales» a crear de forma que compensen los perjuicios y déficit de las instituciones existentes y promuevan el desarrollo de las personas que acogen.

Modulación de valores (salud, participación, trabajo, etc.) de forma que se fomenten comportamientos encaminados al crecimiento personal, minimizando aquellos asociados a los problemas sociales como las adicciones destructivas, la pobreza o la marginación. De nuevo, sólo una fracción de las tareas a realizar en esta función (una porción del diseño de instituciones mencionado) son psicológicas o psicosociales: básicamente el diseño global del sistema de valores a promover desde la perspectiva humana indicada (el «modelo» de persona que se busca «producir»). La tarea es instrumental en la medida en que los valores son promovidos (o desalentados) no por sí mismos, sino como medios para conseguir objetivos de desarrollo humano. Así, la modificación de lo que se considera «trabajo» y el valor socialmente asignado habrá de tener en cuenta a los parados o jubilados, que se sentirán fracasados o frustrados en la medida en que el trabajo sea escaso y esté socialmente muy valorado o se defina de forma muy restrictiva. La salud habrá de ser muy valorada por la gente si se quiere que ésta participe en programas comunitarios de promoción de la salud.

Creación de modelos valiosos para orientar el *comportamiento* de ciertos colectivos (adolescentes, mayores) o promover cualidades deseadas en situaciones (transiciones vitales, cambios sociales bruscos o profundos) de anomia o incertidumbre normativa y conductual. Las nociones y teorías sobre aprendizaje y «modelado» social o asunción de roles pueden ser de utilidad, así como la teoría, aún por desarrollar, sobre socialización implícita. El uso de figuras (como deportistas o cantantes) muy valoradas por adolescente en campañas antidroga o la función de los monitores en «instituciones» artificiales (pisos asistidos, comunidades terapéuticas, hogares de grupo, etc.) ilustran este componente psicosocial.

© Ediciones Pirámide

7. DESEMPEÑO DE ROL: CONDICIONANTES Y CONFLICTOS

Se examinan aquí, primero, algunas tendencias sociales y profesionales que influyen poderosamente en la «construcción» del papel psicocomunitario identificando, después, de la mano de Rothman, los factores sociales que condicionan el desempeño y resumiendo al final algunas propuestas emergentes sobre el manejo de los conflictos de rol.

7.1. Polaridades definitorias

Entre las polaridades y tensiones desde las que se definen los papeles comunitarios, su desempeño y contenidos, podemos citar cuatro: antiprofesionalismo, resistencias profesionales, tensión entre descripción y prescripción y desequilibrio entre conocimiento y poder (cuadro 10.8).

Antiprofesionalismo. Existe un claro sentimiento antiprofesional (variable según los contextos y tendencias) en el campo comunitario que lleva a cuestionar o rechazar varias de las asunciones y prácticas del modelo profesional de actuación. Es lógico: si la intervención comunitaria busca el desarrollo humano, se ven como rechazables aquellos aspectos del modelo profesional que restan protagonismo a la comunidad y a su empoderamiento. Por eso el papel del practicante es menos directivo que en la acción profesional clásica y se centra más en el fortalecimiento y la promoción del otro que en la «receta» técnica de soluciones. También se ha visto que el desarrollo de destrezas de ayuda de otras personas no profesionales —un tabú del ejercicio profesional clásico— es parte importante de la intervención; que el tipo de relación típica de ese ejercicio (de arriba abajo) es rechazado aquí a favor de una relación más igualitaria y cooperativa, y que, finalmente, se admite la importancia, junto al saber científico y técnico, del «saber popular» y el punto de vista de la comunidad.

Resistencias y tensiones a la introducción del papel. La introducción de cualquier papel nuevo en un campo ya «poblado» de otros papeles similares o complementarios conlleva siempre tensiones y resistencias por parte de los titulares de los roles ya establecidos. En el caso del rol psicocomunitario, se pueden esperar resistencias y tensiones tanto internas (las de aquellos psicólogos que no reconocen como psicológicas las funciones o papeles comunitarios) como externas, provinientes de profesiones que ya «ocupan» temas y terrenos aledaños en la acción social o comunitaria: trabajo social, medicina familiar y comunitaria, pedagogía social, sociología aplicada, etc.

Tensión descripción-prescripción. Es fundamental a la hora de abordar el desempeño de un papel distinguir lo que sus portadores *hacen* realmente (rol descriptivo) de lo que, según el mandato científico, técnico y social, *deberían* hacer (rol prescriptivo). Y cabe siempre esperar una cierta tensión entre ambas vertientes del rol. En los papeles ya establecidos, esa tensión suele ser limitada y es aceptada por los practicantes y la sociedad como la

CUADRO 10.8

Polaridades desde las que se define el papel comunitario

- Antiprofesionalismo: debido a la primacía del desarrollo humano sobre la prestación de servicios
- Tensiones «ecológicas»: resistencias internas (de la mismo profesión) y externas (de otras profesiones)
- Descripción-prescripción: tensión entre lo que se debe hacer (científica y éticamente) y lo que se hace (se puede hacer) realmente
- Poder-conocimiento: incluye saber (conocimiento) y saber hacer (técnica), pero también poder y prestigio del gremio profesional del practicante

© Ediciones Pirámide

distancia que suele haber entre la norma social ideal y el comportamiento humano real o posible. En los papeles nuevos, sin embargo, la diferencia puede ser notable por la idealización del nuevo rol en construcción, cuyo contraste con otros ya conocidos (el clínico en nuestro caso) y considerados inapropiados suele maximizarse para marcar diferencias. De forma que hasta que no se establecen pautas claras para el desempeño del nuevo rol, la práctica real suele oscilar entre el contenido deseable —pero mal definido y difícil de asumir— del papel prescrito y el contenido tradicional (clínico, asesoría individual), mejor definido y más reconocido.

Poder y conocimiento. Un papel se construye tanto en base al conocimiento y las habilidades técnicas (transmitidas en la formación) de los practicantes como sobre el poder (reconocimiento e implantación social) ostentado por el gremio profesional al que pertenecen esos practicantes. Más aún: cuanto menos desarrollada esté la vertiente científico-técnica, mayor peso tendrán el poder y prestigio social del gremio a la hora de definir el papel. La psicología y otras profesiones sociales tienen, desde ese punto de vista, menos peso para ver reconocidos sus papeles sociales que otras, como la médica o la jurídica, ya establecidas y socialmente más poderosas.

7.2. Determinantes del desempeño

Tras revisar una amplia muestra de literatura, que puso de manifiesto la diversidad de papeles asumidos por los practicantes sociales y comunitarios, Rothman (1974) identificó los determinantes de esa variedad de desempeños en cuatro niveles o categorías del proceso de cambio: la dinámica del proceso, el contexto comunitario, la vertiente organizativa y los atributos personales del practicante. Los factores relevantes de cada nivel son recogidos en el cuadro 10.9 y comentados sumariamente en los párrafos que siguen.

La dinámica del cambio social incluye tres aspectos de gran influencia en el desempeño del papel sociocomunitario: los *objetivos*, que demandarán uno u otro tipo de papel; el *proceso* mismo de cambio, que irá requiriendo funciones distintas según el momento, y el tipo de *contexto* o situación *laboral* en que se actúe. Así, en lo tocante a los efectos a obtener (ligados a los objetivos del programa), se vio que los practicantes exhibían estrategias diferenciadas (capacitación, demostración, estimulación de la innovación) según los efectos buscados por el programa. También los distintos momentos de planificación urbana mostraron funciones (entre paréntesis) complementarias: generación de ideas (iniciador) y apoyo de propuestas («influenciador»). O, en los programas comunitarios: actor-profesor (función inicial), catalizador interno (apoyando a los más débiles desde dentro) y abogado-observador, más distante, en la fase final, cuando el grupo ha adquirido poder y capacidad para actuar con mayor autonomía. Se observa, finalmente, que mientras que contextos sociales que implican tareas diversas demandan preferentemente papeles de coordinación e integración, situaciones que implican tareas uniformes y regulares demandan, en cambio, papeles más «directivos» y con un contenido más normativo y burocrático.

Factores comunitarios influyentes para el ejercicio del papel práctico incluyen: el tipo de comunidad o la *estructura* social del contexto en que se actúa (los practicantes tienden a asumir papeles más militantes cuando trabajan con poblaciones marginales u organizadas); las *normas culturales* de los sistemas, que exigen cambios de posición cuando divergen marcadamente de las normas y valores de clase media para las que están pensados los programas sociales al uso (y a los que está acostumbrado el practicante), y las *necesidades* y reacciones de los clientes que a veces responden mejor a propuestas de cambio (y contenidos de rol) más «sociológico» (cambios sociales), mientras otras prefieren una orientación más «psicológica», de cambio personal.

Factores de organización comprenderán: la *estructura* organizativa (así la complejidad organizativa estará ligada a un tipo u otro de papeles); las *tradiciones* institucionales; la profesión y *posición* jerárquica o administrativa del impulsor del programa, que suele imprimir su sello en la estrategia a

© Ediciones Pirámide

CUADRO 10.9

Determinantes contextuales del papel interventivo

Determinantes	Descripción
Dinámica del cambio social	Objetivos perseguidos Momento del proceso de cambio Requisitos del contexto de trabajo
Factores sociocomunitarios	Tipo de comunidad y estructura social Normas y valores sociales de los receptores de los programas Necesidades y reacciones de los clientes
Factores organizativos	Estructura organizativa Tradiciones institucionales Posición jerárquica del interventor Poder, prestigio y recursos de la institución marco
Atributos personales	Rasgos de personalidad Percepción de la situación y problema concreto Orientación valorativa Coherencia valorativa practicante-cliente Cantidad y tipo de formación recibida

seguir y los papeles a desempeñar, y el *poder* y otros recursos de la institución patrocinadora que obviamente condicionan las posibilidades de acción y el prestigio asignado a los practicantes que de ella dependan.

Atributos personales *del practicante* involucrados en el ejercicio del rol comprenden los rasgos de *personalidad* que, como en el caso de la multidisciplinariedad, facilitan o dificultan la asunción y desempeño de cierto tipo de papeles. Las *percepciones* sociales y de la situación y *orientación valorativa:* así, si se ve un tema como un problema personal, se montará una estrategia de cambio individual; si como un fallo social, una de cambio social; si como una cuestión de justicia social, se buscará redistribuir el poder; cada estrategia conllevará, además, un tipo de papeles diferentes. Estos atributos incluyen, también, la *homogeneidad* o heterogeneidad practicante-cliente en asuntos de valores y raza (así puede resultar especialmente difícultoso para un practicante blanco trabajar con colectivos negros o indígenas) y la *formación* con que cuente el practicante, que, en buena lógica, condiciona fuertemente su visión de los temas, las herramientas técnicas que puede usar y, en definitiva, las funciones que puede ejercer.

El panorama que emerge de este somero repaso es bastante desmitificador de ciertos análisis previos muy sesgados ideológicamente: se ve el papel práctico como un conjunto de posiciones más amplio, variable y matizado que el papel imaginado o deseado que solemos manejar en ausencia de datos empíricos. La investigación del papel y su desempeño es, en consecuencia, sumamente útil y debe ser alentada.

7.3. Conflictos de rol y sus soluciones

Si aceptamos que la expresión «conflicto de rol» incluye los distintos tipos de problemas con que se encuentra el practicante, hemos visto ya cómo ese

© Ediciones Pirámide

conflicto está ligado en el caso de la intervención comunitaria, por un lado, a la gran amplitud y diversidad de funciones que el papel comprende potencialmente (y a la dificultad de que una sola persona pueda ejercerlas todas simultánea o sucesivamente) y, por otro, a la novedad del papel y la dificultad de su aceptación social y profesional. En su revisión de la literatura interventiva, Rothman ha encontrado cinco *estrategias* alternativas que los practicantes usan para resolver los conflictos de rol que aparecen (modificadas y combinadas con las ofrecidas por Thomas y Feldman, 1964) en el cuadro 10.10. Enfrentado a varios papeles posibles el practicante puede:

- *Seleccionar uno* de ellos como el papel más apropiado.
- Mantener el *equilibrio* entre *expectativas* divergentes de los grupos comunitarios, asumiendo papeles diferentes según el momento procesal o las demandas de esos grupos de manera que muestre «una cara» diferente ante cada grupo. Esta opción puede presentar, sin duda, problemas psicológicos (dificultad de combinar expectativas sociales marcadamente divergentes) y éticos, pudiendo fácilmente violentar la coherencia moral interna o la fidelidad social debida a ciertos colectivos en situación más vulnerable.
- *Retirada* del caso o situación conflictiva: «solución» naturalmente inaceptable desde el punto de vista ético, ya que quebranta la responsabilidad moral y profesional básica.
- Actuar para *cambiar la definición del papel* que se le ha asignado cuando el practicante se enfrenta a expectativas sociales irreales o de muy difícil cumplimiento que aquél no tiene por qué aceptar. Asumo aquí que el practicante ha de ser parte activa (sujeto) de la definición del papel y, por tanto, de la educación de los clientes. En vez de limitarse a «encajar» en los deseos o expectativas que la comunidad traza para él/ella, debe tratar de modular esas expectativas en la interacción y con el apoyo de la institución de que sea parte.
- Reaccionar psicológicamente, encajando *internamente* el conflicto a través de mecanismos de defensa; una «solución» técnica y éticamente negativa: ni resuelve el conflicto social ni el practicante tiene por qué «pagar» personalmente por las dificultades sociales a que lo enfrenta su trabajo.

CUADRO 10.10

Estrategias para resolver conflictos de rol (modificado de Rothman, 1974, y Thomas y Feldman, 1964)

Estrategia	Descripción y valoración
Elegir un rol	Seleccionar un papel técnica y éticamente preferible al resto
Compatibilizar varios roles	Equilibrar expectativas divergentes de varios grupos sociales Factible sólo si expectativas/roles son compatibles
Retirada	Solución inaceptable: el practicante se retira de la situación conflictiva
Redefinición	Redefinir el papel asignado en base a expectativas irreales o no asumibles por el practicante
Interiorizar el conflicto	Manejándolo a través de mecanismos de defensa (opción técnica y éticamente inaceptable)

© Ediciones Pirámide

En la literatura revisada, los practicantes prefieren como más efectiva la estrategia de equilibrar las expectativas en liza o alcanzar un *compromiso* entre ellas. Algo lógico desde el punto de vista estratégico, pues minimiza los residuos de enfrentamiento u hostilidad social resultantes del conflicto, pero que puede ser éticamente cuestionable si hay desigualdades que demandarían asumir papeles «asimétricos» respecto de los distintos grupos comunitarios (favorecer, en otras palabras, las expectativas de los más débiles o desfavorecidos). Otros factores que *facilitan* el *desempeño* del papel práctico serían en las experiencias revisadas: la *claridad* con que está definido el papel, el *consenso* entre los actores sociales (sobre todo entre el practicante y sus colaboradores) y la mejora de la comunicación entre instituciones interventoras y grupos comunitarios a través de *agentes conectores (linking roles)* del rol. El cuadro 10.11 recoge estas sugerencias para mejorar el desempeño del papel práctico.

CUADRO 10.11

Cómo facilitar el desempeño del papel práctico

- Definir claramente su contenido: lo que se debe hacer (claridad del encargo institucional)
- Facilitar el consenso entre actores (incluido el practicante)
- Tener en cuenta y tratar de equilibrar las diversas expectativas sociales
- Usar agentes conectores para facilitar la comunicación y relación institución-comunidad

RESUMEN

1. A pesar de ser un campo eminentemente práctico, la PC ha prestado poca atención al papel psicológico-comunitario, atención que, además de limitada, ha tenido un carácter pragmático y ateórico.
2. El papel práctico es un conjunto integrado de *respuestas* a las *demandas funcionales* recurrentes de los casos y situaciones que aborda el practicante. Además de ese catálogo de funciones (lo que hace el practicante), el papel es núcleo de la *identidad* social (lo que es), algo de gran importancia para el desempeño del papel. El conjunto de funciones forma el *contenido* técnico del papel, que incluye, además, las condiciones y proceso de *desempeño* en un contexto social concreto.
3. Al sintetizar los aspectos teóricos y metodológicos aplicables, el papel tiende un *puente* entre *teoría y praxis*, y es bisagra *psicosocial* que *articula* lo que se hace (función social) y lo que se es (identidad psicológica), la vocación personal y las necesidades sociales. Puede también ser visto como un *referente social* y fuente de *valor* personal, como expresión de una *relación contractual* con la sociedad y los clientes que conlleva importantes responsabilidades *éticas,* y como referencia última para la *formación* del practicante.
4. A diferencia de los papeles individuales tradicionales, el papel psicocomunitario está aún *en construcción*, por consolidar, y es más *complejo y diverso* por la mayor heterogeneidad de casos y situaciones afrontados, que exigen un enfoque más *generalista y flexible* por un lado y más *indirecto* al buscar *facilitar* el cambio de los otros colaborando con ellos y tratando de *activarlos* socialmente ejerciendo así formas más indirectas de influencia social.

© Ediciones Pirámide

5. Las *funciones* generales del cambio social son cuatro: desarrollo personal y social, solución del conflicto social, fomento de la justicia distributiva y paliación del sufrimiento personal. Al ejercer esas funciones, el practicante puede adoptar tres *formas* de *relación* genéricas: experta o «clientelar», de colaboración con el cliente y de abogacía social respecto a él/ella.
6. El contenido de los papeles sociales y comunitarios puede resumirse en siete *componentes* o funciones: *análisis* de situaciones y sistemas *sociales* desde el punto de vista de un tema o problema específico y *evaluación* de éste; *diseño y organización de programas* de cambio social según la evaluación inicial; *educación* de, y *consulta* con, comunidades y colectivos sociales; *negociación, mediación* y *relación* con los grupos y personas sociales clave; *abogacía social* de los más indefensos; *dinamización y organización* comunitaria de aquellos grupos con poder y recursos potenciales para defender sus intereses con ayuda externa, y *desarrollo de recursos humanos* y comunitarios. Las tres últimas funciones son las más específicamente comunitarias, siendo el resto más genéricamente sociales.
7. Aspectos más *psicosociales* del papel sociocomunitario son: la dinamización y activación social, el desarrollo humano (como concepto global y en algunos de sus determinantes), la inducción de la conciencia de que el cambio es posible, la inducción del poder personal para llevar a cabo ese cambio, la racionalización de procesos de socialización (sólo en parte psicosocial), el diseño y realización (multidisciplinar) de programas de instituciones pensadas para satisfacer aspiraciones humanas y corregir problemas colectivos, la modulación de valores sociales con el mismo fin y el «diseño» de modelos sociales de comportamiento para colectivos con déficit de valor y significado.
8. El *desempeño* del papel psicocomunitario (y también su contenido) se define desde las polaridades de antiprofesionalismo, resistencias internas y externas a su introducción frente a otros papeles establecidos, tensión entre papel mandado (prescriptivo) y real (descriptivo) y entre saber científico y técnico y poder y prestigio social del gremio de pertenencia.
9. Se han comenzado a identificar los *factores relevantes* para el *desempeño* del papel práctico en: la dinámica del cambio social (objetivos perseguidos, proceso y contexto), el contexto comunitario (normas culturales, necesidades colectivas, etc.), los aspectos organizativos del trabajo (tradiciones, complejidad organizativa, etc.), y las características (personalidad, percepción, orientación valorativa, formación, capacidad de relación) personales del practicante.
10. El *conflicto de rol* apenas ha sido estudiado en el campo comunitario. Cuatro alternativas emergentes de solución son: seleccionar un papel posible frente al resto, alcanzar un compromiso entre las expectativas de los diversos grupos, retirarse de la situación conflictiva e interiorizar el conflicto. Estas dos últimas opciones son técnica y éticamente cuestionables.

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Contenido técnico del rol
- Papeles en la solución de conflictos
- Componentes básicos del rol sociocomunitario
- Análisis y evaluación
- Consulta y educación
- Negociación, mediación y relación
- Abogacía social
- Organización y dinamización comunitaria
- Desarrollo de recursos
- Contenidos psicosociales del papel
- Desempeño del papel
- Polaridades definitorias del desempeño
- Determinantes del desempeño
- Conflictos y transiciones de rol

LECTURAS RECOMENDADAS

Sánchez Vidal, A. (1991a). *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención* (2.ª edic.; cap. 15). Barcelona: PPU.

Visión general del papel sociocomunitario en general y su carácter, centrándose en los contenidos funcionales básicos.

Sánchez Vidal, A. (1996). Rol del psicólogo en la intervención comunitaria: Condiciones y contenidos. En A. Sánchez Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos* (pp. 89-106). Barcelona: EUB.

Explora las condiciones que debería reunir el rol específicamente psicológico en la intervención comunitaria y propone algunos componentes esenciales.

American Journal of Community Psychology, 12, 1984. Monográfico sobre «formación en psicología comunitaria».

Colección de artículos sobre el papel psicocomunitario y la preparación necesaria desde el punto de vista estadounidense.

© Ediciones Pirámide

Modelos clínico-comunitarios: intervención de crisis y consulta 11

1. SALUD MENTAL COMUNITARIA: ENTRE LA CLÍNICA Y LA COMUNIDAD

Prevención, intervención de crisis y consulta son alternativas comunitarias a los servicios clínicos tradicionales. Junto a otras estrategias —como epidemiología, educación para la salud, uso de voluntarios y paraprofesionales—, forman un campo de trabajo que se ha dado en llamar «salud mental comunitaria» o «psicología clínico-comunitaria» por estar a medio camino entre la psicología clínica, dedicada a atención individual de los problemas de salud mental en centros especializados, y la PC, dedicada a impulsar el desarrollo personal en la comunidad. La prevención se aborda en el capítulo 12; en éste nos centramos en la intervención de crisis y la consulta, y reservamos el capítulo 13 para la ayuda mutua, un enfoque autogestionario de actuación comunitaria. Como se vio en el capítulo 2, la SMC es una de las orientaciones comunitarias básicas que acabó dominando el desarrollo de la PC estadounidense, surgida entre clínicos que buscaban alternativas técnicas de enfoque más social a las formas y dispositivos de ayuda existentes. Gerald Caplan es su pilar teórico-práctico central, sin olvidar otros aportes como la teoría del estrés (y el *coping*), el modelo de salud pública, la psiquiatría social o la propia PC (terapia social, comunidad terapéutica). La disponibilidad de descripciones de estos temas en la literatura clínica y «organizacional» especializada y el enfoque más comunitario de este libro me llevan a reducir a lo básico esta presentación de intervención de crisis y consulta enviando al lector interesado en ampliar información a la edición anterior (Sánchez Vidal, 1991a) y a las fuentes y referencias allí incluidas.

Intervención de crisis y consulta tienen *semejanzas* y continuidades, pero también diferencias respecto al modelo *clínico* tradicional. A semejanza de ese enfoque, se centran en problemas de salud mental y tienen un componente terapéutico sustancial. Eso es aplicable a la intervención de crisis, pues la consulta tiene un ámbito de aplicación más amplio (que incluye la industria y la educación) que la salud mental y está más orientada hacia la resolución general de problemas. Pero estas estrategias presentan también *diferencias* y discontinuidades relevantes respecto del enfoque clínico. Una es la presencia en ellas de un importante componente preventivo y de desarrollo de recursos. Otra es el enfoque más social y comunitario: por un lado, consulta e intervención de crisis están a menudo dirigidas a instituciones y colectivos, no sólo a individuos; por otro, se persiguen cambios —en relaciones, valores, significados, etc.— psicosociales, no meramente individuales; finalmente, se busca movilizar a la gente fomentando su autorresponsabilización y protagonismo colectivo bien sea dejando en sus manos la realización de las acciones (consulta), bien devolviéndole lo antes posible la responsabilidad (la intervención de crisis).

© Ediciones Pirámide

CUADRO 11.1

Ámbito de la salud mental comunitaria (SMC) y características de intervención de crisis y consulta (ICC)

Estrategias incluidas en SMC	Prevención primaria, secundaria y terciaria Intervención de crisis y terapias breves Consulta de salud mental, industrial y comunitaria Uso de paraprofesionales y voluntarios Epidemiología Comunidad terapéutica Terapia social
Características de ICC	Tienen funciones educativas y preventivas, además de terapéuticas Buscan desarrollar recursos personales Se aplican a ámbitos (comunidad, escuela, empresa) más allá del tradicional de salud mental Se dirigen a colectivos e instituciones y se busca cambiar aspectos relacionales y psicosociales Optimizan recursos profesionales escasos Se dan en situaciones (crisis y demanda de ayuda) que facilitan el cambio desde fuera Devuelven responsabilidad al cliente Tienen mejor definición técnica y mayor aceptación que la acción comunitaria general

Por otro lado, y aunque consulta e intervención de crisis son métodos de actuación distintos, el hecho de *compartir* algunas *características* permite asociarlos de alguna forma. En efecto, se trata, primero, de estrategias de *optimización de recursos profesionales* escasos cuya disponibilidad social maximizan mediante acciones intensivas de duración limitada y en situaciones (crisis o consulta) especialmente propicias al cambio; un cambio que, aunque es impulsado desde fuera, se espera pueda ser autosostenido por «el sistema». Esta posibilidad de mejorar el rendimiento global de la acción profesional les garantiza, como veremos, un espacio importante en cualquier sistema general de atención a poblaciones o comunidades, que nunca debe descansar exclusivamente sobre los cuidados individuales. Segundo, tienen, además de la función central de prestar servicios (terapéuticos y ayuda para resolver problemas), otras funciones adicionales relevantes: educación y desarrollo institucional o personal en la consulta y prevención secundaria en la intervención de crisis. Y, tercero, en la medida en que ambas estrategias aparecen ligadas al mundo clínico-médico (intervención de crisis) e industrial-organizativo (consulta), son más aceptables —y están mejor definidas— que la metodología comunitaria general, más nebulosa, «política» y variable a los ojos de la gente y los potenciales clientes. El cuadro 11.1 recoge las características de intervención de crisis y consulta, así como el conjunto de estrategias que forman la salud mental comunitaria.

2. INTERVENCIÓN DE CRISIS

Contexto y justificación. La intervención de crisis se justifica por la gran extensión de los problemas relevantes de salud mental (entre un 15 y 20 por 100 de la población), que, debido a la escasez de «mano de obra profesional» y a las características (desigualdad y eficacia limitada) de los sistemas de prestación de servicios, no son atendidos por profesionales (psicólogos y psiquiatras) o reciben una atención insuficiente o puramente farmacológica. La cuestión que se plantean entonces los profesionales de salud mental es: ¿cómo ayudar a la gran mayoría de personas que, padeciendo problemas psicológicos significativos, no van a acudir a los profesionales ni a usar el sistema establecido de salud mental? La intervención con grupos de riesgo o en situaciones de crisis y la consulta con agentes clave de la comunidad son dos de las respuestas, junto a la prevención general, a esa pregunta a la vez técnica y social, pues implica extender las formas de ayuda psicológica dotándolas de más eficacia global pero, también, para que alcancen a los grupos de población más desfavorecidos o desconectados de las redes institucionales existentes. La intervención de crisis se origina tras la Segunda Guerra Mundial asociada a los campos de las catástrofes naturales y urgencias, las «clínicas libres» comunitarias para poblaciones marginadas, las urgencias médicas y el suicidio y el tratamiento de las «neurosis de guerra» (después rebautizadas «síndrome de estrés postraumático»).

Como se ha sugerido, la intervención de crisis cobra sentido comunitario como parte de una red asistencial amplia en la que constituiría la primera línea de atención, la más cercana a la comunidad (o a instituciones como la escuela) encargada de intervenir con prontitud y cercanía a los problemas psicosociales evitando su agravamiento y actuando globalmente, no sólo en relación a las personas afectadas sino, también, a los problemas contextuales desencadenados. Otras veces, en la intervención anticipadora de crisis, se actúa con antelación para evitar crisis o dificultades previsibles que de lo contrario se producirían, teniendo así la intervención un potencial preventivo significativo.

2.1. Crisis y estrés

La intervención de crisis deriva de un modelo teórico, el modelo de crisis, que especifica una forma de entender la producción de problemas psicológicos en personas expuestas a situaciones de estrés extremas. Como en cualquier estrategia, la viabilidad y efectividad de la intervención dependerán de la medida en que los problemas presentes y su producción se ajusten a las asunciones del modelo, lo que, como se ha repetido, debe ser verificado a través de la evaluación inicial de esos problemas. Según Caplan (1979), la *crisis* se produce cuando una persona se enfrenta a obstáculos para alcanzar objetivos vitales que no puede superar a través de los métodos habituales de resolver problemas; tras un período de desorganización y alteración subjetiva con intentos infructuosos de solución, la persona suele buscar ayuda exterior. Expresado en términos del modelo de suministros (capítulo 4), una crisis implica una pérdida súbita de suministros físicos, psicosociales o socioculturales (un incendio, una separación, el despido del trabajo), la amenaza inminente de tal pérdida (el temor a un despido) o la exigencia de mayor responsabilidad derivadas del aumento de esos suministros (un ascenso laboral, el matrimonio).

La característica esencial de la crisis es el *desequilibrio* entre las demandas planteadas por una situación inusualmente difícil y los recursos o capacidades del sujeto para afrontar esas demandas acompañada de la conciencia subjetiva de impotencia. En otras palabras, a diferencia de otras formas de problemática psicológica, en la crisis una persona común y corriente se enfrenta a una situación excepcional para la que no encuentra respuesta adecuada en el repertorio adaptativo que ha ido aprendido y usando con éxito a lo largo de su vida. El estado final en que el sujeto está desbordado por las demandas situacionales —y es consciente de ello— es la crisis, que puede en consecuencia ser simplemente definida como *una respuesta normal a una situación anormal*. Y es precisamente la excepcionalidad de la circunstancia (o estrés) confrontada la característica diferencial del modelo etiológico de crisis; y la posibilidad de detectar, prevenir o atajar ese tipo de situaciones, lo que marca una forma de actuar diferenciada, la intervención de crisis, que está temporal y temáticamente enfocada en la superación de los efectos personales y ambientales causados por los estresores externos.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

CUADRO 11.2

Proceso de la crisis

- Elevación de la tensión interna y búsqueda de soluciones adaptativas
- Búsqueda de soluciones nuevas y recursos de emergencia
- Agotamiento emocional e intelectual
- Búsqueda de ayuda externa

Proceso y componentes psicológicos. Por lo común, y según indica la descripción anterior, las personas afectadas siguen un proceso psicológico típico —que puede variar según el tipo de estrés y la persona— cuyas etapas son resumidas en el cuadro 11.2. Se inicia con una elevación de la tensión interna y búsqueda de soluciones en el repertorio adaptativo habitual para responder a la amenaza o demanda planteadas por el estresor. Si ese repertorio aporta una solución eficaz, problema resuelto; si no es así, se ensayan soluciones nuevas movilizando recursos intelectuales, emocionales y sociales de emergencia; la ineficacia de esos recursos y soluciones excepcionales conduce al agotamiento emocional e intelectual del sujeto, que, en el caso más favorable, buscará ayuda externa en su entorno social inmediato o entre los especialistas. Es en estas últimas fases cuando la disponibilidad de ayuda externa informal o formal es decisiva para ayudar a los afectados a superar la situación evitando que la crisis cristalice en psicopatología definitiva. Los dispositivos de ayuda deben así estar cerca —en el espacio y el tiempo— de aquellas situaciones y grupos sociales con mayor riesgo de afrontar estresores excesivos. La estrategia interventiva debe ser establecida desde este supuesto si quiere tener eficacia global y preventiva.

Componentes psicológicos (y contextuales) característicos de la crisis son:

- *Emociones negativas,* como la ansiedad o el miedo, que señalan la existencia de amenazas externas y mecanismo de movilización psicofisiológica frente a ellas.
- *Búsqueda* intensiva y focalizada de *soluciones* a la amenaza presente que impide, por otro lado, prestar atención al resto de datos vitales, con la consiguiente reducción del campo de conciencia e incapacidad de mantener el funcionamiento vital normal. Lo ideal es, desde el punto de vista interventivo, poder apoyar desde fuera esta búsqueda interna de soluciones.
- *Sensación* interna de ineficacia e *impotencia* y *desorganización* externa. El fallo sucesivo de las estrategias de *coping* (afrontamiento de situaciones) lleva al colapso subjetivo (indicado por la percepción de impotencia) y objetivo, visible en la incapacidad de atender las obligaciones personales y sociales habituales; datos, uno y otro, que indican la necesidad de ayuda externa.

Si la situación y el *contexto* son, según el propio modelo de crisis, cruciales en la generación de los problemas, también deben serlo en su solución interventiva. Si ese contexto social (la familia, los presentes en un accidente o catástrofe, los bomberos o la policía, etc.) actúa positivamente, puede ayudar a reconducir la solución de la situación crítica y minimizar sus efectos negativos; si, por el contrario, actúa torpe, descoordinada o desconsideradamente, puede añadir nuevas dificultades y problemas a los ya causados por el propio estresor y por la evaluación negativa de los sujetos afectados. De lo que se deduce que una parte de la intervención de crisis es la *formación* de ciertos *profesionales* de ayuda (como la policía o los bomberos) para manejar psicosocialmente situaciones de forma que, además de desempeñar competentemente sus propias labores profesionales, minimicen los daños psicológicos en las víctimas.

Si el estresor externo es el elemento clave en su desencadenamiento, no todas las crisis serán iguales; sus características y efectos variarán en función del *tipo* de estresor implicado. Así, hay crisis, mayormente imprevisibles, desencadenadas por estresores *traumáticos* naturales o causados por el hombre: terremotos o maremotos, incendios e inundaciones, guerras, conflictos humanos, desastres económicos

© Ediciones Pirámide

(como el *crack* de la bolsa en 1929), etc. Otras crisis, *evolutivas*, están ligadas a transiciones vitales en buena parte previsibles y prevenibles: crisis adolescentes, separaciones, jubilaciones, pérdida de trabajo... Otras categorías están ligadas a problemas médicos o reflejan psicopatología subyacente (no siendo verdaderas crisis en el sentido aquí postulado). La naturaleza del estresor —y su significado subjetivo para las personas— señalará una tipología u otra de problemática psicológica: pérdidas (materiales, personales, sociales), *problemas interpersonales*, problemas de cambio y evolución social, *conflictos* grupales o enfrentamientos *sociales* (con efectos psicosociales más variados y complejos), etc.

3. EVALUACIÓN Y OBJETIVOS

Podemos definir la intervención de crisis como una forma de intervención de corta duración y objetivos limitados centrados en la resolución preventiva de una desorganización psicológica y contextual que se asume causada por estresores externos importantes que provocarían problemas significativos a la mayoría de la gente. Aquí están incluidos los elementos básicos de la intervención de crisis, a su vez recogidos en el cuadro 11.3; a saber:

- El *estrés externo* (estresor) es clave en la generación de los problemas y dificultades observados, por lo que la evaluación e intervención deben centrarse en él.
- La detección y *afrontamiento temprano* de las dificultades, cuando los problemas están en su fase inicial y las personas buscan activamente soluciones, es crucial para prevenir males mayores e irreversibles, lo que a su vez exige aproximación espacial y temporal.
- *Cercanía espacial y temporal* a los contextos y lugares en que se tienden a producir los problemas, lo que a su vez demandará una reorganización de las redes de ayuda acercándolas más a la comunidad y dotándolas de la debida movilidad (equipos móviles, atención domiciliaria, visitas periódicas en el medio rural, etc.) y conectividad telefónica e informática.
- Se plantean *objetivos* de intervención *limitados* que permitan atender al mayor número posible de personas y situaciones críticas.
- La intervención tiene una *duración limitada* por la misma razón, la optimización de recursos profesionales escasos.

Estos criterios guían la evaluación y los principios básicos de intervención. A diferencia de los casos o situaciones normalizados, en las situaciones de crisis apenas hay tiempo para la *evaluación,* por lo que ha de ser, inicialmente al menos, más breve de lo deseable, enfocándose, como se ha dicho, en torno al estresor y sus efectos contextuales y personales. El carácter transitorio de muchas intervenciones —en que se toman las medidas para restablecer el funcionamiento de los sistemas sociales y se clasifica y distribuye a los sujetos en función de su

CUADRO 11.3

Características del modelo de intervención de crisis

- El estresor es clave en la producción de los problemas y dificultades psicológicas presentes
- Resolución temprana de los problemas para prevenir males mayores
- Objetivos de intervención limitados
- Intervención de corta duración
- Espacialmente cercana al entorno en que se producen los problemas
- Disponibilidad inmediata de ayuda (exige reorganizar redes de ayuda con criterios comunitarios)

© Ediciones Pirámide

condición— hace especialmente importantes tanto el *seguimiento* de los afectados como la evaluación global del conjunto de medidas (restablecimiento de servicios esenciales, alojamiento de emergencia, traslado de los heridos graves a centros sanitarios, etc.), así como la coordinación de los servicios implicados (bomberos, protección civil, servicios sanitarios y psicosociales, etc.). La evaluación estará dirigida a averiguar: qué ha sucedido, qué se ha hecho hasta ahora y con qué resultados, cómo se encuentran las personas afectadas y qué capacidad de funcionamiento tienen, y con qué medios y recursos podemos contar. En otras palabras, los temas objeto de evaluación son (cuadro 11.4) los siguientes:

- Naturaleza de la *crisis* y del precipitante o estresor, cómo ha actuado y qué efectos contextuales y psicosociales ha tenido.
- *Visión subjetiva* de los afectados y valoración de la situación en el momento de la intervención.
- Cómo se han *adaptado* y han reaccionado los sujetos e instituciones (escuelas, familias, comunidades...) a la actuación del estresor: paralizándose, luchando, buscando salidas y soluciones, etc.
- Grado *desorganización* personal e institucional en el momento de actuar.
- *Recursos* personales y sociales *disponibles* (incluyendo la ayuda externa) para restablecer las condiciones psicológicas y sociales previas.

Objetivos. En función de la disponibilidad de medios y tiempo, podemos plantear unos objetivos *mínimos,* que corresponderían a la intervención de crisis en sí, y otros óptimos o máximos que exigirían un trabajo adicional que puede o no ser realizable con los medios de que se dispone. El objetivo general de la intervención de crisis es *retornar* a personas y contexto a la *situación precrítica restaurando* el *nivel de funcionamiento personal y social previo.* Objetivos concretos serían (cuadro 11.4):

- Eliminar síntomas de problemática psicológica y sufrimiento subjetivo.
- Devolver a las personas la percepción de control subjetivo, la capacidad de funcionar habitual y la responsabilidad sobre sí y sus actos.
- Restablecer los servicios básicos y el normal funcionamiento de las instituciones.

Objetivos *óptimos* a perseguir adicionalmente incluyen:

CUADRO 11.4

Evaluación y objetivos de la intervención de crisis

Evaluación	Qué ha sucedido Qué se ha hecho hasta ahora y con qué resultados Cómo se encuentran las personas, instituciones, servicios básicos (agua, gas, etc.) afectados Qué capacidad de funcionamiento tienen personas, instituciones y servicios Con qué medios y recursos podemos contar para superar la situación
Objetivos mínimos	Eliminar síntomas psicopatológicos Devolver control subjetivo y capacidad funcionamiento personal Restablecer funcionamiento social y servicios básicos de instituciones
Objetivos óptimos/máximos	Descubrir mecanismos de producción de la crisis Examinar soluciones personales y sociales Prever mecanismos socioinstitucionales de seguimiento y evitación de situaciones críticas

© Ediciones Pirámide

- Descubrir los mecanismos de producción de la crisis.
- Examinar soluciones personales y sociales alternativas y fortalecer los sistemas de intervención y coordinación de servicios.
- Establecer mecanismos de prevención de situaciones críticas.

4. PRINCIPIOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

De lo escrito se deducen unos principios y formas de actuación bastante claros en relación a las crisis que son resumidos en el cuadro 11.5; son los siguientes:

Enfocar el trabajo terapéutico y contextual *en la crisis* presente, los estresores y circunstancias que la han propiciado y la forma de reaccionar de los afectados, descartando otros temas periféricos. Temas intermedios como el estilo de afrontamiento personal, los mecanismos de producción de la crisis, el desarrollo de recursos personales o sociales de afrontamiento o la mejora y coordinación de los servicios implicados pueden —deben en la medida en que sea posible— en todo caso ser objeto de otros procesos terapéuticos o de intervención social posteriores.

Inmediatez espacial de la acción para aumentar la eficacia reparadora y preventiva de la ayuda, de forma que ésta pueda prestarse lo más cerca posible de los lugares en que se producen las crisis. Dado que sólo a veces las crisis son previsibles, el principio implica disponer los sistemas existentes (protección civil, sanidad, bomberos, servicios sociales) de forma flexible y comunitaria, de manera que exista una disponibilidad continua de equipos móviles y que éstos estén lo más cerca posible de las comunidades y entornos sociales en que se producen las crisis, sobre todo las previsibles.

Inmediatez *temporal* de la acción. El tiempo es, como muestra la literatura y la experiencia común, fundamental para reducir el daño psicológico causado por una situación de crisis. Los criterios de *movilidad* y *cercanía comunitaria* son así clave. Así en la atención a víctimas de malos tratos o mayores, la atención domiciliaria y el contacto continuo con los eventuales afectados (o sus agresores) son vitales.

Directividad y *flexibilidad* técnica superiores a las habituales en la terapia al uso, ya que, por un

CUADRO 11.5

Principios y acciones de la intervención de crisis

Principios de actuación	Focalización temática en crisis y estresor («motor» del cambio) Inmediatez temporal y espacial de la acción Directividad y flexibilidad técnica
Actuación externa	Alejar afectados de entorno estresante Resolver situación: organizar tareas urgentes y coordinar agencias y actores implicados Transferir responsabilidades
Actuación interna	Tranquilizar y bajar la tensión Facilitar «catarsis» emocional Apoyar y facilitar solución de problemas psicológicos (Examinar causas crisis) (Prever y ensayar soluciones ante futuras situaciones similares)

© Ediciones Pirámide

lado, los afectados tienen sus capacidades de pensar y actuar temporalmente limitadas y, por otro, no se dispone del tiempo y espacio psicológico que permiten, como la psicoterapia, un ritmo más pausado y profundo. Aquí, como se ha visto, el «tiempo es oro» tanto en el sentido de intervenir lo antes posible como de usar el poco tiempo disponible para movilizar directamente capacidades —dañadas por la crisis— de los afectados y ayudar al máximo número posible de personas. Eso implicará muchas veces trabajar con grupos (como en el caso del atentado descrito a continuación) o colectivos, por ejemplo al organizar a grandes cantidades de gente afectada por un terremoto o un accidente o catástrofe masivos (en un estadio deportivo o un accidente aéreo o químico grande, por ejemplo). O implicar a los propios colectivos en la tarea por medio de personas con capacidad de persuasión o liderazgo, etc.

Estos principios se pueden concretar en una serie de tareas y acciones tanto externas o contextuales como psicológicas, prioritarias (cuadro 11.5).

Las **acciones externas** o contextuales básicas consisten en alejar a los afectados del entorno crítico, normalizando la situación y devolviendo la responsabilidad a la comunidad en cuanto sea posible.

Alejar a los afectados del *entorno* crítico, pues la exposición prolongada a un estresor (el combate, la muerte de personas, un incendio o accidente, el maltrato físico o psicológico, un robo, etc.) de cuyos efectos lesivos no se puede escapar acaba generando daños subjetivos y funcionales irreparables. Retirar a un niño o a una mujer de un entorno familiar de maltrato o a los afectados de la escena de un accidente o catástrofe es pues esencial, aunque en ciertos casos, o cuando los afectados son muchos, implique tareas logísticas complejas y difíciles. La retirada del escenario crítico ha de tener, sin embargo, un segundo paso complementario para la regeneración psicológica de la gente: su vuelta *gradual al entorno físico o social* en que se dio la crisis y la *confrontación psicológica* de lo sucedido. Sólo así podrá el sujeto integrar lo sucedido en su vida mental habitual y recuperar su capacidad de funcionamiento previa. Así los afectados por un maremoto o accidente de avión deben ser capaces de reanudar su vida en los lugares costeros donde vivían o de volver a volar; los que han sufrido la muerte de allegados, aceptarlas; quien se culpa de la muerte de allegados, establecer los límites de su actuación y responsabilidad por ello, etc.

«Reconducir» la situación, *resolviendo* los problemas y daños causados: organizar *tareas urgentes* y coordinar agencias y actores implicados. En casos de destrucción material y daños al entorno, a la vez que a las personas, toman precedencia las tareas logísticas y la organización de la ayuda a los heridos y más necesitados: atención a los heridos, alojamiento temporal de los que lo precisan, restablecimiento de los servicios básicos, provisión de alimentación y agua potable, etc. La *comunicación* entre agencias (oficiales o no) y de éstas con los afectados y con la sociedad en general y la *coordinación* entre agencias y grupos de ayuda son aquí vitales para asegurarse de que se recibe lo que realmente se necesita y de que los diversos grupos no estorban, en vez de ayudar, en las tares relevantes. La actuación de organismos, como protección civil, encargados de la coordinación operativa y la realización de *ensayos* periódicos frente a catástrofes son tareas igualmente necesarias.

Transferir responsabilidades a la comunidad local y la sociedad civil en cuanto sea material y socialmente posible importa tanto para devolver la confianza como para inducir a que la gente vuelva a la normalidad evitándose, además, dependencias indeseadas al amparo de situaciones extremas.

La **acción psicológica** o interna incluye varias tareas orientadas a eliminar el sufrimiento y recuperar las capacidades y responsabilidad de las personas afectadas.

Tranquilizar y *bajar la tensión* reduciendo, por un lado, el sufrimiento subjetivo y devolviendo, por otro, a la persona su capacidad de pensar y organizar sus acciones para incorporarla así lo más activamente posible a la solución de los problemas. Buena parte del efecto se logrará aquí alejando, física o psicológicamente, a la persona del entorno crítico y haciéndole ver que el peligro ya pasó, de forma que hemos tomado control temporal de la situación y vamos a ayudar a resolver los problemas causados.

© Ediciones Pirámide

Facilitar la *«catarsis» emocional*, la catarata de sentimientos, temores, angustias y presiones que una situación inasumible para la persona le ha creado a lo largo de la crisis. El desahogo emocional puede facilitarse —y a veces inducir necesariamente— pidiendo un relato de lo sucedido o partiendo de un estímulo o elemento (vivencia, sonido, persona, etc.) asociado a lo acaecido. Y, una vez cumplida su función de *desbloqueo* emocional, puede ligarse a la solución de los problemas psicológicos remanentes sugiriendo acciones que, por las circunstancias de la crisis, no pudieron ser realizadas entonces, de manera que esa cadena de vivencias psicológica pueda ser reintegrada en la vida psicológica consciente y aceptable para el sujeto. Así, tras la expresión del dolor de una madre por la pérdida de un hijo —o de un soldado por la muerte de un compañero— obtenida al llevarla a revivir la situación, podemos pedirle que, permaneciendo aún en esa situación, diga al hijo —o al compañero— lo que en su momento no pudo decirle, expresando los correspondientes sentimientos.

Apoyar la *solución* de los *problemas psicológicos* y relacionales, asociados a la crisis y a la reacción del sujeto a ella: integración de las vivencias bloqueadas o suprimidas, contacto con la realidad externa, restauración de la autoimagen personal, asunción de pérdidas materiales o personales, restablecimiento de relaciones o solución de conflictos interpersonales, establecimiento de un nuevo proyecto vital, etc. Dadas la profundidad y complejidad de varios de esos procesos, no es seguro que puedan ser abordados directamente en la intervención de crisis, que debe centrarse en los problemas urgentes, dejando para otros procesos posteriores aquellos problemas que precisen un trabajo terapéutico prolongado.

El *examen* de las *causas* de la crisis es un objetivo deseable si puede conducir, en el plano psicológico, a descubrir mecanismos para alertar ante situaciones similares en el futuro. Y que permitirá, en una segunda instancia y si las circunstancias de la intervención lo permiten, sugerir —y en su caso ensayar— formas de *afrontar* esas causas o estreses en el futuro: estrategias de actuación o encaramiento cognitivo, grupos o lugares donde hablar de dificultades o pedir ayuda, etc.

© Ediciones Pirámide

5. INTERVENCIÓN CRÍTICA TRAS UN ATENTADO TERRORISTA

Peleato (1989) ha descrito la intervención tras un atentado con bomba contra un cuartel de la guardia civil en la ciudad de Zaragoza en 1987. El atentado, obra de la organización terrorista ETA, causó once muertos, seis de ellos niños —dado que en el cuartel vivían los guardias civiles y sus familias—, e innumerables heridos. La intervención de crisis subsiguiente tuvo dos líneas de actuación, una externa sobre los efectos materiales del atentado, llevada a cabo desde el Ayuntamiento de Zaragoza y otras instancias administrativas, y otra sobre los efectos personales, realizada por psicólogos de servicios sociales, en la que se enfoca el artículo.

Intervención externa. Consistió en reparar los daños de las viviendas que habían resistido y realojar a la gente en otras viviendas. Los afectados se ocuparon de gestionar las ayudas a recibir, reparar lo dañado y sustituir los enseres destruidos. Cuando las viviendas asignadas estuvieron fuera del barrio, las familias fueron ayudadas por las correspondientes comunidades de propietarios para gestionar los servicios (luz, teléfono, bancos, transporte y comedor escolar, etc.) y por los centros escolares, que mantuvieron un estrecho contacto con bastantes familias.

Intervención psicológica. Se montó en respuesta a la presencia de problemas psicológicos detectados en los terminales de base de los servicios de atención de la zona con el propósito de abordar grupalmente y con un enfoque comunitario esas dificultades. Dado que las familias tenían su vida social y material organizada antes del atentado, se buscaba apuntalar la capacidad de recuperación de las personas trabajando en aquellas áreas que estuvieran bloqueando las habilidades de resolver problemas de las familias, suponiendo que los problemas presentes eran fruto del impacto ambiental externo (el atentado y sus efectos) y no de un proceso patológico interno. Para ello se perse-

guían, como *objetivos* parciales, reducir con rapidez la tensión emocional entrenando a alguno de los padres en la toma de decisiones, el control del estrés y los eventuales problemas observados en los niños y orientar hacia otros recursos sociales o sanitarios a aquellas familias que no pudieran ser atendidas con estos métodos. En el caso de los niños se buscaba, además, ayudarles a recuperar su patrón habitual de sueño, muy perturbado por el atentado, el estruendo y las secuelas asociadas.

Para llevar a cabo la intervención se pidió la colaboración de las instituciones que en la zona contaran con psicólogos en sus equipos de trabajo, siendo la petición contestada positivamente con ciertas condiciones: que el trabajo profesional no superara las tres horas semanales durante un período máximo de tres meses. También se pidió la colaboración de los directores de los centros escolares, públicos y privados, de la zona. Unos dos meses y medio después del atentado se lanzó por carta una oferta masiva (casi 900 personas) de ayuda a personas que vivían en la zona del atentado (localizadas a través del callejero telefónico), recogiéndose con posterioridad la frecuencia de síntomas presentes de las 65 personas que contestaron a las cartas. Con ellas se formaron cinco grupos (dos de adultos, dos de niños, uno de adolescentes) con los que se realizaron nueve sesiones semanales en que —parece ser, la descripción no lo acaba de aclarar— se trabajó en las líneas temáticas marcadas por los objetivos mencionados a través de técnicas como la relajación, observándose mejoras visibles en el ritmo del sueño.

A falta de una descripción más precisa de las acciones llevadas a cabo, la intervención, meritoria por el hecho mismo de hacerse y por la movilización profesional y coordinación institucional realizada, presenta sin embargo un par de deficiencias relevantes: la ausencia de una «célula» de crisis —comisión interinstitucional o ventanilla administrativa— que coordine la acción y facilite las tareas de realojamiento y gestión de los servicios básicos; la acción psicológica se demoró (más de dos meses y medio) en exceso.

6. CONSULTA: ORIGEN Y ASUNCIONES

Las razones que *justifican* el uso de la consulta en salud mental fueron mencionadas al introducir la intervención de crisis: la gran extensión de los problemas psicológicos entre la población y la imposibilidad de que la escasa «mano de obra» profesional alcance a atender esos problemas por los métodos terapéuticos al uso. Eso plantea la necesidad de usar nuevas estrategias pensadas para el conjunto de la población, incluidos los grupos más marginales. Dada la constancia de que, al menos en EUA (Gurin y otros, 1960), cuando la gente sufre problemas psicológicos no acude en su gran mayoría a los profesionales del área sino más bien a otros agentes comunitarios cualificados (médicos, curas, etc.) o a personas del entorno social inmediato (amistades, compañeros de trabajo, camareros, peluqueras, etc.), lo lógico sería que el psicólogo cuide de la salud mental de la gente «a través» de esos mediadores, potenciando sus conocimientos y habilidades y aprovechando su capacidad de influencia social; convirtiéndolos, en una palabra, en «agentes de salud». Pero, a diferencia de la intervención de crisis, la consulta no se limita al ámbito de la salud mental, sino que es ampliamente usada en otros ámbitos como las «organizaciones» (empresas) y la educación. Heller (con Monahan, 1977; y otros, 1984) —a quien, junto con Caplan (1970 y 1997), sigo en esta exposición— señala el origen en EUA del trabajo de consulta en salud mental. Ante la imposibilidad de cuidar directamente la salud mental de poblaciones rurales o muy dispersas en grandes áreas territoriales, los psicólogos clínicos se plantearon la conveniencia de trabajar mediante cuidadores locales como enfermeras o voluntarios cualificados. En otros campos se mencionan como orígenes de la consulta la generalización al terreno de los hallazgos experimentales del laboratorio y el intento de mejorar tanto el bienestar de los trabajadores en las empresas como la educación en las escuelas trabajando con los mandos intermedios o con los propios maestros.

Si en la intervención de crisis asumimos que los problemas psicológicos habían sido causados por un estresor excepcional, en la consulta se *asume* que: instituciones y personas están *abiertas al cambio* y se van a involucrar en las responsabilidades que lo acompañan; una buena forma de resolver los problemas psicosociales es *mejorando los servicios* (salud, educación u otros) prestados y las capacidades y bienestar de los *profesionales* que los prestan; el impacto social de la intervención será tanto mayor cuanto más *cercana* esté al *entorno social* en que se producen los problemas (escuela, comunidad, empresa) y a los mecanismos socializadores en que se localizan los fallos.

No olvidemos que para que un método funcione los supuestos habrán de verificarse en la realidad. Si la comunidad no desea realmente cambios o no está dispuesta a hacerse cargo de las responsabilidades correspondientes o si el problema no está realmente relacionado con la mejora de los servicios (es, por ejemplo, un conflicto social, que no puede ser mejorado, simplemente, con mejores servicios), el método de consulta no será adecuado, por lo menos no será *el* más adecuado. La mayor eficacia de la actuación cercana al contexto «natural» y al terreno social en que se generan los problemas es una asunción comunitaria compartida, como se ve, con la intervención de crisis.

© Ediciones Pirámide

7. DEFINICIÓN Y CARÁCTER

En su uso general —muy ligado a la práctica médica—, consultar significa asesorarse o pedir la opinión o consejo de un experto en relación a un tema o dificultad no resuelta. A partir de Caplan (1970) podemos cualificar un poco más ese significado, definiendo la consulta como un proceso de interacción entre dos profesionales: un consultor especializado en problemas y relaciones humanas y un consultante que busca ayuda para resolver un problema de trabajo con el que está teniendo dificultades y que piensa entra en el área de competencia del consultor. El problema puede incluir la atención de uno o más clientes o la preparación y realización de un programa para atenderlos.

Como muestra la figura 11.1, la consulta es un servicio indirecto, triangular y cooperativo en que, aunque el consultante hace una propuesta de intervención basada en una evaluación informada del tema a resolver, la responsabilidad de llevar o no a cabo el plan propuesto, y cómo llevarla a cabo, corresponde al consultante. El consultante que demanda ayuda puede ser una persona (un clínico, un maestro, un líder comunitario), un colectivo (unos maestros, unos

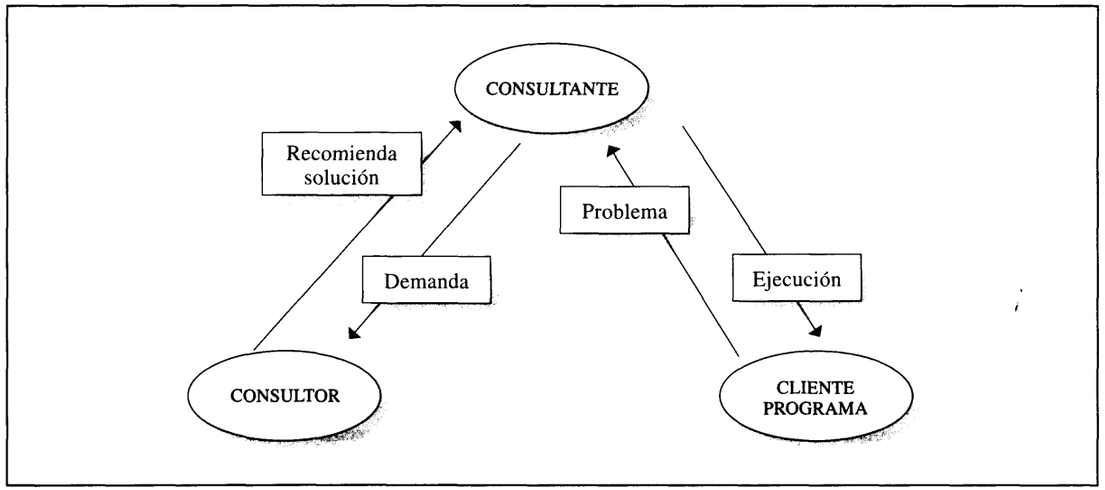

Figura 11.1.—Estructura de la consulta.

© Ediciones Pirámide

vecinos) o una institución u organización (empresa, escuela, etc.). El consultor suele ser una persona, un equipo uni o multiprofesional o una empresa o servicio. Y, como se verá más adelante, según «dónde» se piense reside el foco del problema (en el caso o cliente presentado, en el consultante o en el programa u organización), podrán especificarse varios tipos o modelos de consulta.

7.1. Características

Examinamos ahora algunas propiedades del enfoque de consulta (simplificadas en el cuadro 11.6) que amplían los puntos incluidos en la definición ayudando a distinguirla de otros métodos de ayuda como la psicoterapia, la supervisión o el simple contrato administrativo. En efecto, a diferencia de esas estrategias, la consulta:

CUADRO 11.6

Características de la consulta

- Servicio indirecto
- De duración limitada
- Centrada en problemas de trabajo *no* personales
- Triádica (consultante, consultor, problema), no diádica
- Basada en relación cooperativa y voluntaria
- Centrada en asunto/problema profesional *no personal*
- Busca { cambiar situación/resolver problema; educar/preparar consultante para resolver problemas similares en el futuro
- La ejecución es responsabilidad del cliente (consultante)

- Es un proceso *triangular o triádico*, no diádico, que implica (figura 11.1) tres elementos: un consultante (*consultee*, en inglés) que hace una demanda, un consultor *(consultant)* que la recibe y un tercero —caso, competencia profesional del consultante, programa— que define el tema de consulta.
- Se ocupa de *problemas* o asuntos del *trabajo* del consultante, no —como la psicoterapia— de problemas psicológicos o de la salud mental de ése. Estos problemas o cuestiones constituyen, precisamente, la *tercera* pata o elemento distintivo del enfoque.
- Se basa en una *relación cooperativa* y de confianza en que consultante y consultor interactúan en pie de igualdad y autonomía, siendo cada uno experto en sus respectivas áreas de trabajo. Así un maestro, experto en enseñanza, consulta a un psicólogo sobre problemas «de actitud» de un grupo de estudiantes.
- La relación es, también, *voluntaria* en su inicio, mantenimiento y terminación, de duración *limitada* —acaba cuando el problema planteado está resuelto—, *de apoyo* al consultante y suele conllevar un *contrato* pactado entre consultante y consultor. Dado que se trata de un proceso de cooperación entre actores autónomos, la *realización* de las recomendaciones del consultor es *responsabilidad* exclusiva del *consultante,* sobre el cual aquél no tiene ninguna autoridad; es decir, la consulta se diseña «desde fuera» del sistema, pero se ejecuta desde dentro de él teniendo en cuenta sus particularidades y recursos internos. El consultor sí es, en cambio, responsable de involucrar activamente al consultante en el proceso, rechazando responsabilidades ejecutivas que no le corresponden.
- La consulta tiene un triple *fin*: reparador —resolver la cuestión planteada por el consultante— y *educativo-preventivo,* preparando al consultante para resolver en el futuro problemas similares y de *cambio social*, modificando el contexto relacional e institucional ligado al problema presentado.
- Su *ámbito* de aplicación trasciende la salud mental incluyendo también ámbitos como la educación, las empresas o la comunidad.

Estas características muestran a la consulta como un método de cambio a caballo entre lo clínico y lo sociocomunitario: más amplio y ambicioso que la acción clínica pero aún excesivamente profesional y dependiente de la voluntad de cambio (y objetivos) del cliente.

© Ediciones Pirámide

8. TIPOS DE CONSULTA

Caplan ha combinado dos criterios para clasificar la consulta: su foco (un cliente particular, un programa u organización) y el objetivo perseguido, aportar información para resolver un caso frente a mejorar la capacidad global de resolver problemas del consultante. El resultado son cuatro tipos de consulta según que ésta se centre en: resolver un caso o problema de un cliente, las dificultades del consultante para resolver casos, un programa u organización o las dificultades del consultante en relación con un programa u organización. En cada tipo de consulta, y dependiendo de la hipótesis «diagnóstica» sobre el origen del problema manejado, se sugieren distintas soluciones o líneas de actuación cuyo conjunto formaría el catálogo de herramientas técnicas utilizables en el proceso de consulta (cuadro 11.7).

Estas líneas de actuación presuponen, además, conocimientos y habilidades específicas en el consultor. Mientras que en la consulta de casos (centrada en el cliente y en el consultante) basta con los conocimientos y destrezas de salud mental, en la consulta centrada en el programa y en el consultante organizativo son precisos, además, destrezas y conocimientos sobre organizaciones y procesos sociales: relaciones intra e intergrupales, desarrollo organizativo, pautas de asignación de papeles, comunicación, estilos de liderazgo, participación, toma de decisiones, etc. Al igual que Heller y Monahan (1977), agrupo aquí los dos tipos de consulta social (centrada en el programa y en el consultante organizativo), ya que tratan de procesos y temas similares, no siempre distinguibles.

Consulta centrada en el cliente o caso, la más habitual en salud mental, con un significado similar al que tiene en la práctica médica: el consultante que tiene dificultades para resolver el caso de un cliente pide ayuda al consultor especialista en el tema. Éste evalúa el caso o cliente extrayendo conclusiones y recomendando soluciones que el consultante puede —o no— llevar a la práctica según su propio criterio y, en todo caso, con una mínima

CUADRO 11.7

Tipos/modelos de consulta (Caplan, 1970; Heller y Monahan, 1977)

Tipo	Hipótesis causal	Solución
Centrada en caso/cliente	Problemas por dificultad de caso o situación (cliente)	Sugerir plan acción (Mejora conocimiento/destreza de consultante)
Centrada en consultante	Problemas *profesionales* de *consultante* Falta de conocimiento o destreza Falta confianza en sí Problemas objetividad («interferencia temática»)	Formación/adiestramiento Apoyo/mejora autoestima Confrontación concreta de tema que interfiere Cambio de percepción estereotipada
Centrada en el programa/ organización o consultante	Dificultad «estructural», psicosocial o de realización de programa o «sistema» que impide movilizar recursos para solucionar problema	Recomendar cambios técnico-estructurales, psicosociales o estratégicos (largo plazo) (Apoyar ejecución)

© Ediciones Pirámide

implicación del consultor. De forma que aquí los consejos e indicaciones del consultor se orientan principalmente a elaborar un plan para manejar las dificultades identificadas pero también, secundariamente, a educar al consultante para afrontar apropiadamente casos similares en el futuro.

Consulta centrada en el consultante. Aquí se piensa que la causa de los problemas reside más en *deficiencias profesionales* del *consultante* que en la dificultad de los casos. Es la consulta «caplaniana» por excelencia. El consultante puede tener carencias de conocimiento, destreza, confianza en sí o problemas de objetividad profesional que perturban su trabajo. Las dos primeras deficiencias se solucionarán educando o adiestrando al consultante o, cuando ése sea parte de una empresa o institución, mejorando la preparación de agentes socializadores medios —como supervisores o mandos técnicos— del «sistema». Este método indirecto es preferible para Caplan, porque, además de no interferir con la jerarquía o dinámica del sistema, debe producir cambios más amplios y duraderos y ajustándose, al mismo tiempo, a la cultura y procedimientos específicos del sistema concreto. En el caso de la baja confianza en sí mismo se precisará, además de orientar la actuación del consultante, apoyarlo.

Los *problemas de objetividad* profesional admiten dos hipótesis causales: la interferencia de conflictos no resueltos o fracasos personales no asimilados por el consultante (Caplan) y la estereotipia social. En la primera hipótesis, de raíz psicoanalítica, «temas» (sentimientos o ideas transferidos del pasado) pendientes interfieren en el trabajo del consultante. ¿Solución desde la consulta? Se puede confrontar directamente el efecto de la «interferencia temática» en la resolución del problema de consulta o, si eso no es posible, sugerir explicaciones y formas de comportarse alternativas sin conectar la dificultad profesional con los problemas personales del consultante para mantenernos en el terreno profesional propio de la consulta. Heller y Monahan (1977) amplían la interpretación de las dificultades del consultante incluyendo causas —y por tanto soluciones— sociales. La interferencia del tema en cuestión sería, así, efecto de estereotipos socialmente aprendidos cuyas soluciones —paralelas en lo social a las individuales sugeridas por Caplan— consistirían en ampliar la percepción del consultante evitando las predicciones «necesariamente» negativas («los inmigrantes nos vienen a quitar el trabajo», «las mujeres no pueden dirigir un servicio o un negocio») y argumentando o mostrando empíricamente la falsedad del estereotipo o bien, si eso no es factible, excluyendo al individuo o caso particular de la categoría estereotipada («¿haría usted el trabajo que hace este inmigrante por el sueldo que le pagan?, «esta mujer sí que puede dirigir el servicio»).

Consulta centrada en el programa o la organización, en que, como se ha dicho, incluimos tanto las dificultades propias de un programa (diseño o puesta en marcha) u organización como las del consultante implicado en uno u otra. Independientemente de quién haga la consulta, aquí se percibe que las dificultades están localizadas (como en el caso de la biblioteca descrito más adelante) en la institución u organización en su conjunto o en alguno de sus componentes: la comunicación entre sus miembros, la toma de decisiones en los sistemas de afrontamiento de dificultades, estilos de liderazgo, participación, toma de decisiones, valores, en la forma de coordinarse los grupos, la atención al público, etc. Es preciso hacer entonces un análisis y propuesta de solución «sistémicos» (según el proceso de consulta descrito a continuación) que contemplen una triple posibilidad, según donde se localice el foco de la dificultad y del cambio a realizar: cambios *tecno-estructurales*, de las estructuras o procedimientos técnicos usados; cambios *psicosociales*, de los aspectos relacionales, comunicativos, de toma de decisiones, etc.; acciones *estratégico-políticas,* vinculadas a la viabilidad del proceso en el contexto social concreto, cómo «entrar» en una institución o comunidad y en qué nivel, cómo ganarse el apoyo de ciertos grupos o líderes, vencer resistencias previsibles o conocidas, cómo mantener la cohesión y autoestima de los trabajadores, etc.

© Ediciones Pirámide

Así, la apertura al cambio de una institución o comunidad es más fácil si existe malestar interno o fallos significativos en su funcionamiento; con frecuencia es difícil convencer al responsable de una institución —que tienden a automantenerse— de que la necesidad de introducir cambios no implica reconocer un fracaso de su gestión; los miembros de una organización no suelen ver con buenos ojos la intromisión de expertos externos para recoger información o «fiscalizar» su trabajo. En general, los cambios tienden a inspirar temor ante «lo nuevo» o ante la expectativa de ser controlados, o tener que trabajar más; los líderes organizativos o comunitarios pueden sentirse «atrapados» por bases sociales muy conservadoras que piensan se van a oponer al cambio, por la falta de medios o competencias para realizar ese cambio, en cuyo caso será preciso un plan de apoyo decidido como parte del proceso de consulta. En otras ocasiones, la lealtad mal entendida a una autoridad política (o a los superiores jerárquicos) puede llevar a oponerse a cualquier cambio comunitario que pudiera ser interpretado como una deslealtad a esa autoridad o como un fracaso de la política emanada de ella.

9. PROCESO

Se puede describir en cinco fases (recogidas en el cuadro 11.8) el proceso seguido comúnmente en la consulta, al menos entendida en su forma más global o «sistémica», es decir, la centrada en un programa, empresa, institución o comunidad. Esas fases —no necesariamente lineales, sino con un grado variable de solapamiento y retroalimentación— serían las siguientes:

1. *Entrada al sistema* frecuentemente acompañada —o precedida— de una toma de *contacto* con el consultante en que se sientan las bases para los procesos —relacional («contrato») y técnico (evaluación)— paralelos que han de seguir.
2. *Establecimiento de la relación* con el consultante (persona, grupo, colectivo) y negociación del *contrato* que explícita o implícitamente especificará las condiciones de la intervención: identificación del destinatario y actores básicos, papel (derechos y deberes) del consultor y los otros actores, condiciones de trabajo (acceso a la información, duración del proceso, etc.) y condiciones de evaluación. Esta «negociación» del contrato ha de ser paralela —y está en buena parte condicionada por— al establecimiento de una relación de *confianza* con el consultante y suele estar precedida —o acompañada— de un análisis somero del tema de consulta y del sistema consultante para tener una primera idea de las posibilidades de la intervención que luego se concretarán tras la evaluación más formal y la negociación del contrato.

CUADRO 11.8

El proceso de consulta

- Contacto con el sistema/institución
- Establecimiento de la relación y contrato
- Evaluación: definición del problema y análisis de alternativas
- Ejecución y manejo de resistencias
- Terminación y evaluación

3. *Evaluación: definición del problema* y *establecimiento de objetivos*. Se identifica y define el problema (o problemas) objeto de la consulta haciendo, además, una hipótesis causal sobre él a partir del análisis del contexto organizativo o comunitario y de la información aportada por el consultante. La evaluación permite marcar, preferiblemente de acuerdo con el consultante, los objetivos de la intervención.
4. *Intervención*. Se traza un plan de acción eligiendo la *mejor* de las *alternativas* existentes; un plan que, por un lado, permita alcanzar los objetivos marcados y resolver el problema que generó el proceso de consulta y, por otro, genere los recursos (personal, actuaciones concretas, medios económicos, etc.) precisos. La puesta en práctica de las acciones y la

© Ediciones Pirámide

forma concreta de realizarlas son como se ha dicho, responsabilidad del consultante, que puede modificar sobre la marcha, y en función tanto de los resultados parciales como de su conocimiento de la propia institución, los planes establecidos inicialmente. El manejo de las resistencias (así como de las energías y recursos positivos del «sistema») suele ser, como en la intervención comunitaria en general, una tarea crítica a lo largo del proceso.

5. *Terminación* de la intervención, una vez se hayan cumplido los objetivos de la intervención (o antes, por voluntad del consultante), y *evaluación* final de resultados, en la doble dirección de eficacia en la resolución del problema objeto de consulta (o de los objetivos planteados) y del impacto global del proceso sobre el sistema en su conjunto.

El proceso es, como se ve, muy similar al proceso general de intervención comunitaria (capítulo 7) del que en el fondo es concreción para la estrategia de consulta.

10. CONSULTA EN UNA BIBLIOTECA

Heller y Monahan (1977) han explicado un caso real de consulta en una biblioteca pública presentado por Haas y Watherley (1981) junto a las tres alternativas («caplaniana», conductual y organizativa) que ilustran —con la ampliación conductual— los enfoques y tipos antes descritos, a los que añadiré algunas sugerencias en la dirección comunitaria.

El caso. Un psicólogo fue consultado por una trabajadora de la biblioteca del barrio pidiendo ayuda para resolver algunas dificultades que estaban teniendo: lectores «difíciles» excesivamente exigentes o «abusivos» con las bibliotecarias, otros que hablaban solos o muy alto y otros aparentemente intoxicados que molestaban a los demás; padres que abandonaban durante horas a sus hijos mientras iban de compras o a hacer encargos, lo que provocaba travesuras, peleas entre chicos y desórdenes varios. Las bibliotecarias se sentían frustradas e impotentes ante esas repetidas molestias y problemas, que excedían su papel profesional y les causaban un estrés excesivo.

Alternativas y enfoques. La solución que dé el consultor a un problema dependerá en buena parte de cómo conceptualice los problemas descritos. Desde una perspectiva *conductual*, las dificultades se entenderían como el resultado de una deficiencia de habilidades del personal de la biblioteca, proponiéndose, en consecuencia, como solución talleres de entrenamiento de habilidades para manejar las situaciones y comportamientos citados. El consultor de orientación «caplaniana» incluiría también esos talleres formativos, pero los dirigiría al supervisor de las bibliotecarias (o al director de la biblioteca), que, por su posición, tiene más capacidad de influencia y conocimiento del personal y la biblioteca, para adaptar y poner en práctica las destrezas concretas a partir de unas recomendaciones generales del consultor, evitando, además, resistencias y susceptibilidades por «saltarnos el escalafón». Sería importante saber, obviamente, si las dificultades son comunes a todas las bibliotecarias o son, por el contrario, específicas de alguna bibliotecaria concreta (como la que pide ayuda), en cuyo caso habríamos de indagar eventuales «interferencias temáticas» ligadas a problemas no resueltos que pudieran generar hipersensibilidades o dificultades de relación con los lectores.

El consultor con enfoque *socioorganizativo* se preguntará por qué una organización con un personal altamente capacitado es incapaz de hacer frente por sí sola a un problema relevante y estresante para sus trabajadores, precisando ayuda externa. Sospechando que la institución carece de mecanismos apropiados de resolución de problemas, verá la consulta como una ocasión para que aquélla desarrolle mecanismos para solventar no sólo estos problemas concretos sino otros que pudieran presentarse en el futuro.

Esta última perspectiva —desarrollo organizativo— fue la adoptada por el consultor del caso. Se puso primero en contacto con el director de la biblioteca y le pidió permiso para iniciar el proceso

© Ediciones Pirámide

consultivo. Obtenido el permiso, se entrevistó con otros trabajadores, detectando un amplio consenso sobre los problemas inicialmente apuntados y sobre la necesidad de encontrar soluciones efectivas ya que, sorprendentemente, nada se había hecho en el pasado para resolverlos. El consultor descubrió que el director había sido reticente a desarrollar una normativa punitiva que, de aplicarse generalizadamente, podía ofender a lectores influyentes o generar quejas ante la administración local. Dado que el presupuesto de la biblioteca se alimentaba en buena parte con donaciones de los ciudadanos, el director quería mantener buenas relaciones con ellos, y temía que unas medidas duras o restrictivas pudieran perjudicar seriamente la continuidad económica de la biblioteca. Los trabajadores captaron la preocupación del director pero, como el tema no fue nunca debatido abiertamente, aquéllos interpretaron la falta de normativa sobre los usuarios difíciles como una resistencia del director a delegar responsabilidad y una desconfianza hacia ellos y su capacidad de afrontar las dificultades.

El consultor convocó entonces una reunión de todo el personal de la biblioteca para discutir abiertamente el tema, lo cual permitiría ventilar las tensiones acumuladas y buscar alternativas racionales. A partir de ahí formaron grupos de trabajo para discutir y buscar soluciones (desarrollar normas y líneas de actuación) en cada uno de los temas problemáticos apuntando también planes para eventualidades extremas. El proceso y el trabajo de los grupos insufló en el director la confianza en los trabajadores y en su capacidad para manejar adecuadamente las distintas dificultades planteadas, con lo que las conclusiones fueron finalmente «traducidas» a política general de actuación del personal de la biblioteca. Como complemento, los trabajadores recibieron información básica sobre patología psicológica que ayudara a desvanecer los falsos temores sobre algunos de sus clientes, ensayaron a través del *role playing* las respuestas a las situaciones de dificultad frecuentes y aprendieron a relajarse para afrontar más calmadamente las situaciones.

Aunque la solución organizativa adoptada por el consultor del caso parece correcta en lo esencial, desde la perspectiva *comunitaria* podíamos añadir dos consideraciones. Una sería la implicación de la comunidad en la consecución de financiación pública estable que diera continuidad temporal a la biblioteca sin depender de donaciones coyunturales de los ciudadanos que, como se ve en el caso, tienen también sus contrapartidas (ésta es, desde luego una perspectiva más europea, dado que lo público tendría aquí un papel central frente al predominio de la iniciativa privada típico del modelo estadounidense). Un segundo punto nos llevaría a cuestionarnos cómo es que los niños y algunas personas con problemas de salud mental usaban la biblioteca. Sospechando que el barrio carecía de espacios comunitarios (guarderías, centros de día y clubes sociales) para esos dos grupos de población, se trataría de movilizar a la comunidad o a sectores significativos de ella en la búsqueda de alternativas y medios para hacer realidad tales espacios, lo que, además de mejorar la calidad de vida de la comunidad, liberaría a la biblioteca de las funciones de «guardería» de niños y discapacitados mentales que parece estar ejerciendo.

11. VALORACIÓN

Los enfoques de SMC han hecho importantes aportaciones metodológicas al trabajo comunitario que incluyen, además de un arsenal técnico aportado y bastante claramente definido, el enfoque multidisciplinar (propio de un campo, la SMC, inherentemente multisectorial), la participación de la comunidad en la organización de salud colectiva, la orientación global y poblacional para incluir a sectores más débiles y marginados, el acento en la prevención y el acercamiento de los servicios profesionales a la comunidad y a los sistemas sociales en que se producen los problemas. Desde el punto de vista comunitario, el enfoque puede ser criticado por su cercanía a la clínica tradicional al enfatizar más el cambio personal que los determinantes sociales y ambientales de la salud mental y por focalizarse excesivamente en los problemas psicológicos (y sociorrelacionales en el caso de la consulta), lo que impediría vertebrar una verdadera PC

© Ediciones Pirámide

dedicada al desarrollo humano. Algo particularmente cierto de la intervención de crisis cuyo potencial preventivo podría maximizarse, sin embargo, con la intervención anticipadora de crisis y la educación de la población en relación a la detección y manejo de los estreses vitales y sociales (capítulo 12).

La consulta aparece como un método más ambicioso que la reparación clínica: trasciende el ámbito tradicional de la salud mental y apunta en sus variantes más amplias hacia el cambio social. El acento en la colaboración con los clientes y la responsabilización de éstos caminan en la dirección comunitaria de la autogestión social pero —como cualquier método basado en la cooperación— plantean importantes problemas potenciales ligados al prerrequisito metodológico de un acuerdo básico de fines entre el profesional y cliente. ¿Consecuencia? Llevar o no a cabo los cambios propuestos, y la forma última en que se van a realizar queda en manos del cliente, lo que puede muy bien garantizar que no se realizarán cambios sociales (o personales) drásticos o que perjudiquen seriamente los intereses, posición social o estima personal de aquél. Otra posibilidad es que el trabajo y recomendaciones técnicas del profesional sean usados para los fines (muchas veces egoístas o perjudiciales para los trabajadores) de dirigentes con pocos escrúpulos o que el consultor quede atrapado en cuestiones éticas ligadas a la ambigüedad y la incertidumbre características del terreno de nadie que dejan las condiciones de cooperación y autonomía mutua de consultante y consultor inherentes al método.

RESUMEN

1. Intervención de crisis y consulta son *alternativas comunitarias a los servicios clínicos* tradicionales: están a medio camino entre la atención individual y el desarrollo humano encarnando (junto a la prevención y educación para la salud) la salud mental comunitaria, una de las orientaciones básicas de lo comunitario.
2. Intervención de crisis y consulta se *caracterizan* por: tener fines educativos y preventivos, además de reparadores y de resolución de problemas, buscando el desarrollo de recursos personales y psicosociales; usarse en los ámbitos escolar, comunitario y empresarial, además del de salud mental, buscando a veces el cambio social en organizaciones y a través de programas; optimizan el uso de recursos profesionales escasos, actuando en situaciones críticas y de demanda de ayuda que facilitan el cambio inducido desde afuera, y mantienen —o retornan— la autorresponsabilidad personal, organizativa o comunitaria.
3. Una *crisis* es una *reacción normal* a una *situación anormal*, un estrés extraordinario que las personas no pueden superar con sus estrategias de adaptación habituales. Va acompañada de emociones como el miedo o la ansiedad, de la búsqueda intensiva de soluciones, sensación de impotencia y desorganización funcional, signos todos de afrontamiento de una amenaza y de necesidad de ayuda externa.
4. La *evaluación* de crisis es breve y enfocada en el *estresor y sus efectos*: naturaleza de la crisis y el estresor, visión subjetiva de los afectados, adaptación y reacción de personas e instituciones, grado de desorganización personal y ambiental y recursos adaptativos disponibles. Es decir: qué ha sucedido, qué se ha hecho hasta ahora y con qué resultados, cómo se encuentran las personas, instituciones y servicios básicos, qué capacidad de funcionamiento retienen y con qué medios contamos para afrontar la situación.
5. El *fin* de la intervención de crisis es restaurar el estado subjetivo y nivel funcional de personas, instituciones y servicios eliminando sufrimiento y sintomatología, devolviendo la percepción de control y el nivel de funcionamiento personal y social y restableciendo los servicios básicos.

© Ediciones Pirámide

Es, además, deseable descubrir los determinantes de la crisis, examinar alternativas personales e institucionales y establecer mecanismos preventivos para el futuro.

6. Son principios de *actuación* general en situaciones de crisis: inmediatez temporal y espacial a la actuación de los estresores, limitación de objetivos, focalización del trabajo en torno al estresor y sus efectos, duración limitada y mayor directividad y flexibilidad técnica que la terapia al uso. Disponibilidad, movilidad, cercanía comunitaria, coordinación operativa y enfoque preventivo son los *criterios* generales de *organización de los servicios* de ayuda en situaciones críticas.
7. *Tareas externas* a realizar en la intervención en crisis son: alejar a los afectados del entorno crítico, resolver las tareas urgentes y restablecer los servicios básicos, coordinar las tareas operativas y, finalmente, transferir responsabilidades a la comunidad local y retornar gradualmente a las personas a la vida cotidiana o al entorno crítico. Las tareas *internas* básicas son: bajar la tensión y el impacto ambiental, facilitar el desahogo emocional, desbloquear los mecanismos reactivos de las personas y ayudar a la búsqueda de soluciones a los problemas psicológicos y psicosociales.
8. La *consulta* es un *servicio indirecto* y triangular de *cooperación* entre un consultante que tiene dificultades con un caso o programa y un consultor, experto en el área, que tras una evaluación causal recomienda soluciones. El tema de consulta es profesional, no personal, buscándose, además de resolver el problema presentado, educar al consultante para encarar futuras dificultades y recayendo en ése la responsabilidad por la realización, o no, del plan recomendado: la consulta se diseña desde fuera pero se ejecuta desde dentro.
9. Se distinguen cuatro tipos de consulta, según que ésa se centre en: un *caso* (un cliente particular) y problema planteado, el *consultante* y sus problemas profesionales y un *programa* u organización o las dificultades que con ellos tiene el *consultante*. En los dos primeros tipos de consulta los problemas pueden ser de falta de conocimiento o destreza o autoconfianza del consultante o problemas de objetividad asociados a un tema pasado que perturba el desempeño profesional. En la consulta programática u organizativa intervienen, además, aspectos técnico-estructurales, psicosociales y estratégico-políticos cuyo abordaje será más prolongado y exigirá al consultor una formación más amplia que la de salud mental.
10. *Fases* del proceso de consulta son: entrada al sistema, establecimiento de la relación y negociación del contrato, evaluación causal del problema y establecimiento de objetivos, diseño y realización del plan de acción y terminación y evaluación de resultados. El proceso incluye tareas técnicas, relacionales y psicosociales paralelas y mutuamente condicionadas.
11. Si bien intervención de crisis y consulta suponen una ampliación de los servicios clínicos tradicionales en una dirección educativa, poblacional y potenciadora de recursos profesionales escasos, han sido criticados —y excluidos por algunos del ámbito comunitario— por conservar los fines reparadores o de solución de problemas y no centrarse en el cambio social o el desarrollo humano, de los que se ocupan sólo periféricamente.

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Salud mental comunitaria
- Intervención de crisis
- Crisis
- Estrés
- Principios de intervención de crisis
- Acción externa
- Acción psicológica
- Consulta
- Consulta centrada en el cliente
- Consulta centrada en consultante
- Interferencia temática
- Consulta centrada en el programa
- Proceso de consulta

LECTURAS RECOMENDADAS

Heller, K., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S. y Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change* (2.ª edic.; cap. 8). Pacific Grove, Cal.: Brooks/Cole.

Exposición clara y modernizada de la consulta con un énfasis conductual y de desarrollo organizativo y con ejemplos.

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

El libro clave de la salud mental comunitaria, consulta, intervención de crisis y prevención incluidos; aún conserva su validez y frescura iniciales.

Caplan, G. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental*. Barcelona: Paidós.

Puesta al día de las postura del fundador del campo con su habitual claridad y simplicidad.

Slaikeu, K. A. (1988). *Intervención en crisis*. México: El Manual Moderno.

Razonable y actualizada exposición técnica y conceptual de la intervención de crisis.

© Ediciones Pirámide

12 Prevención

1. LAS RAZONES DE LA PREVENCIÓN

Dice la sabiduría popular que «vale más prevenir que curar», proclamando de forma lapidaria la extendida —pero apenas practicada— creencia en la superior eficacia, y el menor costo («lo barato sale caro»), de las estrategias anticipadoras frente a las reparadoras, de evitar los daños y atajar las causas frente a reparar las consecuencias y el sufrimiento producido. Y lo remacha la convicción, y evidencia, de la salud pública de que nunca vamos a acabar con un problema colectivo —sea éste el sida, la depresión, la pobreza o la exclusión— a menos que lo afrontemos globalmente y seguemos sus raíces sociales y ambientales. Mientras que con terapias físicas o psicológicas y con ayudas económicas y sociales podemos ayudar a las *personas* deprimidas, enfermas de sida, pobres o marginadas, paliando sus dolencias y sufrimiento, los *problemas* (el sida, la pobreza, la depresión o la marginación) no van a cambiar a menos que abordemos eficazmente sus *causas* sociales, psicológicas, biológicas o económicas, evitándose así su difusión social. Tenemos que ver en qué medida esas premisas de la prevención, que tan buenos frutos han cosechado con las enfermedades infecciones o trasmisibles, son también aplicables a los problemas psicosociales y al enfoque comunitario propio de este libro.

Ya vimos que desarrollar recursos y prevenir problemas son los fines básicos de la acción comunitaria. La presencia y el papel de la prevención en PC son, sin embargo, objeto de controversia: mientras que algunas líneas —más «radicales» o «puras»— estiman que la tarea comunitaria debe limitarse a la potenciación y el cambio social, para otras la prevención es una parte importante de los fines y métodos de actuación comunitarios. Dos razones de peso avalan esta segunda postura. Primera, cambio social y potenciación son estrategias limitadas, insuficientes para abordar por sí solas muchas situaciones y problemas sociales. No tiene entonces sentido rechazar desde premisas ideológicas otras metodologías de trabajo que, como la prevención, pueden evitar calamidades sociales y sufrimiento humano en casos y situaciones en que estén indicadas. Que esas estrategias sean o no «verdaderamente» comunitarias o que estén en el centro o la periferia del campo son, en este sentido, cuestiones bastante menores. Sobre todo si se considera la prevención como una alternativa *inclusiva* que no excluye el cambio social o el desarrollo de recursos sino que los usa para anticipar y, en lo posible, evitar los problemas.

Así vista, la prevención no sólo no excluye el desarrollo humano sino que es un presupuesto para él e, incluso, pone al descubierto las flaquezas prácticas de los modelos de desarrollo, humano o comunitario. No podemos «borrar» de un plumazo voluntarioso los problemas psicosociales pretendiendo que el desarrollo comience desde un cero de problemática y sufrimiento que nunca va a existir: siempre vamos a partir de una realidad social

© Ediciones Pirámide

«sucia», problemática y deficitaria en que los enfoques reparadores y preventivos (con o sin orientación de recursos) van a ser necesarios. De forma que dónde coloquemos la «raya» del comienzo de lo comunitario no es sólo un asunto menor sino que puede resultar en un «purismo» conceptual y pseudoético inaceptable desde el punto de vista práctico: no nos vamos a meter en el fango social, eso lo dejamos para otros campos; el trabajo comunitario empieza en aquel punto en que el desarrollo es posible. Se trataría, si acaso, de insuflar espíritu comunitario a las estrategias preventivas.

Pero es que —segunda razón— la prevención (primaria) tomada en serio no sólo no excluye el cambio social sino que supone un programa de transformación bastante más amplio que muchos programas comunitarios. Más aún: como veremos, el contenido de un programa social global para el desarrollo humano diferiría bien poco del programa ideal de prevención primaria, salvo, eso sí, en el énfasis en el papel de los sujetos. De forma que si dejamos de lado «cuestiones de principio» y nominalismos inapropiados, el reto real de la prevención en PC es, repito, cómo *compaginar* el *enfoque preventivo* de cambio —global, centralizado y desde arriba— con el *estilo comunitario*: local, descentralizado, desde abajo. Y, también, ver las modificaciones necesarias para trasladar aquel enfoque desde el campo de la salud pública del que procede a los problemas comunitarios y sociales en que prácticamente descartaremos la causalidad específica y biológica a favor de una causalidad psicosocial más genérica: no hay «bichitos» que transmitan enfermedades a «huéspedes» vulnerables sino, más bien, factores o situaciones de riesgo y, como consecuencia, grupos sociales expuestos —o que se exponen— a esos riesgos.

2. LOS DESAFÍOS: CAMBIO CULTURAL, ASPIRACIONES HUMANAS E INTERESES ECONÓMICOS

Para detectar los obstáculos y desafíos a que se enfrenta la prevención, necesitamos ver primero lo que representa y presupone en términos valorativos y sociales. En general se considera a la prevención más un modelo u *orientación general* que un método concreto; una orientación en que (cuadro 12.1), a diferencia de la intervención directa, se actúa *antes* de que existan los problemas (y no directamente sobre ellos) trabajando con aquellas personas que *aún están bien* (no con las ya afectadas o enfermas) y atacando las *causas o determinantes* sociales y contextuales de los problemas en vez de sus efectos individualizados. No es que la prevención no tenga su método y estrategia práctica (que revisamos más adelante), sino que, como enfoque global, presupone un conjunto de valores y actitudes cuyo encaje o congruencia con los que predominan en la sociedad debemos examinar para conocer la viabilidad social de la prevención y para, trascendiendo la untuosa retórica política que a menudo la envuelve, orientar el diseño y realización de programas socialmente aceptables y aceptados. Examino ahora brevemente las dificultades culturales, psicológicas y económicas de la empresa preventiva sacando las oportunas conclusiones sociales y prácticas.

CUADRO 12.1

Características diferenciales de la prevención (primaria)

- Es proactiva: actúa antes de los problemas
- Va dirigida a las personas sanas (sobre todo a las que están a riesgo)
- Se centra en las causas/determinantes de los problemas, no en éstos

El desafío cultural. ¿Cuál es el sustrato cultural de la prevención? ¿Qué es lo que, como enfoque, prima y exige la prevención en las personas y en la sociedad? Como enfoque *causal, proactivo* y *evitador*, la prevención presupone y favorece el *control* y la *austeridad* personal, *la previsión y el pensamiento global* y a *largo plazo* y la *planificación racional* de las *consecuencias* individuales y sociales. En efecto, la prevención «manda» ir a las raíces de los problemas; precisa una mirada amplia, anticipando beneficios a la larga y consecuencias

© Ediciones Pirámide

para todos; supone invertir y trabajar en algo «intangible» y genérico en vez de en los problemas urgentes y visibles; requiere una visión global y coherente de la marcha de la comunidad que, además de estar alerta al desarrollo de tendencias dañinas o perjudiciales a la larga (polución, desintegración social, odio al diferente, degradación de las formas de vida social deseables, etc.), sea respetuosa y solidaria con las necesidades y deseos de otras comunidades, etc.

Pero nuestro mundo social se rige por pautas y valores bien diferentes y enfrentados a esos presupuestos: la reparación y el parcheo temporal típicos de la cultura política y profesional, frente al abordaje de las causas de los problemas; el activismo expansivo de la economía, que exige gastar y consumir cada vez más, frente a la austeridad y la previsión racional de consecuencias; el individualismo y egoísmo ético, frente a la primacía del bien común que asegure la equidad del reparto de los bienes y la sostenibilidad de nuestra forma de vivir; el hedonismo e «inmediatismo» (tener lo que quiero aquí y ahora) fomentado por un impresionante tinglado publicitario, frente a la contención y dosificación del bienestar, o el placer, etc. Las divergencias son evidentes: la prevención es —como la PC en general— una empresa global y profundamente *contracultural*, cuya filosofía y práctica desafían —o bordean— los valores y fines establecidos, lo que naturalmente augura fuertes resistencias sociales; y es que, como ya sabemos (capítulo 4), el cambio cultural es uno de los más dificultosos. Piénsese, por ejemplo, en la prevención de algunos de los problemas más preocupantes de las sociedades «avanzadas»: accidentes de tráfico, drogas y adicciones, estrés laboral, soledad y alienación, etc. Las medidas preventivas que la más elemental racionalidad recomendaría (reducir drásticamente la publicidad de los coches; fomentar en serio el transporte público y desincentivar, también en serio, el uso del coche; trabajar menos o en condiciones más humanas; enfrentarse psicológicamente a los problemas en vez de evitarlos a través de mediadores químicos; buscar más las satisfacciones intrínsecas que las monetarias o sociales, etc.) resultan escandalosamente «antisociales» o contraculturales...

El desafío psicológico: *generar alternativas democráticas y comunitarias*. Pero, como se deduce de las premisas expuestas, la prevención exige renunciar a la gratificación fácil de hondos deseos psicológicos (estima, pertenencia, estatus social, etc.) que el consumismo y la extendida filosofía de un bienestar blando e indoloro prometían satisfacer. Así, prevenir el abuso y la adicción a las drogas supone la renuncia al bienestar fácil e inmediato (o la evitación de la ansiedad y el sufrimiento al enfrentarse psicológicamente a los problemas) aportado por la droga (material o simbólica) para evitar daños más devastadores a largo plazo y en el conjunto de la vida personal. En la prevención de los daños y accidentes del tráfico no se puede olvidar que el coche, además de ser un signo visible de estatus y autoestima social, encarna sueños y anhelos humanos, no por recónditos menos poderosos, como la velocidad, la liberación del espacio, el tiempo y el deambular peatonal, la belleza y la perfección mecánica puesta directamente al servicio de la persona, etc.

Estas observaciones han de ayudarnos a entender que las campañas *preventivas no* pueden, simplemente, *basarse en prohibiciones* sino que han de proponer alternativas de vida o actividades que, dando cumplimiento a las legítimas aspiraciones y deseos humanos, son igualmente atractivas —y, por supuesto, menos dañinas— que aquellos comportamientos o hábitos a los que han de sustituir. Porque si, de lo contrario, la prevención se limita a campañas basadas en la prohibición («no fume», «no haga esto», «no coma lo otro», etc.), puede acabar siendo vista como una pieza más del antipático tinglado restrictivo y regulador —autoritario, muchas veces— que nos impide vivir como desearíamos y que niega hipócritamente las ansias de libertad y autonomía tan machaconamente auspiciadas por nuestras «sociedades del bienestar». Así es que ése, el de generar alternativas deseables y *elegidas por la gente*, en vez de limitarse a prohibir, es el verdadero reto de la prevención. Un reto nada fácil, por cierto, pero que debemos tener al menos claro desde el principio y que, por otro lado, nos indica la necesidad de *insuflar de espíritu comunitario* a las estrategias preventivas, lo que ha de contribuir, además y necesariamente, a la

© Ediciones Pirámide

democratización de la prevención al desactivar los componentes y tendencias potencialmente totalitarias de algunas de las metodologías que la hacen realidad en la vida social actual.

El desafío económico y la contradicción moral. Tampoco se deben pasar por alto las poderosas fuerzas e *intereses económicos* contrarios a la prevención como los intereses gremiales de las profesiones (medicina, psicología y otras) que viven del tratamiento, los ingresos que el Estado recauda de los impuestos al juego, el alcohol, el tabaco o la gasolina o los intereses de la industria (y los trabajadores) de sectores privados tan potentes como el automóvil, el vino o el tabaco. Ni se pueden ignorar, en el nivel legal, los enormes beneficios que algunos obtienen del tráfico de drogas, personas o de la prostitución. Todos esos beneficios económicos militan en contra de la prevención que trataría de reducir las actividades que generan ganancias económicas para las personas e instituciones citadas. La prevención en esas áreas no sólo ha de convencer a mucha gente de que modifique hábitos arraigados y psicológicamente gratificantes, sino que debe, además, hacer frente a grandes intereses corporativos y laborales y a sus potentes altavoces publicitarios privados difíciles de contrarrestar con campañas o acciones pagadas con los, siempre exiguos, fondos públicos. Plantean también una palmaria y curiosa contradicción ético-social: los gobiernos usan a menudo para la prevención los fondos que obtienen de gravar las mismas actividades y hábitos que, por su maleficencia social, han de limitar o prevenir. De manera que, desde la lógica consecuencialista del «autointerés», les interesa que existan muchas actividades potencialmente malignas —aunque muy productivas económicamente: beber, fumar, fabricar coches— que los principios éticos les impiden favorecer... Aunque, pensará el cínico, vale más gravar o penalizar el vicio —no, desde luego, incentivarlo— que la virtud: el trabajo, la productividad, etc. La contradicción alcanza su máxima agudeza en aquellos casos en que una agencia o departamento que promueve la prevención o el «bienestar social» se nutre con el dinero de otra ligada a la producción de aquellas actividades cuyos excesos o consecuencias lesivas se quieren prevenir. Así, se financian los programas contra la ludopatía con los impuestos sobre las máquinas tragaperras o los servicios de salud con lo recaudado de la gasolina.

Una vez introducida la prevención y sus dificultades, debemos atender los aspectos conceptuales y técnicos del tema. En lo que queda de capítulo se presentan primero los conceptos epidemiológicos y definiciones básicas de la prevención y, en una segunda parte, los aspectos (de método y contenido) de la realización práctica de programas preventivos.

3. BASES EPIDEMIOLÓGICAS

El modelo de prevención proviene del campo de la salud, de forma que sus conceptos teóricos y operativos están pensados para enfermedades físicas que se pueden diagnosticar por medio de pruebas relativamente objetivas. Su transposición al campo social es, en consecuencia, cuestionable, ya que, como se ha indicado, ahí no tenemos «microorganismos» que transmitan enfermedades a «huéspedes» vulnerables. Más útiles pueden ser, en cambio, las tasas epidemiológicas.

Epidemiología. A diferencia de la clínica, que se centra en los síntomas de la enfermedad en los individuos, a la epidemiología le interesa su *ecología social*: cómo se distribuye la enfermedad o problema de interés en la población. Los epidemiólogos se dedican, pues, a *contar «casos»* (individuos enfermos o afectados por el problema) y ver cómo se distribuyen entre los diferentes grupos de población y con qué variables sociales o ambientales (familia, nivel social o educativo, área de residencia, toxicidad ambiental, etc.) está relacionada su distribución. Esas variables constituyen los factores de riesgo que definen parámetros demográficos y situaciones sociales en las que concentrar los esfuerzos preventivos. El trabajo epidemiológico asume que la causa de los problemas es, en gran parte, exógena, de forma que, para atajarlos, necesitamos conocer tanto los signos o síntomas de esos problemas —que permitirán identificar los casos— como su distribución poblacional, lo que interesa verdaderamente. A partir de los casos contados podemos obtener varias tasas epidemiológicas, que, por un lado ayudan a distinguir distintos tipos de prevención, permitiendo, por otro, cuantificar la distribución socioecológica de un problema y elaborar estadísticas comparativas en base a las que se identifican los factores y grupos de riesgo. Definamos sucintamente esas tasas y sus usos.

© Ediciones Pirámide

Incidencia, prevalencia y riesgo. La *incidencia* designa el número de casos aparecidos en una población durante un período de tiempo dado (un año, a menudo); la *prevalencia* es el número total de casos existentes en la población en un momento dado; una y otra suelen darse en tantos por 100to —o por mil, diez mil, etc.— de manera que resulten comparables en distintas poblaciones. La prevalencia de un trastorno se obtiene multiplicando su incidencia por la duración media (el tiempo que se tarda en «curar» o resolver el problema). El *riesgo* viene dado por la probabilidad de que un individuo sea afectado por el problema, sea en términos absolutos, sea en relación a un grupo demográfico específico definido por un factor o variable dados. Por ejemplo, el riesgo de desarrollar un cáncer en fumadores en relación a los no fumadores, o el de ser pobre de alguien que proviene de una clase social baja frente a alguien que viene de la población general o de una clase social media.

Las tres tasas tienen utilidades específicas: la incidencia es más apropiada al principio, cuando un problema (el sida, por ejemplo) se está desarrollando y nos interesa saber su ritmo de expansión. La prevalencia —que, como se ha visto, depende tanto de la tasa de crecimiento de un problema como de su duración (es decir, de la eficacia del tratamiento)— será más útil cuando el problema ya está estabilizado en la población, lo que permitirá planificar la atención o tratamiento en función del número total de afectados. Los distintos índices de riesgo permiten detectar factores, perfiles y situaciones de riesgo que, como se ha señalado, facilitan la concentración de los esfuerzos preventivos. Se distinguen tres tipos de factores causales (las tres «pes») en relación a un trastorno: aquellos que *predisponen* a alguien para desarrollarlo (así una pérdida familiar en la infancia en relación a la depresión) en el futuro; los factores que *precipitan* la aparición del trastorno (una ruptura interpersonal), y los que contribuyen a mantenerlo o *perpetuarlo* (por ejemplo, la falta de trabajo respecto de una depresión).

¿Para qué sirven estos conceptos y tasas epidemiológicas en la prevención psicosocial? Su principal utilidad es, como se ha indicado, identificar *factores de riesgo* que permitan focalizar la prevención en ciertos grupos, situaciones, en vez de trabajar con la totalidad de la población, o entorno. Las tasas y conceptos epidemiológicos permiten, en resumen, concentrar y *especificar* el trabajo preven-

CUADRO 12.2

Epidemiología: conceptos básicos

Concepto	Descripción
Incidencia	Casos nuevos del problema en un período de tiempo dado
Prevalencia	Casos totales acumulados en un momento dado Prevalencia = Incidencia × Duración problema
Riesgo	Probabilidad —absoluta o relativa— de ser afectado

© Ediciones Pirámide

tivo. Así, en los comienzos del sida se identificaron tres grupos de riesgo —las «tres haches»— ligados a ciertos hábitos o comportamientos: hemofílicos (que contraían la enfermedad por transfusiones de sangre infectada), homosexuales (por contacto sexual) y heroinómanos (por jeringuillas compartidas con colegas ya afectados). Ya podemos imaginar que en el caso de problemas típicamente psicosociales como el maltrato, la pobreza o el racismo, las cosas son harto más complicadas y no se pueden extrapolar linealmente los conceptos y tasas epidemiológicas pensadas para un modelo causal de base biomédica. ¿Qué diferencias hay entre el modelo causal asumido en la prevención sanitaria y el que necesitamos en la prevención psicosocial? Las siguientes, en los tres conceptos —«entorno», «agente», «huésped»— característicos del modelo sanitario de prevención.

- El *entorno* favorable al desarrollo del problema no es un medio físico, sino una urdimbre más compleja, dinámica e inespecífica de elementos (personales, sociales, culturales y otros).
- El *agente* que «transmite» el problema al huésped tampoco es el «bichito» X o Y, sino procesos sociales y psicológicos infinitamente más complejos, trabados e inmateriales —muchas veces indistinguibles del entorno mismo—, como la instrucción escolar, los medios de masas, el clima familiar o el grupo de iguales.
- El *huésped* vulnerable y el *caso* son, probablemente, los conceptos más asimilables del modelo sanitario de prevención; aun así, la definición operativa de un caso (que, recuérdese, es el punto de partida para elaborar las tasas epidemiológicas) es bastante más cuestionable que en los problemas de salud, descansando más en perfiles multivariados de probabilidad que en manifestaciones sintomáticas, más simples y precisas. Y si la identificación de un caso es más difícil e imprecisa, la elaboración de las tasas epidemiológicas pierde parte del valor analítico y relacional que tenía para identificar factores de riesgo basados en relaciones estadísticas con determinados factores sociales o ambientales y para deslindar los «tipos» de prevención.

De manera que, vistas esas limitaciones y dificultades del modelo de salud pública, los practicantes encuentran a veces más útiles otros modelos. Así, en la prevención del abuso de drogas se usa en ocasiones el modelo económico del mercado, buscándose tanto reducir la oferta de sustancias adictivas (limitando la producción, transformación, tráfico y distribución) como la demanda por parte de los consumidores, igualmente necesaria para acabar con «el mercado» y el consumo de drogas. No es casual elegir un modelo económico como el de mercado en el caso de las drogas habida cuenta de que, además de plantear un problema de salud colectiva, constituyen también un enorme negocio (legal o ilegal, según los casos).

El método epidemiológico ha sido ampliamente usado en el campo de la *salud mental* para estudiar tanto la extensión de los problemas psiquiátricos como su relación con distintas variables ecológicas y ambientales. El resumen de los resultados obtenidos y las hipótesis que los explican pueden encontrarse en los volúmenes de Bloom (1984) o en la edición anterior de este libro (Sánchez Vidal, 1991a, capítulo 9). Esos estudios de un campo intermedio entre la enfermedad física y los problemas sociales muestran tanto el interés y potencial de la epidemiología para derivar hipótesis causales y para guiar la prevención como sus límites para dirimir la disputa entre las dos hipótesis que podían explicar el conjunto de hallazgos sobre cómo se distribuían los problemas mentales: la «causación social» según la cual esos problemas serían la consecuencia personal de problemas o disfunciones sociales («desorganización social»), o la deriva social *(social drift)* en que los problemas mentales serían la causa, *no* el efecto, del deterioro y declive social de las personas afectadas.

4. NIVELES DE PREVENCIÓN

El modelo de prevención fue introducido en el campo comunitario por Caplan, que en 1964 redefinió en su libro *Principios de Psiquiatría preventiva* los conceptos básicos de la prevención («prevención primaria», «prevención secundaria» y «prevención terciaria») como parte de un modelo global de desarrollo humano (véase el capítulo 4) en que la prevención desempeñaba (junto a consulta e intervención de crisis) un papel central. En principio hay que reconocer que aunque se distinguen tres clases o tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria), sólo la primaria cumple los requisitos característicos de la prevención como algo distinto de la intervención directa sobre los problemas, por lo que sería la «verdadera» y genuina prevención; la más importante desde el punto de vista práctico, en todo caso. La prevención secundaria y terciaria no dejan de ser, en el fondo, formas de tratamiento, aunque diferenciadas de los enfoques clínicos al uso. Merecen, sin embargo, atención por ser las formas más viables y —aunque menos relevantes— mejor desarrolladas de prevención, mientras que la forma más importante, la primaria, es la más difícil de realizar, tanto porque precisa un conocimiento mínimo de los determinantes de los problemas a prevenir como por traducirse en la práctica en programas inespecíficos y extremadamente amplios (y caros) de cambio social.

© Ediciones Pirámide

4.1. Prevención primaria

La prevención primaria fue ya definida al caracterizar (cuadro 12.1) la verdadera prevención frente a la intervención directa sobre los problemas desde tres criterios básicos, que me limito a clarificar ahora en relación a los otros tipos de prevención definidos en el cuadro 12.3. Según esos criterios (momento de la actuación, foco de atención y destinatario), la prevención primaria:

- Es *proactiva,* no retroactiva, realizándose, como se ve en la figura 12.1, *antes* de que se produzcan los problemas a prevenir, no después de que ellos hayan afectado a los individuos.
- La acción se centra en los *determinantes* —las situaciones ambientales o procesos sociales que generan o extienden los problemas en la población— y trata de evitar que se produzcan o extiendan los problemas, o sea, trata de reducir su *incidencia* en la población.
- Va, por tanto, *dirigida* a las personas sanas o no afectadas; es decir, al conjunto de la población, si no conocemos los mecanismos causales o de expansión del problema a prevenir,

CUADRO 12.3

Prevención primaria, secundaria y terciaria

Tipo	Descripción
Primaria	Proactiva: actúa antes de que se generen los problemas Centrada en determinantes de problemas Dirigida a toda la población, preferentemente a grupos de riesgo Busca reducir la incidencia
Secundaria	Simultánea: actúa mientras existen los problemas Centrada en los ya afectados Aporta información y atención global a los afectados Busca reducir prevalencia
Terciaria	Retroactiva: actúa después de que se produzcan los problemas Dirigida a los que estuvieron afectados Busca reducir los efectos negativos de problemas y a evitar recaídas Restaura capacidades de afectados y facilita reinserción social

© Ediciones Pirámide

y a *grupos* concretos *de riesgo*, si, conociendo de alguna forma esos mecanismos, los podemos identificar.

Con frecuencia se insiste en el carácter *positivo* de los programas de prevención primaria, que habrían de buscar aumentar la capacidad de las personas y los recursos de las comunidades para enfrentarse al estrés y a los problemas. Ese acento positivo suele traducirse en estrategias de contenido básicamente *educativo* (la gran mayoría, por ser más baratas y factibles) y de ingeniería social (menos frecuentes) para alterar sustancialmente el ambiente físico o social. Como veremos más adelante al hablar del contenido de los programas preventivos, si bien las estrategias educativas conforman una línea importante y fructífera de trabajo —ligada a la prevención y promoción de la salud mental—, la prevención primaria puede tener una concepción y una práctica más amplias y ambiciosas, no necesaria ni centralmente educativas, ligadas al modelo de aportes de Caplan. Se trataría, según ese modelo, no sólo de ayudar en situaciones de crisis o educar a la gente, sino, más generalmente, de garantizar a todos los miembros de la comunidad los aportes físicos, psicosociales y socioculturales básicos para su desarrollo, ya que es la carencia de ellos la que causa, en el modelo, los problemas psicológicos y sociales. Se traza así un programa preventivo amplio e inespecífico (que podría equipararse a una «ingeniería social» extremadamente ambiciosa) virtualmente idéntico al que se seguiría para lograr el desarrollo humano, con lo cual, paradójicamente, prevención y desarrollo humano —en principio dos estrategias divergentes aunque complementarias— son tan equivalentes como ciertas concepciones de la prevención y promoción en el campo de la salud.

4.2. Prevención secundaria

Como indica el cuadro 12.3, la prevención secundaria se refiere a los esfuerzos realizados para reducir los daños causados por un problema a aquellas personas *ya afectadas* por él. Es, entonces, una forma de tratamiento —global y con criterios poblacionales y preventivos, eso sí, pero tratamiento, al fin— en que se actúa *mientras* (figura 12.1) se producen los problemas (no antes de ellos, como en la prevención primaria), buscando reducir la gravedad y duración del problema y el sufrimiento que causa a los afectados, es decir, la *prevalencia* en el conjunto de la población. Como prevención que es, y a diferencia del tratamiento clínico individual, la prevención secundaria se sirve de una estrategia global dual que busca tanto descubrir los casos existentes —aportando información sobre los signos y síntomas iniciales del problema— como proporcionar una atención efectiva y accesible a todos los afectados. Así como no se podía hacer prevención primaria sin conocer los determinantes de los problemas, *no se puede hacer prevención secundaria si no existe un tratamiento efectivo* del problema, ya que, a falta de tratamiento, las campañas de sensibilización social serán contraproducentes generando alarma social y pudiendo causar más daño que beneficio real. La prevención secundaria está bastante más desarrollada en la práctica que la prevención primaria y, tomada en sentido amplio, incluiría también a la prevención primaria, ya que trata de reducir prevalencia, que, como se ha dicho, depende de la incidencia (cuya reducción persigue la prevención primaria) y duración.

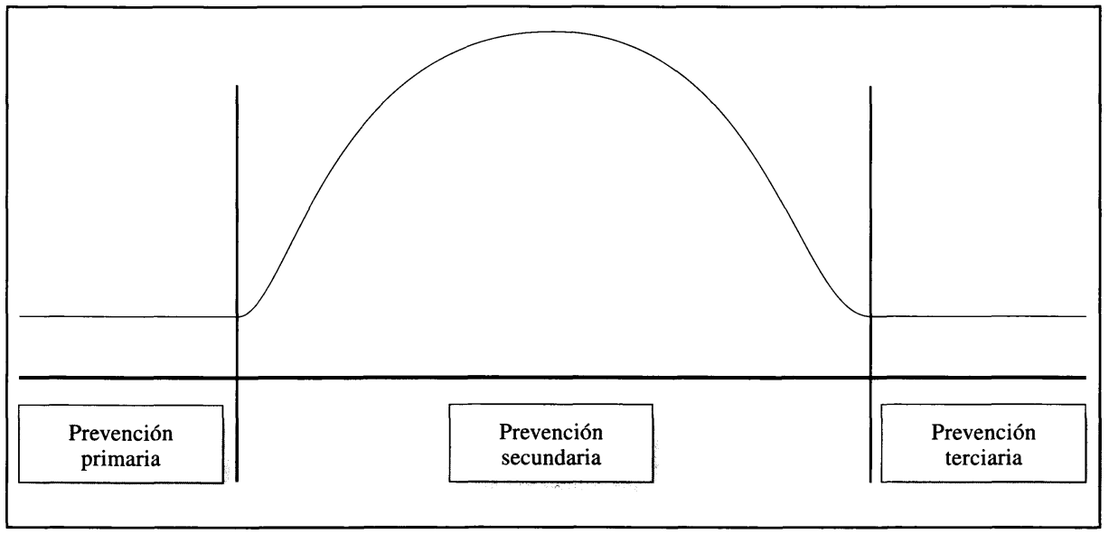

Figura 12.1.—Esquema temporal de la prevención.

© Ediciones Pirámide

4.3. Prevención terciaria

La prevención terciaria busca reducir las secuelas del problema a través de la rehabilitación de los que estuvieron afectados, de su reinserción social y de la evitación de recaídas posteriores. Por tanto, y como muestran la figura 12.1 y el cuadro 12.3, la prevención terciaria es *retroactiva*, al realizarse *después* de que se haya dado el problema (aunque también tiene una visión proactiva de reincorporación social y evitación de recaídas), dirigiéndose a los que en su momento estuvieron afectados, aunque ya no lo están (una distinción cuestionable en el terreno psicosocial), con la pretensión de *minimizar* las *consecuencias negativas* del problema en los niveles físico, psicológico y sociolaboral a través de un proceso dual: restauración de las capacidades de las personas y facilitación de su reincorporación a la comunidad. La terciaria es la forma más desarrollada y eficaz de prevención aunque, como se ha dicho, sea también la menos importante, sin olvidar, de todos modos, que, en la medida en que impliquemos en ella la evitación de recaídas, ese concepto laxo de prevención terciaria incluiría las otras dos formas, primaria y secundaria.

La figura 12.1 aporta un criterio relativamente simple para diferenciar las tres formas de prevención según la zona temporal en que se sitúen en relación al comienzo y final del problema en una persona o colectivo: la prevención *primaria* cubriría todas las actividades preventivas realizadas *antes* del comienzo del problema; la prevención *secundaria,* aquellas que se hacen *mientras* dura el problema, y la prevención *terciaria,* las acciones realizadas *después* del fin del problema. La cuestión, en muchos temas psicosociales, es la dificultad, si no imposibilidad, de señalar un comienzo y un final precisos de un problema que, al no ser fruto de la «invasión» del organismo por un virus u otro «bichito», manifiestan grados de afectación de problemática con unos altibajos y evolución bien distintos de aquellas afecciones de origen orgánico.

Una pregunta obvia que puede plantearse el planificador y trabajador preventivo, vista la gradación de importancia de las distintas formas de prevención (de más a menos de la primaria a la terciaria) y la viabilidad inversa (de más a menos de la terciaria a la primaria) de esas formas, es *¿qué forma* de prevención —primaria, secundaria o terciaria— *debe realizarse* en un momento dado en una población X? La respuesta es obvia: deben realizarse las tres, ya que siempre tendremos en un momento Y personas aún sin afectar que requerirán un trabajo de prevención primaria, personas que están sufriendo el problema, que precisan prevención secundaria, y personas que fueron afectadas y exigen un trabajo de prevención terciaria. El dilema se hace real si introducimos en esa ecuación la escasez de medios (dinero, personal, energía y tiempo de los profesionales, etc.). ¿Qué forma de prevención debemos priorizar en esas condiciones en el momento Y en una comunidad X?

La dificultad de responder genéricamente a esta cuestión deriva de que, como se ha indicado, la forma de prevención que sería más efectiva e importante, la primaria, es, a la vez, la más cara y difícil de realizar, por lo que a veces, estratégicamente, puede ser más conveniente usar las energías y medios dis-

© Ediciones Pirámide

ponibles en la prevención secundaria o terciaria, especialmente si no se conocen las «causas» del problema en cuestión o si, conociéndose, esas causas no son —por la razón que sea— controlables aquí y ahora. Claro que en tal caso nos quedará la impresión de que, faltando a la lógica última de la prevención, estamos evitando atajar las causas finales quedándonos con soluciones intermedias entre el simple parcheo y la verdadera prevención.

Pensemos, por poner dos ejemplos simples, en la prevención del «estrés» (o *burn out*) laboral o de ciertas «bolsas» de pobreza en una sociedad con un aceptable nivel de vida general logrado, lógicamente, con un gran esfuerzo laboral de la gente (y, probablemente, con un nivel más bien bajo de salarios que garanticen la competitividad económica). Para prevenir el estrés uno recomendaría, lógicamente y yendo a la raíz del tema, como manda la prevención, disminuir el sobreesfuerzo laboral o cambiar el tipo de vida que se lleva; si los afectados o la sociedad en su conjunto no se «pueden» (no se quiere en realidad) permitir ese cambio, nos limitaremos —como se hace casi siempre en ese campo— a evitar las consecuencias más serias en las personas más propensas (los picos del estrés en los ejecutivos o los sujetos más vulnerables) o a ayudar a que los afectados sobrelleven mejor su estrés. En el caso de la pobreza, puede muy bien suceder que el conjunto de la comunidad (o la sociedad) no esté dispuesta a sacrificar parte de su bienestar o la forma de organizar la sociedad o la economía, para ayudar a salir de la pobreza a una minoría, a menos que exista una recia solidaridad social, algo infrecuente en las sociedades «avanzadas».

4.4. Estrategias genéricas y específicas

Cuando no tenemos conocimiento suficiente de los determinantes de un problema a prevenir o esos determinantes son muy vagos y difusos, la prevención a realizar ha de ser *genérica,* actuando sobre el conjunto de factores socioambientales y de la población, sin centrarse en ningún grupo o factor específico. La prevención genérica está indicada en el campo psicosocial (y de salud mental), en el que esas situaciones, a diferencia del campo sanitario, son típicas. Se usan entonces estrategias como la educación, el desarrollo de competencias o la planificación urbanística, no dirigidas hacia un problema particular sino a procesos o estructuras básicos que, por tanto, se espera tengan una virtualidad preventiva general sobre el conjunto de la población, por tanto sobre todos los que pueden llegar a desarrollar un problema. Como ya se puede intuir por lo dicho, la prevención primaria tiene una tendencia hacia lo genérico en el terreno social. Las estrategias genéricas presentan ventajas: permiten «prevenir» problemas relativamente desconocidos a través de estrategias de gran cobertura poblacional (llegan prácticamente a toda la gente), por lo que su coste relativo es pequeño (sobre todo en los enfoques educativos). Pero tienen también serios inconvenientes: el grado real de eficacia preventiva es más que discutible en la medida en que las acciones y técnicas usadas pueden tener escasa incidencia sobre las raíces concretas del problema a prevenir y, además, el grado de influencia social real de las campañas masivas e inespecíficas es mucho menor

CUADRO 12.4

Enfoques genéricos y específicos

Enfoques	Descripción
Genéricos	Dirigidos al conjunto de la población buscando mejorar las condiciones generales de vida
Específicos	Dirigidas a grupos concretos de riesgo y a factores específicamente ligados al problema o condición a prevenir

© Ediciones Pirámide

que el de las técnicas que incluyen la interacción personal (cuadro 12.4).

Lo apropiado, entonces, sería *especificar* lo más posible los factores que pretendemos modificar —como los grupos sociales en riesgo—, lo que nos permitiría, como se ha señalado, *concentrar los esfuerzos* preventivos en factores, grupos y problemas dados y esperar una mayor eficacia de esos esfuerzos. Los enfoques específicos se centran, pues, en modificar aspectos sociales, ambientales o psicológicos *específicamente* ligados al problema que deseamos prevenir. Así, en el caso de la prevención de drogas, la promoción de los gimnasios o la vida cultural de una comunidad serían actividades genéricas de prevención, pues deberían facilitar el uso constructivo del tiempo libre de los jóvenes y su desarrollo físico y psicosocial en general; el endurecimiento de las penas por el tráfico o consumo de drogas sería, en cambio, una medida preventiva específica, pues va dirigida a un factor concretamente ligado al consumo de drogas. En el caso del estrés laboral, las dos medidas antes citadas (mejora de la vida cultural o los clubes deportivos) serían medidas básicamente genéricas de prevención, en tanto que la reducción de la jornada o la mejora de las condiciones de trabajo serían medidas específicas. Como se verá a continuación, el tipo de enfoque —genérico o específico— preferido determina en gran parte la metodología (elección de blanco poblacional, contenido y forma de hacerlo llegar a la gente) a usar, ya que mientras ciertos métodos —de influencia social difusa— son más apropiados para el trabajo masivo y genérico, otros —basados en influencia interpersonal— precisan que se focalice mucho más el blanco poblacional.

5. LA PRÁCTICA: DISEÑO Y REALIZACIÓN DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

El diseño de un programa preventivo contempla cuatro *componentes* —presentes, en realidad, en cualquier intervención— (cuadro 12.5): objetivos perseguidos, destinatario o blanco poblacional, contenido y estrategia metodológica para hacer llegar el contenido a la población diana. Examinemos brevemente esos componentes.

CUADRO 12.5

Elementos de los programas preventivos

- Objetivos perseguidos (evitar problemas, mejorar información y tratamiento, rehabilitar/reinsertar)
- Destinatario: a quién/qué va dirigida y en qué nivel social
- Contenido: qué se va a hacer para lograr los objetivos
- Método: cómo se hacen llegar los contenidos al destinatario

Los **objetivos** especifican las metas generales de la prevención para el campo temático y área social concretos: evitar el desarrollo o expansión del problema X en la población (prevención primaria); reducir el impacto del problema informando a los potenciales afectados sobre sus signos precursores y sobre los recursos de ayuda (prevención secundaria), y minimizar las secuelas en los que ya han sufrido el problema restaurando sus capacidades y facilitando su reincorporación fructífera a la vida social (prevención terciaria). Los objetivos deben ser claros y tan específicos como permita el tema y nivel social en que se trabaja.

6. EL DESTINATARIO Y SU LOCALIZACIÓN

Según Price y otros (1988), uno de los criterios de éxito de los programas preventivos modelo que examinaron era, precisamente, contar con un destinatario claro. Y es que, como se ha indicado, cuanto más claramente definida esté la población diana a la que va dirigido el programa y el nivel —o niveles— en que ése se va a desarrollar (en la medida en que el conocimiento existente lo permita), más específico podrá ser el programa y más eficiente la asignación del esfuerzo profesional y de los recursos económicos y materiales.

© Ediciones Pirámide

En la práctica se han propuesto algunos procedimientos para localizar los destinatarios de la prevención que están directamente relacionados con el tipo de métodos apropiados en cada caso. Bloom (1984) ha descrito tres —a los que añado un cuarto ligado a situaciones de crisis— basados en criterios poblacionales, evolutivos y epidemiológicos, resumidos en el cuadro 12.6.

Comunidad o población total. Al no tener la información que permita precisar los grupos de riesgo asociados al problema a prevenir, se usa aquí un criterio geográfico o demográfico incluyendo a todos los habitantes del área o zona de interés con lo que tenemos la seguridad de alcanzar a aquellos grupos. Este tipo de destinatario global exige utilizar métodos masivos como la televisión u otros medios de masas o las vallas o, también, medidas de «ingeniería social» multidimensionalas que, como el desarrollo comunitario o ciertas leyes sociales, cubran todo el territorio y las distintas áreas de actividad y problemática social.

Transiciones o hitos *vitales*. El criterio para identificar el destinatario es aquí evolutivo: aquellos grupos de población que están pasando de una etapa evolutiva a otra o, lo que es lo mismo, cambiando de papel social, lo que provoca crisis de adaptación en una parte (un 20 o 25 por 100) de las expuestos. La ventaja de este criterio es que, siendo los momentos cruciales de la historia vital previsibles y afectando a un número limitado de personas, la prevención de los efectos negativos de esas transiciones es factible, pudiéndose organizar coherente y eficazmente los esfuerzos preventivos sobre problemas homogéneos en grupos concretos de riesgo: nacimiento, comienzo de la escolaridad, cambios en la adolescencia, finalización de la escolaridad obligatoria, incorporación al mercado del trabajo, matrimonio, jubilación, etc. La regla general sería que a mayor cambio de rol exigido y mayor vulnerabilidad previa de la persona afectada, mayor probabilidad de que se produzcan problemas y, por tanto, mayor necesidad de actuar preventivamente. La *transición adolescente* del final de la educación secundaria *a la sociedad adulta* y los deberes (búsqueda de trabajo, elección carrera superior, emancipación familiar, establecimiento de relaciones de pareja, etc.) es decisiva en la prevención de un gran número de problemáticas (alcoholismo, drogas, comportamientos antisociales o delictivos, etc.) que con frecuencia comienzan o se consolidan en momentos de transición y ambigüedad vital, sobre todo en ausencia de vínculos y apoyos sociales y de valores claros que sirvan de guía en la vida. La jubilación es otro momento importante por la pérdida de «función» social y que en nuestras sociedades envejecidas afecta cada vez a más personas.

CUADRO 12.6

Formas de identificar el destinatario de programas preventivos

Método	Destinatario	Criterio
Comunitario/ poblacional	Toda la población de una zona	Desconocemos factores/situaciones de riesgo (enfoque genérico)
Evolutivo	Transiciones vitales/cambio de rol	Situaciones de riesgo previsibles y abordables
Epidemiológico	Grupos de riesgo	Grupos/factores/situaciones identificados estadísticamente
Crisis	Crisis y catástrofes naturales o causadas por el hombre	Evitar/reducir efectos posteriores (prevención terciaria y secundaria)

© Ediciones Pirámide

Grupos de riesgo localizados por medio de estudios *epidemiológicos*. El problema para identificar tales grupos radica, como se ha dicho, en la poca especificidad y amplitud de los factores de riesgo asociados. Así, en un estudio (Srole y otros, 1962; Langner y Michael, 1963) sobre los problemas mentales realizado en Nueva York identificaron los diez factores de riesgo siguientes: hogar roto y mala salud propia o de los padres en la infancia, dificultades económicas, conflicto entre los padres, mala salud de adulto, relaciones interpersonales inadecuadas y preocupaciones socioeconómicas, matrimoniales o paternales. Este ejemplo muestra tanto la dificultad de establecer grupos concretos de riesgo a partir de esos factores como la amplitud de esos posibles grupos (¿quién no tiene «preocupaciones socioeconómicas, matrimoniales o paternales»?) y su poca especificidad causal: una persona incluida en varios de esos factores estresantes puede desarrollar tanto una úlcera o un problema cardíaco como una depresión, desembocar en la delincuencia, o...

Crisis. Ya se ha visto en el capítulo 11 cómo las crisis naturales (catástrofes, terremotos, inundaciones, etc.) o causadas por el hombre (guerras, accidentes, delincuencia y violencia interpersonal, etc.) son ocasiones apropiadas para actuar preventivamente, evitando las consecuencias negativas de las situaciones y fomentando el crecimiento personal e institucional a partir del correcto manejo de las dificultades. La prontitud e inmediatez de la actuación y la disposición comunitaria de los sistemas de ayuda eran aspectos clave para poder hacer un planteamiento preventivo de las intervenciones en situaciones de crisis. La intervención *anticipadora* de crisis en aquellas circunstancias y casos en que las personas que se prevé van a estar expuestas a un estrés (rechazo social, choque cultural, etc.) es un buen enfoque preventivo que usa la información sobre ese estrés y el ensayo anticipado de soluciones para enfrentarse a él.

7. LA METODOLOGÍA: ENFOQUES Y ESTRATEGIAS

La elección del método para hacer llegar el contenido del programa preventivo al destinatario depende tanto del carácter de ese contenido (información, ayudas económicas, acciones sociales, planificación, etc.) como del destinatario, amplitud social y grado en que ese destinatario está claramente identificado o delimitado a través de alguno de los procedimientos —epidemiológico, evolutivo, geográfico u otro— descritos. En general se pueden distinguir (cuadro 12.7) dos tipos de estrategias

CUADRO 12.7

Enfoques metodológicos: ventajas e inconvenientes

Enfoques	Metodología	Ventajas	Inconvenientes
Globales	Medios de masas, vallas, transportes, etc. (influencia social difusa)	Gran cobertura poblacional Bajo coste relativo	Poco específico Efectividad limitada
Interactivos	Trabajo personal y grupal (interacción personalizada)	Más efectivo y duradero	Cobertura reducida, más costoso

© Ediciones Pirámide

—bastante ligadas a los enfoques genéricos y específicos ya explicados.

Enfoques globales (televisión y otros medios de masas, vallas, transportes, planes comunitarios integrales, leyes sociales «universales», etc.), dirigidas al conjunto de la población residente en un área, en el supuesto de que, como en las estrategias genéricas de prevención, no tenemos información que nos permita especificar más el destinatario del programa. Como cualquier método basado en la *influencia social difusa*, los enfoques globales tienen la ventaja de su gran cobertura poblacional y el costo relativamente bajo por persona. Y presentan los inconvenientes de la poca especificidad de los mensajes o acciones para los distintos grupos de población, el limitado efecto de los mensajes genéricos en poblaciones sistemáticamente «bombardeadas» por miles de comunicaciones —muchas veces incoherentes— sin un contacto personal, específico y significativo para el receptor. Un ejemplo puede ser una campaña contra el consumo de drogas (o el tabaco) en televisión y prensa.

Enfoques interactivos, basados en la relación cara a cara con otros, generalmente en grupo, también individualmente, como en la educación para la salud o contra las drogas con grupos de adolescentes en una escuela o en centros comunitarios. Estos métodos —en principio educativos— son aplicables a destinatarios limitados identificados con criterios evolutivos, epidemiológicos u otros —como situaciones críticas— y presentan ventajas e inconvenientes simétricos respecto de los enfoques globales. Inconvenientes: su limitada cobertura poblacional y su mayor costo relativo (por persona); ventajas: la mayor eficacia y duración de la interacción personal en términos emotivos y persuasivos.

¿Qué métodos son preferibles en la práctica? Depende, como se ha indicado, en primer lugar de la amplitud del destinatario y del contenido del programa: mientras que un destinatario muy amplio no permite utilizar enfoques interactivos, un programa con contenidos básicamente informativos se trasmite mejor a través de los medios de masas. Pensemos en las alarmas ante una eventualidad meteorológica, un accidente de tráfico que bloquea los accesos a la ciudad o, incluso, consejos ante una epidemia o problema grave y masivo de salud. Cuando el destinatario es más reducido o se encuentra más localizado y contamos, además, con personal suficiente, el trabajo personalizado o la acción local en la comunidad son más recomendables por su mayor poder de convicción y, también, porque esas estrategias se pueden integrar mejor en la vida cotidiana de la gente y, importante para nosotros, porque permiten una participación que puede resultar decisiva para «hacer suyos» los mensajes o acciones que se intentan trasmitir. Lo ideal, por tanto, es *combinar* tantos *métodos y estrategias* —de efectos convergentes— como podamos, dado que los hábitos y pautas a modificar están, como se indicó, mantenidos o «perpetuados» por potentes sistemas y maquinarias sociales y publicitarias. Es en todo caso recomendable, en mi opinión, *compaginar* las *campañas globales* —de las que se tiende a abusar— con algún tipo de *dispositivo comunitario* (un centro, un número telefónico, un servicio) que permita el contacto personal y adecuar la oferta global a los intereses y necesidades de los miembros de una comunidad. Así, en una campaña para prevenir la transmisión del sida, será bueno dar un número de teléfono o un centro comunitario donde se pueda obtener, sin compromiso posterior, información, consejo y apoyo personalizado.

7.1. Principios estratégicos

Diekstra y Maes (1989) han propuesto una serie bastante razonable —aunque no siempre fácilmente realizable— de principios y recomendaciones para facilitar el cambio de las personas en programas preventivos —en el campo de la salud, sobre todo— recogidos en el cuadro 12.8.

- Centrar el cambio en los *mecanismos* psicológicos y psicosociales subyacentes (como el control social o la regulación emocional), más que el comportamiento mismo de la gente, respetando el autocontrol y capacidad de decisión personal.

© Ediciones Pirámide

- Concebir —como ya se recomendaba en la participación— el cambio de comportamiento como un *proceso gradual* y paulatino que se ha de motivar e incentivar inicialmente y mantener una vez logrado.
- Cuidar los *escenarios* sociales y ambientales que promueven los comportamientos para que sean *adecuados*, resultando tan *atractivos* como los escenarios que fomentan las conductas nocivas a desterrar (por ejemplo, sitios de encuentro para jóvenes que excluyan las drogas).
- Marcar *fines realistas* y realizables para la población diana; de lo contrario la gente ni planteará cambiar.
- *Especificar* claramente los *procedimientos a seguir* y las técnicas a usar para asegurarse de que la gente los ha comprendido, en lugar de limitarse a transmitir consignas en la seguridad de que serán seguidas (así, en la prevención del sida, asegurarse de que los jóvenes disponen de preservativos y saben cómo usarlos).
- Usar *varios métodos* (así, televisión y educación en las escuelas) con efecto *convergente* en relación al tema a prevenir en distintos *niveles* sociales (comunidad, escuela, sociedad global, familias...) para provocar un efecto acumulativo.
- Trabajar *con* las *redes sociales* —formales o informales— y *desde* ellas aprovechando su capacidad de influencia social y psicoafectiva interna, sobre sus miembros, y su poder de difusión social hacia otros grupos y personas de la comunidad.
- Aportar opciones y alternativas que aumenten la percepción de «autoeficacia» y autonomía del sujeto evitando tanto su reacción negativa a las consignas restrictivas u órdenes externas como generando nuevas dependencias (de la actividad o cambio propuesto) que sustituyan a las anteriores.
- Procurar que las actividades o cambios propuestos tengan *valor intrínseco,* per se, de forma que resulten buenos o agradables para los sujetos (*tan* buenos o agradables al menos como los que se busca prevenir).
- *Mantener* los cambios en el largo plazo, apoyándolos e integrándolos lo más posible en la vida y entorno social cotidiano (relaciones familiares, rutinas diarias, etc.), algo muy ligado a la autorresponsabilización y el formato comunitario aquí defendido: si el sujeto no está convencido de la bondad de los cambios ni los ha decidido o aceptado como suyos, difícilmente los mantendrá por sí mismo, cuando cese la relación formal o informal en cuyo contexto se establecieron. Esta orientación reducirá, además, las objeciones éticas hechas a los programas preventivos globales.

CUADRO 12.8

Principios estratégicos (Diekstra y Maes, 1989)

- **Centrar acción en mecanismos psicosociales que controlan comportamiento**
- **Cambio gradual/procesal: se ha de incentivar y mantener**
- **Entornos/sitios que promueven comportamientos deseables deben ser adecuados y tan atractivos como alternativas perjudiciales a prevenir**
- **Establecer fines realistas/realizables**
- **Especificar técnicas/instrucciones: no limitarse a dar consignas**
- **Buscar varios métodos con efectos convergentes en diversos niveles sociales**
- **Trabajar con/desde redes sociales**
- **Aportar opciones y libertad de elegir que aumenten autoeficacia y autonomía**
- **Dotar de valor intrínseco a la actividad o cambio propuesto**
- **Mantener efectividad a largo plazo e integrar cambio en vida cotidiana**

© Ediciones Pirámide

7.2. Criterios de excelencia

Price y otros (1988) han recogido en un estimable volumen catorce programas preventivos modelo (algunos de los cuales son resumidos en la última parte de este capítulo) realizados en EUA extrayendo, al final, una serie de aspectos compartidos por los programas que podemos, de alguna manera, considerar criterios de excelencia o éxito (cuadro 12.9). Según este análisis inicial, los buenos programas preventivos:

- Se dirigen a *destinatarios* poblacionales *(targets)* predeterminados y se formulan a partir de un conocimiento razonable de los *riesgos y problemas* a que se enfrenta el grupo diana.
- Están diseñados para *alterar la trayectoria vital* de las personas que participan en ellos, buscando cambios a largo plazo, abriendo nuevas vías evolutivas, ofreciendo nuevas oportunidades, cambiando sus circunstancias vitales o proporcionándoles apoyo. La participación de los padres y los sistemas educativos son vehículos adecuados para mejorar el funcionamiento familiar y el rendimiento escolar y para ayudar al desarrollo de los niños y adolescentes.
- Los programas *proporcionan*, además, *nuevas destrezas* para confrontar situaciones y *apoyo social* para arrostrar las transiciones vitales (por ejemplo, habilidades relacionales y sociales para resistir la presión social de los adolescentes en temas de drogas).
- *Fortalecen el apoyo social natural* recibido de la familia, comunidad o escuela (movilizando, por ejemplo, el apoyo de otros).
- Recogen *evidencia rigurosa* para documentar sus resultados usando métodos y dimensiones diversos y apropiados a cada caso. Se tiende a incluir, cada vez más, análisis costo-eficacia o costo-beneficio, que resultan útiles para guiar la difusión de los programas a otras comunidades y contextos.

8. OBJECIÓN ÉTICA Y ESTRATÉGICA: AUTONOMÍA, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EFICACIA

Es conveniente hacer en este punto, y al hilo de las recomendaciones metodológicas realizadas, una consideración a la vez ética y estratégica. Ya se señaló al comienzo del capítulo que el modelo preventivo —y epidemiológico— heredado de la salud es centralizado y poblacional con una visión *desde arriba* y que eso casa mal con la forma comunitaria de trabajar, local, descentralizada y desde abajo. Esa concepción de los programas preventivos presenta dos peligros complementarios: uno de carácter estratégico y otro de tipo ético. El riesgo *estratégico* consiste en que, en la medida en que los cambios a realizar no conectan con los verdaderos intereses y necesidades de la comunidad, no son vistos como propios, sino como ajenos —incluso impuestos desde fuera—, de manera que no sólo peligra, como señalaban Diekstra y Maes, su «mantenimiento» cuando cesa la acción profesional, sino hasta su propia realización por el escaso eco, si no resistencia, que pueden encontrar entre la gente.

CUADRO 12.9

Criterios de éxito de programas preventivos (Price y otros, 1988)

- Tienen destinatario claro y un enfoque específico según problema/riesgo a prevenir
- Buscan cambiar la vida de las personas (cambios a largo plazo, crean oportunidades y dan apoyo, abren nuevas perspectivas vitales)
- Proporcionan nuevas destrezas para afrontar situaciones y apoyo social en transiciones vitales
- Fortalecen apoyo social de grupos sociales naturales o construidos
- Evalúan los resultados en las distintas dimensiones pertinentes

© Ediciones Pirámide

La objeción *ética* paralela es, si cabe, más seria: en general los programas preventivos masivos *socavan*, en vez de promover, la *autonomía* de la gente, su capacidad de decidir por sí misma lo que debe hacer y cómo quiere hacerlo. Una objeción más concreta es que (capítulo 9) ese tipo de programas sociales masivos suelen violar una de las reglas éticas más «sagradas» para el interventor social: el *consentimiento* voluntario e informado del destinatario de una acción —de aquellos que vayan a ser afectados por ella— previo a su realización. Si bien es cierto que no es fácil obtener ese consentimiento cuando se trata de un colectivo amplio, no es menos cierto que la supresión generalizada de ese trámite ético inicial permite —al amparo de «la técnica» y en nombre del bienestar de los destinatarios— el uso generalizado de enfoques tecnocráticos de cambio que bordean el autoritarismo «ilustrado» (todo para la gente pero sin la gente en nombre de su propio bienestar y con la garantía de «la técnica»).

Se hace, entonces, preciso buscar enfoques y procedimientos que limiten esos peligros garantizando, junto a la eficacia técnica, el respeto de la voluntad y los genuinos deseos de la gente. La *participación* y el enfoque *comunitario* en los programas preventivos constituyen una vía razonable para conectar los intereses o aspiraciones de la comunidad con la metodología y contenidos preventivos implicando realmente a la comunidad en el diseño y realización de los programas. La combinación de ambos enfoques —ilustrada en alguno de los programas preventivos que se presentan más adelante— debería salvar tanto los problemas estratégicos como, en parte al menos, las objeciones éticas, permitiendo realizar cambios duraderos que, además, faciliten la autonomía y el crecimiento personal en lugar de recortarlos.

9. CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS: PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria es, en pocas palabras, relativamente fácil de enunciar pero difícil de hacer. En el fondo, y usando los conceptos del modelo de aportes de Caplan (capítulo cinco), el programa perfecto de prevención primaria consistiría nada más —¡y nada menos!— que en *garantizar* los *aportes físicos, psicosociales* y *socioculturales* necesarios para el correcto desarrollo de los miembros de una comunidad o sociedad: un ideal irrealizable en la práctica en condiciones normales en cualquier sociedad. ¿Cómo podemos acercarnos a ese ideal? Según el enfoque genérico, cualquier programa que *aumente* significativamente la *calidad vida*, la *educación*, la *atencion sanitaria* o las oportunidades de encontrar y mantener un *trabajo* adecuado contribuirá de una forma u otra a la prevención primaria a la vez que, como se señaló al comienzo del capítulo, al desarrollo personal. De forma que, a falta de estrategias más específicas, la lista de acciones *potencialmente* preventivas es ilimitada. Korchin (1976) las ha organizado en varios niveles (social, comunitario, familiar y pequeño grupal e individual) e incluirían acciones como (cuadro 12.10) las siguientes:

- *Atención y seguimiento* pre y posnatal de las *familias* de una *comunidad* o zona urbana desfavorecida, centrándose en el desarrollo de los neonatos, asesorando y ayudando a los padres en su función educativa y conectándolos con las redes de servicios relacionadas con problemas o necesidades de salud o socioeconómicas (véase el programa de Ciutat Vella más adelante).
- Fortalecimiento y *apoyo familiar* a través de *bajas de maternidad* y paternidad, facilitando el *trabajo* a *tiempo parcial* de las madres jóvenes, las *guarderías* públicas asequibles y otras medidas que permiten a los padres ocuparse de sus hijos (garantizando los aportes psicosociales y socioculturales precisos).
- Programas de *formación ocupacional*, educación general (y compensatoria para los menos aventajados) y manejo de *nuevas tecnologías* que faciliten la búsqueda de trabajo en zonas pobres o desfavorecidas.
- Evitar o *reducir* la *discriminación* (laboral, educativa, residencial...) en base a la procedencia territorial o social, raza o sexo.
- Medidas sociales que *faciliten el acceso a la vivienda* a los jóvenes y grupos peor situados,

© Ediciones Pirámide

CUADRO 12.10

Contenido de la prevención primaria

- Atención y seguimiento de familias y recién nacidos
- Fortalecimiento y apoyo de la familia
- Escuelas de padres
- Formación ocupacional
- Trabajo a tiempo parcial para que padres puedan estar con hijos
- Reducir la discriminación
- Planes integrales de desarrollo comunitario
- Educación de líderes comunitarios y de planificadores y urbanistas
- Educación de la comunidad sobre necesidades básicas y desarrollo humano
- Consulta con instituciones y servicios públicos para sensibilización psicosocial
- Planificación comunitaria apropiada
- Organización comunitaria y empoderamiento de los más débiles
- Mínimos vitales garantizados (rentas mínimas)
- Vivienda disponible para todos
- Facilitar el acceso al trabajo
- Educación obligatoria y mejora de las escuelas públicas
- Bibliotecas públicas populares
- Programas de formación en valores, civismo y ciudadanía
- Creación y fomento de «grupos de iguales» alternativos
- Fomento de habilidades sociales y mejora de relación con otros
- Preparación de mediadores sociales «naturales» para detectar problemas

como los inmigrantes (programas de vivienda protegida, intervención en el mercado, etc.).
- Programas de *renta mínima* que garanticen un «mínimo vital» digno a cualquier persona independientemente de su situación familiar, pasado laboral u otras condiciones.
- Planes de *desarrollo comunitario* que permitan el progreso armónico y la organización de las comunidades de acuerdo con sus propios intereses y con ayuda externa.
- Apoyo a los procesos de *organización comunitaria* orientada a la reivindicación de mejores condiciones de vida a través del empoderamiento colectivo.
- *Formación* de los *líderes comunitarios* sobre las necesidades físicas, psicosociales y socioculturales de los grupos sociales más pobres y necesitados, o de los «diferentes».
- *Educación de la comunidad* tanto en relación con las necesidades citadas como respecto a sus propias posibilidades de autoconocimiento y desarrollo personal (psicología básica, relaciones interpersonales, sexualidad, crecimiento personal, comunidad y sentimiento de pertenencia, etc.) por medio de consultorios en prensa o radio, divulgación en centros comunitarios y otros.
- Red de *bibliotecas populares*, una por comunidad (o área administrativa), con una dotación básica de material educativo, literario y divulgativo que preste especial atención a los niños.
- *Sensibilización* y *asesoría* a urbanistas y planificadores sobre las dimensiones —negativas y positivas— psicosociales de la planificación urbana o de los espacios (edificios, plazas, centros de servicios, etc.) arquitectónicos y sociales.
- *Consulta* con *instituciones* y servicios públicos de la comunidad (hospitales, escuelas, policía, juzgados, etc.) para atender mejor los problemas psicosociales de los grupos atendidos y ayudar en las situaciones de crisis.
- Mejora general de las *escuelas* (organización, formación del profesorado, medios pedagógicos y económicos, apoyo social del profesorado, contacto fluido con la comunidad y los padres, etc.) como pieza socializadora y vehículo de desarrollo humano básico.
- Programas de *complementación escolar* de los grupos (inmigrantes, bajo nivel social, minorías culturales, con dificultades de aprendizaje, etc.) con necesidades especiales.
- Programas o materias de *formación en valores, civismo*, ciudadanía o salud como partes esenciales, y cada vez más desatendidas, del desarrollo personal para la democracia.
- *Escuelas de padres* que ayuden en el desempeño de su papel social y psicológico cada vez más exigente y descuidado a favor del trabajo.
- Proyectos de *mediación y terapia familiar* que mejoren las relaciones y la comunicación en la familia o entre algunas de sus partes (padres e hijos, cónyuges...).
- Creación de *grupos* de *iguales «alternativos»* (*boy scouts*, equipos deportivos, grupos excursionistas, etc.) que faciliten el buen uso del tiempo libre y la integración social armónica de individuos marginales o aislados y previniendo problemas —adicciones, sectarismo, delincuencia u otros— ligados a otro tipo de grupos.
- Ayuda psicosocial en situaciones de *crisis y transiciones vitales* difíciles a través de programas comunitarios accesibles y asequibles.
- Fomento de las *habilidades sociales* y relacionales en las personas y de actividades y talleres dirigidos a la mejora de la relación con los demás.
- *Preparación* de *agentes socializadores* (directores de residencias, mandos de empresas o instituciones, etc.) que, por su relación continuada con la gente, tienen una mayor posibilidad de detectar problemas y dificultades y de orientar inicialmente a los afectados sobre las medidas a tomar.

© Ediciones Pirámide

10. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Recordemos que la prevención secundaria intenta reducir la prevalencia de un problema a través de la detección precoz y el tratamiento accesible y eficaz que minimice su duración, sufrimiento personal o efectos disfuncionales. Aunque es una forma de tratamiento, se diferencia de la práctica clínica en dos puntos (cuadro 12.11) relevantes: usar cribados masivos *(screening);* contar con dispositivos asistenciales accesibles y disponibles (en tiempo, forma, movilidad, etc.) que permiten atender apropiadamente a todas las personas que lo precisen y soliciten.

El cribado masivo de determinados grupos de edad a realizar en instituciones o centros que, como la escuela o los cuarteles, contengan la mayor cantidad posible de población (y por tanto los individuos a riesgo) en un punto lo más temprano posible del ciclo vital como para permitir descubrir los problemas en su etapa formativa. La *escuela* es, obviamente, el escenario ideal para la detección precoz y en ella se realizan muchos programas preventivos. También el *ejército* (en aquellos países en que es obligatorio) o los centros de enseñanza secundaria son instituciones apropiadas. Es obvio que, para poder llevar a cabo cribados masivos, hace falta *conocer* los síntomas o *signos precursores del problema* en cuestión (que se pueden difundir entre la población) y disponer de instrumentos de detección o diagnóstico suficientemente válidos y breves para ser usados con grandes cantidades de personas. El programa de DART de prevención de la depresión que se describe más adelante ilustra esta estrategia.

Tratamiento disponible. De nada sirve, sin embargo, detectar precozmente un problema si no se dispone de la solución o asistencia apropiada —rápida, eficaz y accesible— para todos los que la precisan. Bien al contrario, la mejora de los sistemas de detección de problemas sin la correspondiente solución sembrará la *alarma social*, haciendo surgir «nuevos» casos («falsos positivos», muchas veces) con el resultado de un aparente empeoramiento de la condición a prevenir, al «aumentar» su incidencia. Para que la atención esté a disposición de todos los que la necesitan con prontitud es necesario que se ofrezca una amplia gama de métodos (incluyendo atención 24 horas y de crisis, servicios móviles, líneas telefónicas de ayuda y orientación) que, además de ser eficaces, estén cerca de la comunidad y sean *accesibles* económica y socialmente (servicios públicos gratuitos y abiertos a todos).

Difundir información sobre los *signos tempranos* (o factores asociados) y reconocibles de la condición a prevenir y sobre los *recursos asistenciales* o sociales que se pueden usar. Esa información ha de ser clara y simple para que la población destinataria la pueda entender sin dificultad y la pueda usar para detectar con la mayor precisión y fiabilidad

© Ediciones Pirámide

CUADRO 12.11

Contenido de la prevención secundaria

Componente	Acciones	Destinatario
Detección temprana afectados	Información { signos precursores; recursos de ayuda }	Afectados (lo sepan o no) Mediadores comunitarios Profesionales
Búsqueda de tratamiento	Combatir prejuicios para disminuir estigma/ discriminación	Comunidad y afectados
Atención/ tratamiento	Disponer de tratamiento masivo y accesible geográfica, económica y socialmente	Los ya afectados

posible los signos o manifestaciones del problema a detectar (sida, depresión, maltrato...). Y debe ir dirigida esencialmente a tres colectivos sociales básicos: aquellos ya *afectados* o que lo pueden ser en un futuro inmediato; *mediadores* comunitarios y *profesionales* que, por su posición social o profesional, tienen gran probabilidad de entrar en contacto con muchos afectados por la condición a prevenir (médicos, maestros, peluqueras, panaderos, camareros, trabajadores sociales, policías, curas, psicólogos, mandos medios de instituciones y empresas, etc.). Ciertos centros y *puntos muy transitados* de la comunidad serán también, y además, lugares para depositar material gráfico o de lectura: panaderías, cafeterías, centros cívicos, bibliotecas, escuelas, etc. Y, por supuesto, los *medios de masas* locales o globales son también formas complementarias imprescindibles de difundir información, especialmente la relativa a eventos temporales, catástrofes o recomendaciones del momento (sobre tráfico, sucesos, indicaciones en caso de tormentas o catástrofes, etc.). *Internet* y los teléfonos móviles pueden ser también muy útiles ante ciertos eventos. La información debe dirigirse también a *combatir* los *prejuicios* sociales de la comunidad y los temores irracionales de los afectados a pedir ayuda en casos —como los problemas mentales, el maltrato o el sida— que van acompañados de marginación y estigmatización social. También puede ser útil, en algunas situaciones, facilitar información sobre el tipo de ayuda adecuada (médica, psicológica, legal...) y bajo qué circunstancias es apropiado pedir uno u otro tipo de ayuda.

11. PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria pretende minimizar las secuelas de un problema y de las condiciones de su tratamiento, especialmente cuando éste conlleva el internamiento (hospital) o la reclusión o retiro de la vida social normal (cárcel, correccional, comunidad terapéutica) y evitar las recaídas. Es la variante más desarrollada de prevención, y se rige, según Caplan, por los siguientes *principios* generales (cuadro 12.12):

- *Comenzar* ya con la detección o diagnóstico del problema, no esperar a su final.
- *Combatir* la alienación de los afectados y su *segregación* social causadas por los prejuicios y el desconocimiento del problema.
- *Mantener la relación* y el contacto con la comunidad de las personas tratadas o internadas buscando la mayor *cercanía* —espacial y social— posible de los centros de tratamiento.
- *Evitar el institucionalismo* que se produce en centros e instituciones cerradas y segregadas de la comunidad y con regímenes de vida autónomos.
- Garantizar la *continuidad del tratamiento* o la asistencia tras la salida de la institución y la existencia de centros *de transición* entre las instituciones y la comunidad.

© Ediciones Pirámide

El contenido de las medidas para realizar la prevención terciaria se puede englobar en dos apartados según que esas medidas vayan dirigidas a *rehabilitar a la persona* que ha sufrido el problema o a asegurar su *«reinserción» social* (entrecomillo la palabra «reinserción» porque, siendo usada comúnmente, transmite un sentido de encajar o ajustar a alguien a un molde o hueco social que me parece inaceptable; creo que el término «reintegración» sería preferible, como más respetuoso con las personas que vuelven a la sociedad, pero sin ser encajadas en un espacio preexistente y no modificable). Son resumidas aquí —y recogidas en el cuadro 12.12— siguiendo a Korchin (1976).

Rehabilitación de los afectados, restaurando su identidad y capacidad: física, psicológica (autoestima e imagen de sí mismo), sociofamiliar (papel social y de miembro de la familia) y laboral (trabajo) retomando los roles que antes se tenían o asumiendo otros nuevos si fuera necesario. Es preciso aquí fortalecer la capacidad de *afrontar* la *marginación* y rechazo *social* con frecuencia asociados a la condición social (de «enfermo», «trastornado mental», «ex presidiario», «adicto», etc.) y a la *«reconstrucción»* de la *identidad* requerida por la «ruptura biográfica» que a menudo conlleva la condición y el rechazo social hacia ella. Ambos procesos deben ser ayudados por el apoyo, *consejo y terapia psicológica*, por un lado, por la *formación ocupacional* por otro y, muchas veces, por la información y la provisión de *medios* mínimos (una cantidad de dinero y una lista de residencias o contactos comunitarios) para poder sobrevivir inicialmente.

CUADRO 12.12

Principios y contenido de la prevención terciaria

Componentes	Contenido
Principios	Empezar desde el principio (detección o diagnóstico del problema) Combatir alienación y segregación debida al prejuicio y desconocimiento del problema Mantener la relación con la comunidad y la cercanía espacial y social de los centros de tratamiento Evitar institucionalismo de instituciones totales: cerradas y segregadas de la comunidad Garantizar continuidad de tratamiento tras desinstitucionalización
Rehabilitación personal	Restaurar identidad y capacidad { física; psicológica (apoyo y terapia psicológica); sociofamiliar; laboral (formación ocupacional) }
Reinserción social y evitación de recaídas	Educación comunitaria para evitar discriminación/estigma Instituciones de transición (centros de día, pisos asistidos, talleres, clubes sociales...) Facilitar contacto bidireccional institución-comunidad Organizar instituciones cerradas para vida autónoma de residentes en el exterior Contacto gradual con comunidad (permisos fin de semana, etc.) Mediación en conflictos con vecinos Seguimiento proceso transición a la comunidad

© Ediciones Pirámide

Reinserción social y evitación de recaídas implican, sobre todo, cambios en la *actitud* y comportamiento de la *comunidad* que permitan superar la estigmatización y el rechazo que la sociedad asocia al trastorno mental, las drogas, la cárcel o ciertas enfermedades —como el sida— en base, muchas veces, a la ignorancia, el prejuicio o la cómoda «solidaridad de los sanos» frente a los enfermos, trastornados o diferentes. Esto se logrará a través de las siguientes acciones.

- *Educación* y sensibilización de la *comunidad* y del contexto específico (barrio, escalera de vecinos u otro) en que vayan a «aterrizar» los ex afectados respecto al problema y estado actual de aquéllos tras el tratamiento.
- Utilizar enfoques y *métodos* de tratamiento (como la comunidad terapéutica o la terapia del medio) que *promuevan* la *autonomía* de los afectados (y su capacidad para funcionar y reintegrarse activamente a la comunidad) por un problema en vez de fomentar, como es frecuente, la adaptación pasiva, a veces regresiva, a la institución o centro de tratamiento.
- Fomentar el *contacto* bilateral institución-comunidad y el intercambio entre ambos a través de jornadas de puertas abiertas, exposiciones de trabajo, excursiones o visitas de los internos, salidas de fines de semana, ofrecimiento de servicios a la comunidad u otras actividades. Se busca una «*membrana*» comunidad-centro *permeable*, no una barrera infranqueable.
- Crear alternativas sociales y *centros de transición* a la comunidad que garanticen la *continuidad* y *gradualidad* del proceso de reinserción que pedía Caplan. Se trata de evitar que los «saltos» bruscos, discontinuidades del cambio y las dificultades planteadas por el entorno social inciten al ex afectado a retornar al centro, un fenómeno —conocido como «puerta giratoria» *(revolving door)*— observado en los ex presidiarios que no encuentran trabajo o los ex pacientes mentales rechazados por su familia. O que algunos de los ex internos acaben en situaciones (vagabundeo, delincuencia, explotación, etc.) degradantes o miserables, como sucedió en la desinstitucionalización masiva de pacientes psiquiátricos realizada en EUA. La hospitalización parcial, centros de día, clubes sociales, albergues y residencias comunitarias, pisos asistidos y grupos de ayuda mutua son ejemplos de dispositivos de transición.
- Establecer *métodos* (persona, teléfono o dirección electrónica de contacto) para *mediar* en los *conflictos* que puedan producirse entre los ex afectados y la comunidad, evitando que dificultades menores puedan acumularse o derivar en problemas insalvables para la convivencia de ambas partes.

12. ILUSTRACIONES Y EXPERIENCIAS PREVENTIVAS

Describo ahora brevemente algunos programas de prevención contenidos en los libros de Price y otros (1988) y Sánchez Vidal (1993a) sobre programas realizados, respectivamente, en EUA y España en temas de depresión, drogas, mortalidad y otros problemas infantiles, delincuencia, estrés laboral y viudedad. Estos programas ilustran varios de los procedimientos y enfoques de prevención primaria (así el Programa materno-infantil de Ciutat Vella), secundaria (el proyecto DART y la reducción del estrés laboral de los maestros) y terciaria (De viuda a viuda).

Proyecto DART (*Depression Awareness, Recognition and Treatment*, sensibilización, reconocimiento y tratamiento de la depresión), dirigido por el Instituo Nacional de Salud Mental (NIMH), de prevención secundaria de la depresión. El proyecto (Bales, 1986), comenzado en 1985, intentaba reducir la prevalencia de un problema de salud mental, la depresión, que afecta al 6 por 100 de la población. Se usaría para ello una estrategia de *educación pública* para facilitar el reconocimiento de los síntomas del problema por parte del público y los profesionales, y su correcto tratamiento terapéutico. Se eligió la depresión por ser un problema extendido, bastante bien conocido y para el que se

© Ediciones Pirámide

dispone de tratamientos psicológicos breves y relativamente eficaces como la terapia cognitiva. El proyecto DART se basó en dos amplios estudios epidemiológicos previos (Leo, 1984; Mervis, 1986) realizados por el NIMH que establecieron tanto la extensión y condiciones de tratamiento de los problemas psicológicos como la eficacia terapéutica de dos formas de tratamiento psicológico —la terapia cognitiva de la depresión de Beck y la terapia interpersonal de Klerman y Wiessman—, con lo que se cumplía la condición de que existiera un *tratamiento eficaz* para poder realizar la prevención secundaria.

El proyecto tenía tres *destinatarios* con objetivos específicos para cada uno de ellos: las personas ya *deprimidas,* que deberían ser capaces de reconocer los síntomas y buscar tratamiento; los *médicos,* que deberían reconocer la depresión y o bien discutirla con sus pacientes o bien derivarlos a los especialistas en salud mental, y los *profesionales de salud mental,* que habrían de actualizar sus conocimientos sobre diagnóstico y terapia del problema para poder ofrecer a sus clientes el tratamiento adecuado.

Para alcanzar esos fines se llevaron a cabo varias *actividades* a lo largo del país, cada una con una metodología distinta según el destinatario y objetivo perseguido. La primera consistió en unos *talleres previos* para representantes de grupos ciudadanos y organizaciones profesionales sobre cómo llegar a los grupos diana citados y captar el grado de su conocimiento de la depresión, con lo cual podrían decidir el contenido de los mensajes a enviar a cada grupo y los canales (métodos) para hacerles llegar ese contenido. Segundo, en base a los datos obtenidos en los talleres y estudios epidemiológicos previos se decidió que los *mensajes* para el *público* general giraran en torno a dos temas encadenados: uno, *la depresión es una enfermedad y puede ser tratada*; dos, cómo *reconocer* los *síntomas* de la depresión. El primer mensaje buscaba contrarrestar la percepción, frecuentemente expresada en los talleres, de que la depresión es más un tipo de debilidad o flojera que una verdadera enfermedad. Se vio, también, que las mujeres estaban más familiarizadas con la depresión que los hombres, que a menudo se resistían a reconocerla identificándola con la debilidad o flojera indicada. Estos datos marcarían, naturalmente, estrategias de abordaje informativo diferenciadas para hombres y mujeres.

El segundo mensaje pretendía facilitar el reconocimiento correcto de los síntomas del problema evitando tanto los «falsos negativos» delatados por los prejuicios de los hombres como la posibilidad de «falsos positivos» que toda campaña de difusión de información sobre problemas suele producir. La tercera actividad consistió en *cursos-seminario* de dos días y medio de duración (precedidos por cuidadosas pruebas piloto) dirigidos a los *profesionales* —preparados por expertos y reproducidos en vídeo para ampliar su difusión— sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión. Todo ello se complementó con una cuarta actividad, la difusión de información a través de *anuncios* en los medios de comunicación y de material impreso claro y accesible para ser usado por las personas deprimidas en que se apoyaba el tratamiento terapéutico.

La enseñanza preescolar puede cambiar vidas. En base a investigaciones que mostraban una clara relación de la pobreza y el fracaso escolar con el desempleo y la delincuencia, Weikart y sus colegas (Schweinhart y Weikart, 1988) pensaron que un programa preescolar que implicara activamente a los padres en la mejora de las habilidades intelectuales de los niños los situaría en una posición más aventajada al comenzar sus vidas. En consecuencia, establecieron un programa de dos años en que niños negros de tres y cuatro años procedentes de familias pobres asistían a clases compensatorias centradas en tareas de aprendizaje cuidadosamente preparadas. Además, los profesores visitaban a las familias durante una hora y media semanal para ofrecer a los padres orientación sobre cómo criar y educar a sus hijos.

El programa mostró resultados inmediatos positivos en varias áreas, incluyendo la capacidad intelectual de los niños, superiores a los de un grupo control en el largo plazo. Al final de la adolescencia los niños del programa habían resultado —comparados con los del grupo control— menos proclives a abandonar la escuela y a ser arrestados por la policía, teniendo más probabilidad de mantener un trabajo y continuar su educación hasta la universidad.

© Ediciones Pirámide

Programa materno-infantil de Ciutat Vella. Ciutat Vella es uno de los diez distritos de la ciudad de Barcelona; contaba con una población aproximada de 110.000 habitantes en la época (mediados de los ochenta y comienzos de los noventa) en que se realizó el programa, registraba una gran concentración de niños y mayores y tenía un marcado perfil de problemática social en relación al conjunto de la ciudad en que destacaba una mortalidad infantil que prácticamente duplicaba la media de Barcelona. Sabedor de ello por las detalladas estadísticas epidemiológicas recogidas por los servicios municipales, el Instituto Municipal de la Salud de la ciudad (Díez y Torrentó, 1993) diseñó un programa materno-infantil para reducir la mortalidad infantil y mejorar las condiciones sanitarias del barrio que se llevó a cabo en dos fases, coordinadas desde el centro de servicios sociales del barrio.

La primera fue un proyecto piloto, iniciado en 1985, que perseguía *recoger información* amplia sobre los *factores de riesgo* ligados a la mortalidad perinatal e infantil y facilitar el *acceso a la atención social y sanitaria* de las *mujeres en edad fértil* y de los niños menores de un año. Se componía de tres subprogramas dedicados respectivamente a: promover el uso de los servicios de *planificación familiar* para evitar embarazos no deseados; extender el *control* temprano y regular *del embarazo* informando a través de trípticos distribuidos en centros sociales y sanitarios públicos y privados, y la *atención posnatal*, el componente central del programa, que incluyó tres visitas domiciliarias a cada recién nacido del distrito en un período de un año, lo que permitía seguir su desarrollo y, en caso necesario, derivarlo a alguno de los centros sanitarios o sociales especializados del distrito.

La experiencia, el perfeccionamiento de las técnicas usadas y la mejora de la coordinación entre los servicios participantes en el programa permitieron una reformulación centrando más la actuación, a partir de 1990, en un grupo de *madres y niños con más riesgo*. Además de especificar el destinatario, en esta segunda etapa los *objetivos* se tornaron más comunitarios y positivos, buscando aumentar la proporción de *embarazos planificados* y los nacimientos controlados, *mejorar el entorno del desarrollo* de los niños durante los primeros cuatro años de vida e *implicar a la comunidad* en la atención de los infantes. Para ello se desarrollaron cuatro programas: uno dirigido a los jóvenes para mejorar la planificación familiar; otro, al cuidadoso seguimiento de las mujeres embarazadas; un tercero, a todos los niños recién nacidos del distrito, y el cuarto, a la comunidad a través de jornadas informativas, folletos, contacto con las asociaciones de vecinos, formación de madres y padres y trabajo con guarderías infantiles.

La evaluación continuada de los programas mostró una disminución drástica de la mortalidad infantil entre los años 1986 y 1988, así como un aumento de la planificación y el control de los embarazos. En su vertiente «formativa», permitió también, como se ha indicado, la restricción de la población diana y el perfeccionamiento del programa.

Aprendiendo a decir «no» a las drogas. Sabiendo que los jóvenes comienzan a experimentar con drogas, alcohol y tabaco en los primeros años de la adolescencia y que los intentos de apartarlos de esas sustancias informando sobre los riesgos implicados han tenido escasa eficacia. Botvin y sus colaboradores (Botvin y Tortu, 1988) optaron por *dar clases* a los adolescentes para enseñarles cómo resistir la presión social de sus compañeros favorables a la experimentación o el consumo de drogas.

Para ello desarrollaron un proyecto para estudiantes de los primeros cursos de la enseñanza secundaria en EUA en que se estudiaban las drogas, organizando, como parte de él, un programa de fomento de habilidades para mejorar la competencia personal y social de los chicos y chicas y para resistir la presión grupal y los esfuerzos de persuasión de sus compañeros para consumir drogas. Complementariamente, los jóvenes aprendieron a ser más asertivos y a mantener sus propios derechos y opciones personales sin ser influidos por los otros, a comunicarse con los demás y a enfrentarse al rechazo que podían esperar de aquellos compañeros que consumían drogas.

El programa tuvo efectos alentadores: el consumo de drogas se redujo en un 50 por 100 entre los jóvenes que pasaron por él, habiendo, además, cambiado significativamente sus actitudes y resultando

© Ediciones Pirámide

más capaces de resistir la oferta de drogas que sus compañeros, que no siguieron el programa.

Reduciendo el estrés de los maestros. Masip (1993) ha descrito un programa de prevención secundaria del estrés laboral en profesores de primaria en una escuela pública (que había hecho una demanda en tal sentido) de Barcelona bajo los auspicios del Instituto Municipal de Educación de la ciudad. El programa tenía como *objetivos:* uno, la detección del estrés de los maestros a partir de su propia percepción subjetiva y, dos, que fueran los *propios maestros* quienes, una vez *analizadas* las *causas* del estrés, las *modificaran* a partir de sus propios recursos y habilidades. Como se ve, la acción preventiva tenía aquí una clara *orientación comunitaria.*

Una vez obtenido el visto bueno de la escuela destinataria del programa, se buscó una escuela control lo más similar posible en cuanto a entorno, tipo de alumnos y otros parámetros básicos y se echó a andar el programa en dos fases que se desarrollan a lo largo de tres meses del curso escolar. La primera fase duró tres sesiones dedicadar a *detectar* a través de un grupo nominal (capítulo 6) las *situaciones* productoras de *estrés*. Éstas resultaron ser, de mayor a menor puntuación: relaciones personales entre maestros, prisas y falta de tiempo, condiciones de las clases, organización de la escuela, factores personales de cada maestro y otras. Una vez evaluado el nivel inicial de estrés, la segunda fase, coordinada por la psicóloga, era fomentar la participación de los maestros que participan voluntariamente en las siete sesiones que dura, animando la *búsqueda de soluciones* colectivas y aportando estrategias psicológicas de eficacia probada. Se presentan primero los resultados de los cuestionarios pasados, animando la expresión de situaciones estresantes para los participantes (ligadas a la premura de tiempo) para las que la psicóloga explica técnicas de manejo (por ejemplo la planificación del tiempo), aportándose y ensayándose otras soluciones y recursos relativos a la comunicación y la asertividad personal; se acaba esta fase volviendo a pasar las pruebas de estrés y ansiedad administradas inicialmente.

Los resultados comparativos pre y post de ambas escuelas —experimental y control— muestran una clara disminución de la ansiedad de la escuela experimental frente a un ligero aumento en la escuela control, así como de todos los demás factores estresantes identificados. Otras dimensiones de los cambios parecen más erráticas y difíciles de interpretar.

De viuda a viuda. Conociendo los efectos nefastos de la viudedad (duelo doloroso, sentimiento de que la vida se ha acabado y problemas de salud) y la soledad en que queda la mujer viuda tras el funeral, Silverman (1988) concibió una forma novedosa y participativa de enfrentarse al duro y largo proceso de adaptación subsiguiente. ¿Por qué no implicar en ese proceso a otra viuda, la persona que mejor puede ayudar por haber pasado por el mismo proceso? Puso por tanto en marcha un programa en que mujeres que habían enviudado hacía más de dos años ayudaban a otras viudas recientes. Para eso preparó a las primeras para que tuvieran una mejor comprensión del proceso de pérdida de un ser querido y del duelo acompañante y para mejorar su capacidad de escuchar a otra persona. A partir de ahí, cada una de estas mujeres se puso en contacto con una viuda reciente ofreciendo su ayuda, primero de una en una y, más adelante, en reuniones grupales de discusión y en salidas en grupo.

La evaluación mostró que las viudas que habían seguido el programa se sentían más felices, menos ansiosas, habían hecho más amistades y se implicaban más en distintas actividades que aquellas viudas que luchaban por sí solas. El programa ilustra, también, una concepción comunitaria de la estrategia preventiva.

© Ediciones Pirámide

RESUMEN

1. La prevención, uno de los *objetivos básicos* de la PC, es más una *orientación* general que un método concreto de trabajo. Un objetivo de *difícil* cumplimiento porque presupone actitudes y valores —control, austeridad, previsión y planificación racional de consecuencias— *enfrentados* a poderosos *intereses económicos* gremiales e industriales y a *tendencias* básicas de la cultura actual —hedonismo, consumismo, «inmediatismo» y parcheo en la acción política y social.
2. A diferencia del tratamiento (retroactivo, dirigido a reparar los efectos personales de un problema), la prevención es *proactiva* y se *dirige* a las *personas sanas* y a las *causas de los problemas*. Utiliza conceptos y cálculos *epidemiológicos* procedentes del campo de la salud que describen la *distribución socioambiental* de los problemas y que tienen una utilidad limitada en los problemas psicosociales y de salud mental con un proceso causal distinto. La *incidencia* mide el avance temporal del problema; la *prevalencia*, la totalidad de casos acumulados, y el *riesgo,* la probabilidad de ser afectado.
3. La *prevención primaria*, la verdadera prevención, es proactiva, se dirige al conjunto de la población, sobre todo a los grupos de riesgo —si se pueden identificar— y a los determinantes o factores de riesgo asociados a la condición o problema. Es la forma más importante, también la más dificultosa y cara, de prevención y busca reducir la incidencia de los problemas.
4. La *prevención secundaria* es una forma de tratamiento global; es *simultánea*, se centra en las personas que *están siendo afectadas* y trata de reducir la prevalencia de un problema aportando información sobre sus signos iniciales y tratamiento ágil y accesible para todos los afectados. Es una forma intermedia —en importancia y viabilidad— de prevención que sólo se puede abordar si existe un tratamiento apropiado para el problema.
5. La *prevención terciaria* es *retroactiva*, se dirige a los que fueron afectados y a las *consecuencias* del problema, que se trata de minimizar *restaurando* las capacidades *personales* y facilitando la *reinserción social* de aquéllos para evitar recaídas. Es la forma más desarrollada y factible de prevención. En la práctica son precisas las tres formas de prevención: la primaria para la parte de la población aún sana, la secundaria para la parte actualmente afectada y la terciaria para los que ya han superado el problema.
6. Los *enfoques genéricos* de prevención buscan mejorar las condiciones generales de vida del conjunto de la población, los *enfoques específicos* buscan cambiar procesos o factores específicamente relacionados con el problema a prevenir en grupos concretos de riesgo. Es aconsejable especificar lo más posible tanto los factores como los grupos de riesgo para concentrar los esfuerzos preventivos. Dado que la causalidad psicosocial es mucho más difusa que la sanitaria, la prevención —sobre todo la primaria— es, casi siempre, más genérica.
7. Los programas preventivos tienen cuatro componentes: objetivos perseguidos, destinatario poblacional, contenido o acciones del programa y metodología, la forma de hacer llegar el contenido al destinatario. Los *objetivos* especifican para un tema concreto los fines generales de la prevención primaria, secundaria o terciaria.
8. Hay cuatro métodos para identificar *el destinatario* de un programa preventivo según la información existente sobre el problema a prevenir: *comunitario*, toda la población de un área geográfica (desconocemos los factores o situaciones de riesgo); *evolutivo,* grupos en transición, experimentando cambios de papel y que presentan riesgos homogéneos y previsibles; *epidemiológico*, grupos de riesgo identificados estadísticamente; personas y grupos atravesando *crisis* naturales o causadas por el hombre. El destinatario comunitario se presta al trabajo preventivo global y genérico; los otros tres permiten un trabajo más específico y focal.
9. Se distinguen dos tipos de *métodos* según el contenido, destinatario y grado de conocimiento de los determinantes del problema a prevenir. *Enfoques globales* (medios de masas y programas sociales y comunitarios globales), de gran cobertura poblacional y coste relativo bajo pero de especificidad y efectividad limitadas por usar la *influencia social difusa*. *Enfoques interactivos,* dirigidos a personas y grupos pequeños, de menor cobertura poblacional y mayor coste relativo pero más específicos y duraderos en su efecto al basarse en la interacción personal.
10. Desde el punto de vista *estratégico*, se aconseja concebir el cambio como un proceso gradual en que interesa centrarse en los mecanismos psicosociales que controlan el comportamiento teniendo en cuenta la influencia de los escenarios socioambientales, estableciendo fines realizables y cambios que se puedan integrar en la vida diaria y combinando varios métodos con efectos convergentes. Conviene también usar las redes sociales, aportar alternativas atractivas y contar con el sujeto fortaleciendo, no limitando, su capacidad de decisión. Es aconsejable adoptar un enfoque *comunitario* de participación e implicación de los sujetos que apuntale estratégicamente la eficacia y el mantenimiento de los efectos del programa y permita superar las objeciones éticas hechas a las acciones preventivas masivas.
11. El *contenido* de la *prevención primaria* es muy amplio, coincide con el del desarrollo humano, incluyendo todas las *acciones* que *mejoren* la *vida de la gente*: educación, trabajo, alimentación, atención sanitaria y social, fortalecimiento de la familia y redes de apoyo, empoderar a los marginados, reducir la discriminación, facilitar el acceso a la vivienda, rentas mínimas vitales y otras.
12. El *contenido* de la prevención secundaria es dual: *detección precoz* (información sobre signos y síntomas tempranos y sobre recursos de ayuda y forma de obtenerla) y cribados masivos; facilitar el *tratamiento* ágil a todos los afectados combatiendo los prejuicios y la estigmatización asociada a ciertos problemas sociales, incitando a los afectados a buscar ayuda y haciendo esa ayuda accesible geográfica, económica y socialmente.
13. La *prevención terciaria* es un proceso que debe comenzar con el inicio del problema, manteniendo el contacto de los centros de tratamiento con la comunidad, evitando la segregación y garantizando la continuidad del tratamiento y la graduación del retorno a la comunidad que minimice el riesgo de recaídas. Su *contenido* tiene dos partes: *rehabilitación* de las *personas*, restaurando su identidad y capacidad física, psicológica, sociofamiliar y laboral; *reintegración social* a través de la educación y sensibilización comunitaria, las instituciones de transición institución-comunidad, el contacto progresivo con la comunidad y el seguimiento del proceso y la mediación en los conflictos que se puedan producir.

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Obstáculos culturales y económicos a la prevención
- Epidemiología
- Incidencia, prevalencia y riesgo
- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria
- Destinatario de un programa preventivo
- Enfoques globales de prevención
- Enfoques interactivos
- Principios estratégicos de cambio
- Contenido de la prevención primaria
- Contenido de la prevención secundaria
- Contenido de la prevención terciaria

LECTURAS RECOMENDADAS

Bloom, B. L. (1984). *Community mental health: A general introduction* (2.ª edic.). Monterey: Brooks/Cole.

Incluye una presentación clara y sintética de la epidemiología y prevención en salud mental.

Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P. y Ramos-Mckay, J. (eds.) (1988). *14 ounces of prevention*. Washington: American Psychological Association.

Describe catorce programas preventivos seleccionados realizados en Estados Unidos, en distintas áreas y grupos de edad.

Sánchez Vidal, A. (comp.) (1993). *Programas de Prevención e intervención comunitaria.* Barcelona: PPU.

Describe once programas de prevención e intervención de orientación comunitaria en áreas de salud, escuela y servicios sociales realizados en nuestro país.

© Ediciones Pirámide

Ayuda mutua 13

1. UN FENÓMENO DE NUESTROS DÍAS

En la ayuda muta, personas que piensan que tienen un problema o interés común se reúnen para alcanzar sus objetivos de cambio social o mejora personal por sí mismos, sin ayuda profesional. Se forman así grupos de ideologías, objetivos y dinámicas sumamente heterogéneas pero con un denominador común: se basan en relaciones de reciprocidad entre personas iguales que autogestionan el proceso de cambio y, por tanto, se «autoayudan». De forma que lemas como «la fuerza está en nosotros» o «ayudándose a sí mismo al ayudar a otros» (Katz y Bender, 1976; Hurley, 1988) resumen certeramente el sentido de la ayuda mutua como una forma de ayuda microsocial basada en mecanismos de solidaridad y, más específicamente, de intercambios recíprocos e igualitarios de apoyo y ayuda simbólica o material. Originado en EUA en el período de entreguerras del pasado siglo, la ayuda mutua irradió a muchos otros países hasta adquirir una extensión inimaginable y convirtirse en un *fenómeno* de masas que hoy en día moviliza a millones de personas atraídas en todo el mundo por una forma más democrática y horizontal de resolver sus problemas, mejorar sus vidas o conseguir cambios sociales en asociación con sus pares.

En la medida en que (cuadro 13.1) es una visión positiva, de recursos y autogestionada de la ayuda psicológica y social, la ayuda mutua es un *enfoque comunitario*, más comunitario de hecho —aunque no necesariamente más eficaz— que las estrategias de cambio organizado con participación profesional —la intervención comunitaria— descritas en capítulos precedentes. Dado que la psicología ha construido, como otras profesiones, sus conocimientos y sistemas de ayuda sobre relaciones profesionales jerarquizadas, la ayuda mutua brinda una oportunidad única de estudiar los intercambios igualitarios y las *relaciones de reciprocidad*, así como los mecanismos subyacentes a unos y otras y el potencial de cambio que, frente a los sistemas profesionales planificados, encierran. En lo *teórico*, la ayuda mutua (y su complemento la autoayuda) está pues directamente ligada al *apoyo social* y, en la *práctica*, al trabajo con *redes sociales* y, en sentido más amplio, al concepto de «capital social», hoy de moda.

Desde el punto de vista *social*, el fenómeno puede ser interpretado como una reacción a la desintegración social y deshumanización de la vida actual. El tono cooperativo, solidario y comunal que por lo común adquieren los grupos de ayuda mutua GAM) deja poco lugar para la duda: los GAM parecen canalizar *anhelos* populares de *comunidad* (capítulo 3) que la sociedad industrial moderna y posmoderna y sus instituciones no sólo no son capaces de remediar, sino que, por sus exageradas exigencias económico-técnicas, contribuyen a crear. Esa lectura permite entender, también, otras consecuencias menos positivas del fenómeno: si la bús-

© Ediciones Pirámide

CUADRO 13.1

Carácter y causas de la ayuda mutua

Tipo de ayuda	Autogestionada De recursos Entre iguales
Causas	Deseo de afiliación/relación social Desintegración social y debilitamiento de vínculos comunitarios Insuficiencias (y éxitos) de las ciencias y técnicas modernas y de la ayuda profesional

queda de relación humana y pertenencia es el afán central de los GAM, no puede extrañarnos que su *eficacia* para resolver muchos problemas psicológicos sea puesta en *duda*. Ni de que se acuse a esos grupos de haber *fragmentado el cambio social* en múltiples células descoordinadas que, en vez de canalizar los deseos y energías masivas de cambio hacia objetivos amplios, las dilapidan en minúsculos espacios con pretensiones divergentes que resultan, a la postre, socialmente inocuos.

Examinamos a continuación algunos aspectos básicos (orígenes y causas, concepto y componentes, mecanismos y tipos) de la ayuda mutua y los GAM, reservando los apartados finales del capítulo para el papel potencial de los profesionales y la valoración del fenómeno. Conviene clarificar antes la relación entre los dos términos —ayuda mutua y autoayuda— que se usan indistintamente para nombrarlo y que, aunque se toman por sinónimos, designan, en realidad, aspectos complementarios e interconectados del fenómeno. El término «autoayuda», de uso popular, refleja la autogestión y autonomía del grupo respecto a los profesionales y agencias sociales; «ayuda mutua» —una denominación más «explicativa» de los expertos— indica el mecanismo básico de funcionamiento de los grupos, la reciprocidad o mutualidad, cuyos efectos psicológicos y sociales potenciales exceden, como veremos, la autoayuda de sus miembros en algún problema compartido. Conviene apuntar, además, que la autoayuda incluye, en su versión anglosajona extendida entre nosotros, también modalidades *individuales* de ayudarse a uno mismo, como la lectura de libros, ver cintas de vídeo y otras actividades que no sólo no son sociales sino que, más importante, *excluyen* los mecanismos de influencia *recíproca* que son el corazón definitorio y operativo de la ayuda mutua. Ya se ve que las redes semánticas de los dos términos —ayuda mutua y autoayuda— coinciden sólo en parte.

2. ORIGEN Y CAUSAS

Los GAM nacen en EUA en los años treinta del pasado siglo como reacción a la dramática estela de problemas sociales y psicológicos que en ese país deja la depresión de 1929. Algunas personas deciden reunirse para mantenerse sobrias fundando Alcohólicos Anónimos, otras se independizan de un profesional que en un hospital psiquiátrico ha establecido un grupo de pacientes mentales recuperados. Aventado por la tendencia a asociarse característica del país y las bondades que promete, el movimiento de autoayuda va calando en el tejido social, aunque haya que esperar hasta los años setenta para que los profesionales le presten atención relacionándolo con las ideas, entonces emergentes, del apoyo social que lo fundamentan teóricamente. A caballo de la influencia cultural estadounidense, la debilidad de las alternativas socializantes que acompaña la caída de los regímenes socialistas y otras tendencias, los grupos de autoayuda en asuntos de drogas, violencia familiar, soledad, enfermedades, relación social u otras muchas preocupaciones e intereses psicosociales se extienden como una mancha de aceite por todo el mundo. Las cifras mencionadas son mareantes y, también, harto discutibles, ya que los criterios para contar varían según se incluyan o no cierto tipo de organizaciones no gubernamentales (ONG) o caritativas, grupos del llamado tercer sector (voluntario o social, junto a lo público y la empresa privada, los otros dos sectores), u otras agrupaciones o asociaciones. Así, en EUA a mediados de los ochenta se contaban según las estimaciones (Sánchez Vidal, 1991a, capítulo 13) entre seis y 23 millones los miembros del medio millón de grupos operativos. Las estimaciones del porcentaje de personas empleadas por este tercer sector (más amplio que la mera ayuda mutua) recogidas por Rifkin (2004) oscilan entre un 5 y un 12 por 100 del total de trabajadores en los países europeos y norteamericanos.

© Ediciones Pirámide

¿Cómo se explica la increíble expansión del fenómeno de la ayuda mutua o, como se dice últimamente, del tercer sector (que, como se ha dicho, no acaban de coincidir)? Uniendo a los análisis hechos en la literatura especializada (Jacobs y Goodman, 1989; Levine y Perkins, 1987; Schure y otros, 1982) la observación sociohistórica, surgen algunas hipótesis que, además de descubrir las raíces del movimiento de ayuda mutua, iluminan su significado sociocultural en la doble vertiente psicológica (como autoayuda popular) y de *cambio social* «miniaturizado» y *difuso*. En efecto, tanto el momento (tras la gran depresión de 1929) como el lugar (EUA, un país virtualmente carente de sistemas públicos de protección social) del nacimiento y el vertiginoso crecimiento de los GAM indican el papel —de sustituto de un inexistente Estado del bienestar— del movimiento en una sociedad que, al fiarlo todo a la iniciativa individual y la empresa privada, carece del colchón humanitario amortiguador del sufrimiento psicológico y la tensión social que siempre supone el Estado del bienestar. Como en otros casos y momentos históricos, la gente parece seguir la regla elemental del «sálvese quien pueda»: si «el sistema» ha fallado (lo privado se hunde y lo público y social o no existe o, si existe, no funciona), que cada cual se «busque la vida» y resuelva sus problemas por su cuenta. Procesos y factores determinantes del surgimiento y desarrollo de la ayuda mutua —con un gran paralelismo, como se ve, con el movimiento comunitario— serían la sociabilidad, la desintegración social y las insuficiencias (y también los éxitos) de las formas de ayuda profesional. Veámoslos.

La *sociabilidad*: el deseo de la estar con otros es una tendencia básica y universal de los humanos que en este caso está unida a otros fines (la *ayuda psicológica* autogestionada y la búsqueda de *cambios* y mejoras *sociales*) que añaden dirección utilitaria y propósito a los contactos y reuniones periódicas que así surgen.

La *desintegración social* resultante de la industrialización económica y la modernización sociocultural (capítulo 1) expresada en el *debilitamiento* de los *vínculos comunitarios* y de los *grupos primarios* (familia, comunidad, amistad, etc.) —que eran los proveedores primordiales de vinculación y cohesión—, el aumento de la *movilidad* geográfica y laboral (el «trabajo» importa más que la vida personal o familiar o las relaciones con otros) y el *declive* de las *redes* tradicionales de relación y mutualidad (gremios, agrupaciones deportivas, benéficas y de «socorros mutuos», peñas y clubes sociales y culturales, etc.). La desintegración social no sólo acrecienta la sensación de soledad de muchas personas sino que, además, suprime, debilita o vacía de valor y función social espacios sociales «naturales» que, como los mencionados, satisfacían los deseos profundos de asociación humana y de ayuda personal en situaciones de dificultad. Dos son las eventuales respuestas sociales a esa situación: la profesional, la ayuda especializada y pagada (que no acaba de saciar los deseos de socialidad, aunque sí los de ayuda), y la ayuda mutua (que satisfaría los deseos de asociación aunque no tanto los de ayuda efectiva). En ausencia de esas respuestas se producirían las patologías sociales tan pujantes en nuestro mundo «desarrollado». Es lógico que, partiendo de esa situación de desintegración, los GAM hayan florecido en sociedades en que, como EUA, prima la asociación civil y la iniciativa privada sobre las soluciones públicas o institucionales, o en momentos en que —como a partir de los años ochenta del siglo pasado— el liberalismo eleva esa iniciativa y el desmonte del Estado del bienestar (en aquellos países en que existe) a dogmas de validez universal.

© Ediciones Pirámide

Las *insuficiencias* y fallos de los *sistemas profesionales* e institucionalizados de *ayuda* que, una de dos, o se muestran relativamente impotentes ante las patologías de la modernidad (drogas, soledad, maltrato y desintegración familiar, fracaso escolar...) o no alcanzan a grupos sociales marginados, marginales o desenganchados de los sistemas formales de ayuda. También, y paradójicamente, el *éxito* de las ciencias y técnicas modernas —como la medicina para preservar la vida— contribuye a la pujanza de los GAM al acabar «produciendo» un sinfín de «sobrevivientes» vulnerables a la soledad o con problemas crónicos que no tienen remedio sanitario efectivo. Pueden mencionarse también en este apartado causal otros «efectos secundarios» de la modernidad y posmodernidad, como el aislamiento social asociado a las «nuevas tecnologías de la información» —que no niegan sus efectos positivos en otros aspectos.

3. SIGNIFICADOS Y PERSPECTIVAS DE LA AYUDA MUTUA

La flexibilidad conceptual del término «ayuda mutua», el espíritu autogestionario y no profesional de la empresa y la consecuente heterogeneidad filosófica y metodológica de los GAM hacen que, por un lado, el fenómeno haya sido poco estudiado y que se preste, por otro, a variadas lecturas e interpretaciones. La revisión de más de 200 documentos sobre el tema permitió a Killilea (1976) catalogar esas lecturas (o «categorías de interpretación») de los GAM en nueve apartados —reducidos aquí a tres— que, además de dar una visión panorámica del fenómeno de la ayuda mutua, ordenan sus diversas dimensiones facilitando su clasificación (que se aborda más adelante) en función de la visión —político-social, espiritual, ayuda psicológica— dominante. El cuadro 13.2 resume los apartados generales y visiones básicas desde los que podemos contemplar y entender los GAM: sociopolítica, sociocultural y prestación de servicios.

Significado sociopolítico: solidaridad, movimiento político y religión secular. La perspectiva más global y social de los GAM, relacionada con las pretensiones de cambio político y social de cierto tipo de grupos, los movimientos sociales, a los que serán lógicamente más aplicables estas categorías interpretativas. Desde esta perspectiva los GAM serían expresión de la *solidaridad* y cooperación que no pocos (Kropotkin, 1914) consideran críticas para la supervivencia humana, ya que, como sistemas de *apoyo* de base solidaria, mejoran la competencia adaptativa a través de mecanismos que se describen más adelante. Los GAM pueden también ser vistos

CUADRO 13.2

Perspectivas y significados de la ayuda mutua

Perspectiva	Concepto
Sociopolítica	Forma de solidaridad y cooperación Movimiento social (busca cambio global) Religión secular
Sociocultural	Comunidad integral voluntaria Comunidad temporal para transitar a la sociedad Método de resocialización basado en el control social del grupo
Prestación servicios	Sistema alternativo, participativo, no profesional, de servicios Terapia social (basada en relaciones y efectos sociales)

© Ediciones Pirámide

como *movimientos políticos* que poseen una ideología cohesionadota y que persiguen cambios sociales, basados en la redistribución del poder conseguida a través de la organización social. O, finalmente, los GAM serían *religiones seculares:* movimientos espirituales que, valiéndose de unas ideas o «fe» compartida (la divinidad, la sobriedad, los «doce pasos», etc.; véase Gartner y Riesman, 1980) por el grupo, buscan la regeneración de sus miembros sumidos en condiciones «pecaminosas» o socialmente rechazadas (el juego, el alcohol, etc.).

Perspectiva sociocultural: comprende los aspectos de los GAM relacionados con la socialización privilegiando las dimensiones comunitarias y comprendiendo las comunidades integrales e intermedias —o de transición— y la visión de agencias de control social. Las *comunidades «intencionales»* (Synanon, El Patriarca, las sectas, etc.) comportan una forma de vida integral, diferente de la mayoritaria en la sociedad y elegida voluntariamente por sus miembros que genéricamente definiría a estos GAM como «subculturas» diferenciadas. Como *comunidades temporales*, los GAM servirían para facilitar la *transición* entre dos sistemas sociales (el hospital psiquiátrico o la cárcel y la comunidad; la segregación del adicto y la sociedad normalizada) apoyando y suplementando, a modo de «muletas», las capacidades de las personas o colectivos más débiles o vulnerables. En ambas instancias los grupos aportan apoyo a colectivos minoritarios o en situaciones especiales. Los GAM pueden ser también concebidos como *agencias de control social* que usan el liderazgo y la presión grupal y el deseo de conformidad de sus miembros para contrarrestar la estigmatización social que aquéllos padecen fuera del grupo y para promover su resocialización efectiva. Las normas y reglas —la cultura, en fin— del grupo opuestas al hábito a erradicar (alcoholismo, drogas, juego, etc.) conforman los criterios de admisión, funcionamiento y mantenimiento en el grupo: una comunidad terapéutica, Alcohólicos Anónimos u otros.

Prestación de servicios y ayuda terapéutica. Como ya ha quedado claro, desde este punto de vista los GAM constituyen un sistema de prestación de servicios no profesional, más congruente con las demandas del cliente o consumidor y más democrático, integral y participativo que los sistemas formales de ayuda, cuyas insuficiencias temáticas o sociales (asuntos excluidos o grupos sociales marginales no servidos) cubre. Como forma de *ayuda terapéutica*, la ayuda mutua es una buena encarnación práctica y popular de la *terapia del medio* o social que, en virtud de sus aportes relacionales y de apoyo social, parece relativamente eficaz con ciertos problemas psicosociales —como las drogas— difíciles de subsanar por medios estrictamente técnicos. También constituye un vehículo de ayuda a personas que padecen problemas vitales generales (deficiencias físicas, obesidad, efectos de accidentes de tráfico u otros, cirugía, etc.) o que atraviesan transiciones vitales o situaciones críticas (separaciones, jubilación, pérdida de trabajo, etc.) en que deben aprender nuevas funciones o papeles sociales.

Una vez revisado el panorama general de significados o funciones, la heterogeneidad de la ayuda mutua, debemos afrontar aquellos aspectos nucleares que centran y definen el fenómeno confiriéndole coherencia unitaria.

4. DEFINICIÓN Y ESTRUCTURA

Ya se han avanzado en la introducción varias nociones básicas sobre la ayuda mutua; amplío ahora esas nociones con una definición más completa y precisa y describiendo los componentes básicos de los GAM que ya podemos intuir en la panorámica anterior. Según Katz y Bender (1976), los grupos de autoayuda: (1) son *estructuras grupales voluntarias y pequeñas de ayuda mutua para alcanzar un objetivo específico*; están generalmente formadas por iguales *(peers)* que se han reunido para la asistencia mutua con el *fin* (2) de satisfacer una necesidad común, superar un obstáculo o problema compartido que perturba seriamente su vida o conseguir cambios sociales o personales deseados. (3) Los promotores y miembros de estos grupos piensan que sus necesidades no son, o *no* pueden ser, *satisfechas* a través de las *instituciones*

© Ediciones Pirámide

CUADRO 13.3

Definición de los grupos de ayuda mutua

Grupos voluntarios y pequeños de iguales para:

- Alcanzar objetivos específicos
- Satisfacer necesidades (o superar dificultades) compartidas
- Conseguir cambios personales o sociales deseados

Piensan que las instituciones no pueden satisfacer sus necesidades

Subrayan { interacción cara a cara / responsabilidad personal de miembros

Aportan { asistencia material / apoyo emocional

Defienden una causa, promueven una ideología y unos valores que fortalecen la identidad social de sus miembros

sociales existentes. Los grupos de autoayuda subrayan las *interacciones cara a cara* y la asunción de *responsabilidad* por parte de sus *miembros*, proporcionando con frecuencia asistencia material y *apoyo* emocional, estando a menudo orientados hacia una «causa» y promoviendo una *ideología* o unos *valores* por medio de los cuales sus miembros pueden alcanzar un sentido de *identidad* social más profundo.

Estas líneas resumen con simplicidad y eficacia el concepto e ingredientes esenciales de los GAM (subrayados y extractados en el cuadro 13.3) amplificados, de todos modos, a continuación. La primera parte define los GAM y su estructura (qué y cómo son); la segunda aclara sus fines más comunes (qué persiguen los GAM y sus miembros), y la tercera destaca algunas de sus características adicionales: su función social de complemento institucional, la autorresponsabilidad de sus miembros, la centralidad del apoyo material y emocional y de su finalidad sociocultural («causa», ideología y valores) y, finalmente, su aportación al fortalecimiento de la identidad social de sus miembros.

5. LOS INGREDIENTES ESENCIALES

La lectura de algunos análisis relevantes (Killilea, 1976; Caplan, 1976; Levine, 1988; también, Sauber, 1983; y Jacobs y Goodman, 1989) permite identificar seis ingredientes centrales del concepto y forma de funcionar de los GAM que aparecen extractados en el cuadro 13.4 y son explicados a continuación.

Reciprocidad-mutualidad. El mecanismo básico, definitorio y distintivo de la ayuda mutua: permite distinguirla de otras modalidades de ayuda casi siempre remuneradas y cimentadas sobre relaciones profesionales y jerárquicas. Riessman (1965) ha propuesto un principio, el *helper therapy principle* (que podría traducirse por el «principio de que ayudar es terapéutico»), como explicación de cómo y por qué funcionan los grupos de ayuda mutua. Se trata de un principio paradójico que acaba definiendo una concepción revolucionaria de la ayuda psicológica y de las relaciones sociales que le sirve de soporte. Lo terapéutico para una persona *no* es recibir ayuda de otros (profesionales o legos) en forma de caridad o pagando, sino darla, ayudar a otros: *lo que ayuda es ayudar*; la *mejor forma de ayudarse a sí mismo es*, por tanto y paradójicamente, *ayudar a los demás.* El principio podría ser también aplicado a otras actividades: así, en la enseñanza, la mejor forma de aprender no sería escuchando las explicaciones de un profesor, leyendo un escrito o viendo un vídeo o Internet, sino, paradójicamente, teniendo que enseñar a otros aquello que queremos aprender. Pero, demos un paso más: no es sólo que uno se ayude a sí mismo ayudando a los demás, sino que, además, para ser ayudado hay que *estar dispuesto a dar* eso *mismo* que uno espera recibir (orientación, comprensión, afecto, información, etc.) a los otros. Estamos definiendo las condiciones del tipo de relaciones interpersonales igualitarias y recíprocas entre personas mutuamente interdependientes que tejen la ayuda mutua. A saber:

© Ediciones Pirámide

- Los *intercambios* se basan en la *mutualidad* e *interdependencia* —no en la caridad o la relación profesional remunerada— en que todos dependen de todos.
- Son *igualitarios* en dos sentidos: uno, se dan *entre* partes *iguales* en cuanto a su posición social, no entre una subordinada (ayudado) a otra en posición de autoridad (ayudador); dos, *se intercambia lo mismo* (información, apoyo, consejo...), algo que no sucede en la relación profesional, en la que uno aporta una cosa (apoyo, consejo, interpretación) pero recibe otra a cambio (dinero), mientras que la otra parte (el cliente) aporta información, motivación y dinero para recibir ayuda. Dar lo mismo que se recibe permite establecer *papeles intercambiables*, aunque temporalmente diferenciados (un miembro de un grupo puede apoyar a otro en un momento A y ser a su vez apoyado por aquél —o por otro miembro del grupo— en un momento B).
- Para *recibir* hay que *estar dispuesto a dar* y, viceversa, al dar algo a otro/a se puede esperar recibirlo de él o ella. La expectativa de recibir algo está sostenida por la disposición a darlo o devolverlo; la expectativa de unos y la obligación o disposición de otros son, pues, interdependientes y permiten estructurar un espacio *socialmente estable* y éticamente *equitativo*.
- El que más se beneficia de estos intercambios recíprocos no es aquel que desee recibir más, sino el que *esté más dispuesto a dar* y a corresponder a lo que otros dan.

Para que estas condiciones y principios ideales puedan hacerse efectivos —o al menos aproximarse— en la realidad debemos crear un tipo de espacios o situaciones sociales que faciliten, fomenten y *hagan* socialmente *deseable* —y a veces fuercen— los intercambios igualitarios y recíprocos y el intercambio sistemático de papeles, de forma que los que en un momento son donantes en otro sean receptores o si ahora ayudan o apoyan luego serán ayudados o apoyados. Los GAM serían, obviamente, los *espacios sociales* construidos con tales objetivos y características de funcionamiento.

© Ediciones Pirámide

Experiencia común: todos los miembros del grupo han afrontado la misma dificultad o tenido el mismo problema X en un momento determinado de sus vidas: alcoholismo, ludopatía, enfermedad crónica, homosexualidad, rechazo social, hijos con taras físicas, etc. Esa experiencia compartida define la naturaleza temática del grupo y se constituye en criterio específico de entrada: para ser parte del grupo hay que haber pasado por la experiencia X respecto de la cual el grupo es, por tanto, homogéneo, aunque sus miembros difieran en muchas otras características físicas, psicológicas o sociales. La experiencia común tiene varias consecuencias destacables tanto en la dinámica establecida en el GAM como en sus consecuencias potenciales.

- Permite el *intercambio de papeles* entre receptor y prestador de la ayuda que, como se ha señalado, es la condición para que funcione el «principio terapéutico de ayudar» y la reciprocidad generalizada que acaba produciendo la mutualidad.
- A diferencia de la ayuda profesional, la ayuda mutua se basa en la *autoridad «experiencial»* de iguales que conocen el problema por haberlo vivido y las soluciones y sus dificultades por haber pasado por ellas. La psicoterapia y otros servicios profesionales, en cambio, operan en base a una autoridad científico-técnica (capítulo 7) derivada de los conocimientos adquiridos sobre el tema objeto de intervención, de haber padecido el correspondiente problema. De ello se deduce, también, que mientras que en la ayuda mutua se espera una implicación —y relación— *personal*, en los servicios profesionales no se espera (capítulo 9) tal implicación personal, sino una relación *profesional*.
- Los GAM permiten (Cressey, 1965) la *asociación diferencial* de personas con un pasado antisocial, asociándolos a otras personas que, habiéndolo superado (o comprometiéndose a superarlo), están en contra de esas conductas antisociales (digamos, la delincuencia juvenil) y en un grupo que, como veremos, condiciona la entrada y permanencia en él y el manteni-

miento de la relación con otros miembros a la renuncia al comportamiento socialmente condenable.
- Como «universo» social particular, el grupo aporta un contexto social que permite la «normalización o *validación social* de aquellos que, padeciendo un problema o condición social por el que son rechazados y estigmatizados por la sociedad general, son, en cambio, reconocidos como personas y aceptados como miembros de una comunidad social, en la medida en que se comprometen a superar el problema o condición degradante. Al unirse a otros que padecen el problema o condición, el individuo se da cuenta de que no es único, distinto o especial (en el sentido peyorativo casi siempre), sino que hay muchos otros como él o ella, reconociendo así la «universalidad» social del problema, pues el problema no es, en este entorno social, excepción sino *norma;* es, aquí, un problema «normal».
- El individuo con problemas tiene la seguridad de poder contar con un *entorno* social *acogedor* en que será aceptado aunque haya transgredido normas o costumbres sociales relevantes que le harían censurable o rechazable en otros contextos sociales. El GAM funciona así como una familia extensa que proporciona apoyo emocional (ya veremos que la familia es, en efecto, un sistema social modelo para los GAM). Pero estos aportes de afecto y validación social no son gratuitos, tienen un precio: el compromiso de cambio y la genuina implicación en el grupo.

Compromiso de cambio e implicación grupal. Las personas que quieran pertenecer al grupo han de estar dispuestas a *implicarse* como uno más en las tareas del grupo y comprometerse a cambiar su comportamiento (beber, aislarse, dañar a otros o a sí mismo, violar la ley, etc.) y a servir de *modelo de rol* para los otros. Y es que compromiso de cambio, implicación grupal y disposición a ser modelo para otros son tres elementos que parecen maximizar las condiciones de éxito de los grupos basados en la reciprocidad.

CUADRO 13.4

Componentes básicos de la ayuda mutua

Reciprocidad-mutualidad: intercambios
- entre iguales
- de lo mismo (emoción, apoyo, información...)
- interdependientes: expectativa de recibir ⇆ obligación de dar/devolver

Experiencia común miembros ⟶ criterio de pertenencia grupal
- permite intercambiar papeles
- da autoridad basada en la experiencia
- permite «asociación diferencial» positiva con otros afectados
- aporta validación social
- aceptación del grupo condicionada a ↓

Compromiso personal de *cambio*

Autogestión grupal y personal ⟶ permite atribuciones internas y aumento de la «autoeficacia» y empoderamiento

Control social del grupo: facilita cambio personal

Acción básica ⟶ produce «validación competencial»
Junto a información, apoyo y compromiso de cambio, optimiza cambios positivos

© Ediciones Pirámide

Autogestión grupal. El grupo se gobierna a sí mismo, siendo autónomo respecto de los profesionales y sistemas formales de ayuda con los que, en todo caso, colaborará. De la condición autogestionada deriva el nombre de «autoayuda» que la gente da a los frutos terapéuticos de los GAM. El autogobierno se traduce en dos reglas de funcionamiento: la *autorresponsabilidad* de sus miembros por las consecuencias buenas o malas que se deriven de su participación en el grupo (que no se pueden achacar a una persona o institución externa) y la *autogestión*, el programa y la política del grupo son decididos por sus miembros y no por personas o agencias ajenas a él. Y, en consecuencia, si el grupo se autogestiona, sus miembros se *atribuirán a sí mismos* —no a una persona o agencia externa— los logros obtenidos; harán, en términos técnicos, atribuciones internas de causalidad, lo cual fortalecerá a su propio *empoderamiento* («validación competencial» si se quiere), frente al fortalecimiento del profesional o agencia externos que se da cuando éstos son los responsables del proceso.

El control social del grupo facilita —y fuerza— el cambio de actitudes y comportamiento de sus miembros a través de su conformidad tanto con las normas *internas* del grupo (por ejemplo, confesar las propias faltas o errores, no interrumpir a otro mientras habla) como, más importante, con las normas *sociales* que el grupo adopta como propias (no beber o consumir drogas, respetar a los demás, etc.) actuando, así, como *agente* delegado *de control social* y como *referente normativo* positivo para sus miembros. Presión grupal, liderazgo carismático y conformidad individual a las normas y conducta del grupo son, pues, tres mecanismos centrales del control social ejercido por el grupo. Un control, hay que notar, que alcanza legitimidad en la medida en que las personas deciden voluntariamente incorporarse al grupo y adherirse a su ideología, valores y formas de funcionamiento (o bien objetar a ellos e intentar cambiarlos conjuntamente o impulsar nuevos grupos más acordes con las ideas y normas propias).

La importancia de la acción y de sus resultados. No basta que los miembros del grupo compartan sus ideales y asistan a las reuniones; han de estar dispuestos a hacer lo necesario para, en base al compromiso personal de cambio, alcanzar los objetivos compartidos con otros miembros del grupo. Es la acción y sus resultados positivos en relación a los objetivos perseguidos lo que finalmente permitirá la *validación competencial* de los miembros del grupo, su empoderamiento real, en términos comunitarios, ya que la experiencia de lograr cambios deseados permite verificar que es posible hacer realidad los ideales y valores (sobriedad, integración social, etc.) del grupo y que, además, eso lo puede hacer *uno mismo* en cooperación con otros iguales («*yo* puedo permanecer sobrio, con ayuda de mis compañeros»). La acción comprometida es la cuarta pata o ingrediente del cambio personal compartido en los GAM. La *información* y la *orientación* conductual, por un lado, el *apoyo social,* por otro, y el compromiso personal de cambio serían los otros tres ingredientes que facilitan el cambio y la consecución los mejores resultados en los grupos basados en la mutualidad.

6. MECANISMOS FUNCIONALES: LA FAMILIA COMO MODELO DE APOYO

La analogía de los GAM con una familia extensa, ya insinuada más arriba, es tentadora para observadores y practicantes: se trataría de analizar esos grupos y su funcionamiento a la luz de las funciones que cumple la familia. Los GAM serían así vistos como una especie de *familia extensa artificial* que sustituye o complementa a la natural cuando ésta no existe o no cumple adecuadamente sus funciones de aportar los suministros precisos para el desarrollo humano de sus miembros. De forma que el estudio de los mecanismos y funciones que realiza una familia «sana» y efectiva nos daría las cla-

© Ediciones Pirámide

ves para entender mejor los GAM. Es lo que ha hecho Caplan (1976), que, considerando a la familia como un sistema *modelo* de *apoyo social*, ha identificado nueve funciones o mecanismos básicos que he extractado aquí en cinco. El cuadro 13.5 resume esas funciones familiares junto a las de los propios GAM, que son examinadas en el próximo apartado. Identifiquemos y describamos primero los aportes funcionales de la familia natural: información objetiva y evaluación personal, socialización, ayuda en la solución de problemas, validación de la identidad social y ayuda afectiva.

Información mundana y evaluación personal. La familia recoge y aporta información sobre la vida y el mundo en dos direcciones: los padres transmiten a los hijos lo que han aprendido en la vida para que ésos no tengan que obtener esa información por sí solos, y los hijos «ponen al día» a los padres, explicándoles lo que sucede en el mundo y la calle actualmente, algo necesario en épocas de cambio acelerado. Pero la tarea socializadora de la familia es más amplia; los padres no sólo transmiten información sino, también, otros aportes esenciales desde el punto de vista práctico: *orientación* y retroalimentación *valorativa* sobre la persona y su comportamiento. Sólo una parte de esa tarea es explícita, siendo su mayoría implícita, y adopta frecuentemente la forma de comentarios sobre lo sucedido en el día en la escuela, el trabajo o la propia familia valorando el comportamiento de los hijos o sus reacciones ante ciertas situaciones: han obrado bien, mal, habría otra forma mejor —según la cultura y valores familiares, naturalmente— de hacer las cosas en la situación X, etc.

Socialización como proceso de incorporación de los individuos a la sociedad. La familia tiene ahí una doble función: *transmite cultura y valores* sociales y sirve como grupo de referencia y control social. La primera vertiente de la función socializadora de la familia ha sido ya ilustrada en el punto anterior respecto de la información y orientación valorativa verbal. Basta que aquí la ampliemos para que incluya la *ideología* y cultura en general, que se transmiten explícitamente (educación), y también implícitamente, a través de la *identificación* con, e *imitación* de, *modelos* tanto de *papeles* asumidos por los padres y otros miembros de la familia como de las *relaciones* que se mantienen en el seno de la familia y con otras personas ajenas al círculo familiar. La transmisión cultural y su eficacia socializadora son potenciadas por la concordancia de la cultura familiar con la de la sociedad, por las expectativas de conformidad hacia esa cultura del individuo y por la solidez del encargo socializador que la sociedad hace a la familia. De ahí que una familia fuerte e integrada (interna y socialmente) tenga mayor capacidad para afrontar problemas (globalmente y ayudando a alguno de sus miembros) que una familia débil, desdibujada —en la asignación de roles, por ejemplo— o poco integrada. Como *grupo de control y referencia* social, la familia moldea el crecimiento y comportamiento de sus miembros *juzgando* —en base a los valores y códigos sociales nucleares al componente socializador anterior— como buena o mala su conducta y distribuyendo, otra vez según esos valores, los correspondientes *premios y castigos*. El hecho de que por un lado las personas sean especialmente sensibles al juicio de los más allegados sabiendo, además, que pueden confiar plenamente en ellos sin el temor de ser rechazados aunque hayan obrado incorrectamente confiere una especial fuerza socializadora a estos procesos.

Ayuda psicológica para resolver problemas y ayuda material. La ayuda psicológica se presta tanto en situaciones agudas de crisis como en etapas más duraderas de dificultad, como las transiciones vitales y cambios de papel social (infancia, entrada en la guardería y escuela, búsqueda de trabajo, establecimiento de relaciones de pareja, etc.), o frente a demandas o exigencias de cambio psicológico del mundo externo. La familia actúa en estos casos como mediador social, orientador o consejero que facilita la solución de los problemas afrontados por sus miembros. Es también una fuente de ayuda material y servicios prácticos —como el cuidado de niños o mayores, los regalos y ayudas monetarias en momentos señalados del año— particularmente

© Ediciones Pirámide

apreciados en épocas de dificultad económica, laboral o vital o cuando los miembros de la familia se sienten más vulnerables o desorientados.

Validación de la identidad psicosocial. La familia es fuente primordial de identidad, que contribuye a crear, sostener y validar con acciones como afirmar y aclarar la imagen de sí mismo y apoyar la autoconfianza y continuidad de la identidad, algo particularmente útil y necesario en épocas de transición, inseguridad o crisis. La familia contribuye a esos procesos de tres formas (que corresponden a los tres componentes esenciales de la afirmación o *validación* de la identidad psicosocial: *social*, *competencial* y *afectiva*).

- *Transmitiendo* y facilitando la *asunción* de *papeles (role taking),* que, además de formar la parte social de la identidad personal, ayuda —por medio de la imitación de los modelos familiares— a afrontar dificultades y problemas vitales.
- Recordando y *apoyando* la *identidad,* así como las capacidades personales y realizaciones pasadas (quién es uno, qué sabe hacer y qué ha hecho en el pasado).
- Mostrando *amor* y afecto, siempre fundamentales para sostener psicológicamente a la persona.

Ayuda afectiva tanto para apoyar el dominio y control emocional en situaciones de crisis o dificultad como sirviendo de «santuario» protector en momentos difíciles. La ayuda en situaciones de *crisis* y dificultad adquiere la forma de solidaridad, apoyo y afecto en momentos de transición vital (paternidad, jubilación...) o el apoyo para elaborar el duelo, la preocupación o el sentimiento de impotencia causados por pérdidas personales, amorosas o sociales. La familia proporciona también seguridad afectiva, funcionando como *refugio protector* en que, en épocas de estrés y dificultad, la persona puede reposar y recuperarse de las asperezas de la vida y ser «ella misma» descansando de las máscaras y obligaciones sociales y siendo entendida —y reconocida— como personas y por sus propias necesidades, no como un papel social deshumanizado.

Merece la pena hacer un par de anotaciones y una reflexión final. Una: estas aportaciones de la familia tienen un equivalente en las distintas formas (informativa, evaluativo-normativa, material, afectiva, resolución de problemas, etc.) de apoyo social. La validación de la identidad es la excepción, no correspondiendo a ninguno de los componentes del apoyo social, lo que indica que la familia es algo más —bastante más— que un mero sistema de provisión de apoyo social, y recordando, de paso, los *límites* de los *conceptos y escuelas psicológicas* al uso —la conductista y la psicoanalítica en este caso—, para entender integralmente sistemas y procesos sociales o psicosociales de una mínima complejidad. Dos, como ya sucedía en caso del modelo de suministros (del que está descripción podría ser parte) explicado en el capítulo 4, las funciones o aportaciones enumeradas corresponden a una familia «*sana*» o *funcional*, esto es, intacta, estable e integrada y con una capacidad de comunicación verbal y afectiva correcta. Las deficiencias en algunas de esas cualidades funcionales de una familia (discrepancia con el entorno social, disgregación de sus miembros, mal clima afectivo, etc.) pueden ocasionar la ausencia o insuficiencia de alguna o varias de las aportaciones señaladas o su potencial negativo, en vez de positivo, para el desarrollo de sus miembros.

Reflexión final: el hecho de que la familia sea tomada como modelo a imitar o suplir es un indicador fidedigno del fracaso sociocultural de la *modernización* —al menos, tal y como se ha desarrollado— dando la *medida* de la desarticulación de grupos «primarios», como la familia y la comunidad, y de la *necesidad* de que las funciones humanas, sociales y culturales que esos grupos «naturales» cumplían sean cubiertas —de manera harto insatisfactoria casi siempre— por grupos artificiales ad hoc como los GAM. O, si se quiere, la necesidad de esta *sustitución institucional* y sus manifiestas imperfecciones en comparación con sus contrapartes naturales marcan implacablemente los *límites* de una modernización de raíz técnica y económica y el *precio humano y social* que por ella estamos pagando las sociedades «avanzadas».

© Ediciones Pirámide

CUADRO 13.5

Aportes funcionales de la familia y los grupos de ayuda mutua (Caplan, 1976; Levine y Perkins, 1987; Hurley, 1988)

Familia	Grupos de ayuda mutua
Información del mundo exterior Valoración de la persona	
Socialización Transmisión cultural e ideológica (implícita y explícita)	Ideología grupal: «antídoto cognitivo»
Control/referencia social (distribuye recompensas)	Control grupal de la desviación
Ayuda psicológica y material para resolver problemas	Estrategias para afrontar problemas
Validación de la identidad social Asunción de modelos de rol Desarrollo de propia identidad Aporte de amor, afecto y apoyo	Pertenencia y sentimiento de comunidad (normalización social) Modelos de rol ayudador
Ayuda afectiva (refugio) ante crisis y dificultades	Solidaridad afectiva Catarsis, confesión, crítica de iguales
	Red de relaciones sociales potenciales

7. MECANISMOS Y FUNCIONES BÁSICAS DE LOS GAM

La lista de aportes o funciones de la familia es un buen punto de partida para examinar los mecanismos funcionales característicos de los GAM, sobre los que hay un consenso razonable en la literatura, siempre que tengamos en cuenta, además de las semejanzas funcionales de ambos grupos, sus diferencias: la familia es una comunidad heterogénea «natural», en tanto que un GAM es un grupo artificial y homogéneo constituido con un propósito concreto. Diferencias y semejanzas pueden apreciarse en el cuadro 13.5, que recoge en columnas separadas las funciones y mecanismos básicos de uno y otro grupo emparejando a un lado y otro de la divisoria central aquellas que se corresponden y dejando descuadradas, sin correspondencia, aquellas que son idiosincrásicas en cada grupo. A partir de Levine y Perkins (1987) y Hurley (1988), identificamos y describimos en los GAM seis tipos de aportes que, como mecanismos funcionales básicos de esos grupos similares a los de la familia, pueden explicar su éxito popular y los beneficios que reportan a sus miembros.

Pertenencia y sentimiento de comunidad alcanzado por las personas que, teniendo una experiencia compartida, son aceptadas como iguales por el grupo paliando los sentimientos iniciales de alienación y marginación social que experimentan. Ello produce un saludable efecto de «normalización» y *validación social* de esos miembros manifiestamente paralelo al observado en la familia.

Ideología. El conjunto de creencias —o fe— propio de cada GAM, que sirve de «antídoto cognitivo» ante la desesperanza y desorientación arrastrados por muchas personas aportándoles un significado vital del que con frecuencia carecen. También permite, en calidad de *ideario* definitorio de cada grupo, que cada miembro se *identifique* con el grupo y, a través de él, con el resto de sus miembros. Las ideas y valores compartidos funcionan, pues, como cemento cohesionador: no importa tanto su contenido específico como la existencia misma de ese «credo» y el grado en que, en la medida en que aporta creencias y valores apropiados para los miembros del GAM, todos ellos se identifiquen con él. Así, el ideario de Alcohólicos Anónimos (los famosos «doce pasos») reconoce la impotencia del individuo para dominar su conducta (beber) y su consecuente sumisión a un poder divino externo. En *Recovery Inc.*, por el contrario, la creencia central es que el ex paciente tiene poder de voluntad para controlar por sí mismo su problema psicológico. Se trata, como se ve, de creencias antagónicas pero con una eficacia potencial similar en la medida en que responden a capacidades personales y situaciones dispares (incapacidad probada para controlar la bebida en el primer caso, capacidad potencial no asumida de hacerse cargo de una vertiente significativa de sus problemas mentales, en el segundo).

Catarsis y crítica social. El ambiente «controlado» y protector del GAM facilita la confesión de faltas y debilidades y el desahogo emocional, todo lo cual libera tensiones y sentimientos de culpabilidad a la vez que crea un interesante sentimiento de *solidaridad afectiva* entre personas que han pasado por experiencias similares (abusar de la bebida, recaer en un comportamiento condenable, etc.). Es así frecuente que los miembros de los GAM se identifiquen —además de con la ideología grupal— con las «historias de vida» de otros miembros en las que ven reflejada su propia trayectoria vital. La conocida «confesión» inicial de grupos como Alcohólicos Anónimos («me llamo X o P y soy alcohólico») es un ejemplo de catarsis que, al realizarse públicamente, funciona también como método ritual que, a la vez que «humilla» suficientemente a quien la hace, lo expone a la crítica de los pares. El grupo ejerce así el *control social* del tipo concreto de comportamiento socialmente «desviado» (bebida, pederastia, delincuencia, etc.) que el grupo busca erradicar. A ese control se une la *confrontación* abierta con el resto del grupo en casos de denegación flagrante del problema o incoherencia entre lo que se dice («me mantengo sobrio») y lo que se hace (seguir bebiendo «a escondidas») por parte de algunos miembros, si bien el rechazo del *comportamiento* (drogarse, beber, robar) va convenientemente acompañado de la *aceptación* de la persona (que no pocas veces es condicionada a la confesión personal y a la crítica social indicadas).

Modelos de papeles sociales de ayudador (que apoya, informa, aconseja, etc.) y de ayudado, que según el principio terapéutico de la ayuda son intercambiables y reversibles. Usualmente los recién llegados al grupo son ayudados por los más veteranos, que les sirven de modelo («si él ha podido hacerlo, yo también puedo»); más adelante, con el tiempo, aquellos pasan a ayudar a los nuevos miembros que se van incorporando al grupo.

Aprendizaje de estrategias para *afrontar problemas*, que se descubren, comparten —y ponen a prueba cuando es factible— en las sesiones y discusiones del grupo. Puesto que casi siempre hay alguien que puede aportar una solución a problemas o situaciones que en un momento dado preocupan a otros miembros, las reuniones se suelen convertir en un foro activo y democrático de solución grupal de problemas, sirviendo, además, como eficaz antídoto contra el sentimiento de impotencia que a menudo arrastran los «novatos» en el grupo.

Red de relaciones sociales. Los GAM constituyen, también, una ocasión relajada para establecer contactos y «engancharse» a redes sociales (proyectos comunes, actividades informales fuera del grupo, posibles amistades, etc.) de especial utilidad para todos aquellos que se sienten solos o están en momentos o situaciones de aislamiento social.

Aunque la investigación es aún escasa, los datos (así, Knight y otros, 1980) parecen confirmar la corrección de este análisis funcional de los GAM, señalando primariamente el componente social de

© Ediciones Pirámide

© Ediciones Pirámide

apoyo y aceptación y, secundariamente, la ayuda en la compresión y solución de los problemas y en el crecimiento personal. Parece, pues, que la hipótesis del apoyo social como eje vertebral de la ayuda mutua tiene visos de validez empírica.

8. CLASIFICANDO LOS GAM: TIPOS

Ya se ha señalado que la expresión «ayuda mutua» se aplica a una enorme variedad de grupos que tratan de casi cualquier problema vital o condición social imaginable: alcoholismo y drogas materiales, relacionales o sociales, enfermedades de la sangre, amputados quirúrgicos, anorexia u obesidad, trastorno mental, deformidades físicas, fundamentalismo religioso, mujeres maltratadas, viudedad, padres solos, etc. Es lógico que se haya intentado ordenar y clasificar a esos grupos por medio de criterios como su orientación general o social, las funciones que desempeñan, los tipos de problemas atendidos o el grado de implicación de los profesionales. Dado que con frecuencia las tipologías resultantes duplican la información ya aportada sobre funciones y visiones de los GAMs (pues en cada tipo de grupo predomina una función o visión determinada), enumero aquí brevemente tres clasificaciones ilustrativas que aparecen comparadas en el cuadro 13.6 (en que los grupos similares están emparejados transversalmente, quedando desparejados aquellos que no encuentran correspondencia en las otras clasificaciones).

La tipología más general es la de Lieberman (1986), que distingue cuatro variantes de GAM (el primero de los cuales no pertenece en realidad a la categoría de ayuda mutua tal y como la hemos definido): grupos terapéuticos conducidos por profesionales, que siguen el modelo médico; movimientos de *autoayuda*, auténticos movimientos (micro)sociales formados por personas que comparten un problema (Alcohólicos Anónimos o Synanon); grupos de *potencial humano* (grupos de encuentro, de cultivo de la sensibilidad, etc.), que buscan el crecimiento humano; grupos de *concienciación* en relación a asuntos (comportamiento sexual, raza, género, etc.) por los que los miembros sufren discriminación o maltrato social.

CUADRO 13.6

Tres tipologías de los GAM (Lieberman, 1975; Levy, 1973; Levine y Perkins, 1987) ordenadas según funciones

Lieberman	Levy	Levine y Perkins
(Terapéuticos y llevados por profesionales)*	Disminución del estrés y malestar	Comparten condición o identidad «no normal» Problemas que aíslan socialmente Familiares de afectados por problema
Movimientos sociales de autoayuda	De supervivencia	Comparten ideología
De concienciación social	Reorganización y autocontrol	Preservan intereses sociales
De potencial humano	Crecimiento y mejora personal	

* No son verdaderos grupos de ayuda mutua, al estar llevados por profesionales.

© Ediciones Pirámide

Levy (1973) propone cuatro tipos de grupos según que el fin perseguido sea: la «reorganización» personal y el autocontrol de personas que al divergir de la norma social han de cambiar su comportamiento (abuso de drogas, alcoholismo); la *reducción* del sufrimiento o *estrés* derivado de problemas o situaciones (como el trastorno mental o ser padre o madre solo) con ayuda del apoyo y la reciprocidad de otros; la *supervivencia* de una forma de vida, cultura o colectivo socialmente amenazados, y el crecimiento y la mejora personal.

Finalmente Levine y Perkins (1987) ofrecen una clasificación mixta, más descriptiva, con cinco tipos de grupos: de personas que sufren alguna condición o estado físico (enanismo, obesidad, parálisis cerebral...) o social (jugadores, homosexuales, ex presidiarios, alcohólicos, etc.) que los descalifica socialmente como «no normales»; de *familiares de afectados* por esas condiciones o estados (hijos de alcohólicos, padres de retrasados mentales, etc.); de personas que padecen problemas que los aíslan socialmente (viudas, padres solos, ciegos, etc.); ligados a una ideología o característica social (cooperativas, organizaciones fraternales, étnicas o feministas, etc.); y cuasipolíticos, que defienden unos intereses dados («amigos» de un barrio, grupos de desarrollo comunitario o de interés ciudadano).

Varias coincidencias (a veces enmascaradas tras nombres o puntos de vista clasificatorios diferentes) emergen de estas enumeraciones (y otras no reproducidas aquí) y pueden ser observadas en el cuadro 13.6. Así, se detecta la existencia de tres tipos de grupos, que resumen los fines básicos de la ayuda mutua y están de una u otra forma presentes en prácticamente todas las tipologías: aquellos que fomentan el *crecimiento humano*, los que buscan el *cambio personal,* sea para *adecuarse a la norma social,* sea para *paliar* el *sufrimiento personal,* y los que persiguen el *cambio social.*

9. PROCESO

Combinando las descripciones de Levine y Perkins (1987) y Killilea (1976) sobre el punto de partida y la secuencia típica de incorporación de las personas a los GAMs, tendríamos un esbozo inicial (de nuevo falta información suficiente) del proceso social que lleva a constituir estos grupos tanto desde el punto de vista de las condiciones sociales y personales que lo generan como desde los pasos operativos para engrosar un grupo (cuadro 13.7).

El *punto de partida* del proceso es la existencia de personas que luchan contra un problema o circunstancia (por ejemplo el abuso del alcohol) que se aparta de un ideal social normativo, como consecuencia de lo cual se han ido *automarginando* progresivamente y se sienten aislados, diferentes e impotentes, sin poder para enfrentarse eficazmente al problema. Dado que, en la parte social, las *instituciones* y los servicios de ayuda han resultado *incapaces de atender adecuadamente* a esas personas y resolver sus problemas (o así lo *perciben* ellas), los afectados buscan *ayuda externa* alternativa a la institucional. ¿Cómo suele concretarse esto operativamente? Siguiendo, típicamente, tres pasos: primero se encuentran o entran en contacto dos o más *personas* que tienen el mismo problema (una de ellas suele ser ya miembro de un GAM), lo que genera una *identificación* entre ellas *a través del problema que comparten*; viene después el contacto con el *grupo* de ayuda y la *aceptación*, inicialmente *pasiva*, de su programa o ideología para, en una última fase, producirse la *identificación* efectiva del individuo *con el programa* del grupo que va acompañada de la *participación activa* en él. Los mecanismos que llevarían según estas dinámicas a la constitución de los GAM serían: la conciencia del problema y la identificación interpersonal mediada por esa conciencia, el fracaso institucional, la apertura inicial pasiva (y expectante) al grupo de ayuda (y su ideología) como alternativa y, en su caso, la plena aceptación del grupo y participación en él (en el supuesto de que se confirmen las expectativas de ayuda o de otro tipo que movían la búsqueda inicial de las personas interesadas).

10. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

Las descripciones de las visiones, aportes, tipos y modo de formación y funcionamiento de los GAM

© Ediciones Pirámide

CUADRO 13.7

Dinámica y proceso personal de la ayuda mutua (Levine y Perkins, 1987; Killilea, 1976)

1. Estado inicial: persona que lucha con problema o situación que se apartan de la norma social
2. Automarginación: persona se siente marginada, diferente
3. Instituciones/servicios no responde adecuadamente a esas necesidades
4. Las personas *buscan ayuda alternativa*:
   - Contacto con otra persona que comparte problema
   - Contacto con grupo ayuda y aceptación pasiva de su programa o ideología
   - Identificación con programa y participación activa

hechas a lo largo del capítulo han dejado ya al descubierto las razones por las que los analistas piensan que funcionan esos grupos. Sólo falta recordarlas ordenadamente aquí traduciéndolas, si acaso, al lenguaje más sistemático de la teoría, pero asignándoles el rango de hipótesis, más que teorías acabadas, por el estado aún inicial en que se encuentra el estudio del fenómeno de la mutualidad. Cinco conceptos o principios explicativos (extractados en el cuadro 13.8) de la ayuda mutua emergen a partir de los escritos de Caplan (1976), Killilea (1976), Gottlieb (1983) y Levine y Perkins (1987). Mientras que apoyo social y reciprocidad generalizada (mutualidad) parecen las dos hipótesis principales —según criterios analíticos y empíricos—, atribución social, equidad y congruencia adaptativa serían hipótesis secundarias y complementarias.

Apoyo social, que ya ha sido señalado en los análisis precedentes como uno de los dos ejes teóricos —junto a la mutualidad— de la ayuda mutua. El funcionamiento y efectos de los GAM se explican porque aportan apoyo informativo, evaluativo, emocional, conductual y material a personas que,

CUADRO 13.8

Hipótesis explicativas de la ayuda mutua (Caplan, 1976; Killilea, 1976; Gottlieb, 1983; Levine y Perkins, 1987)

Hipótesis	Descripción
Apoyo social	Amortigua efectos del estrés y mejora la capacidad de afrontarlo
Helper therapy principle	Ayudarse ayudando: lo que ayuda a una persona es ayudar a otros, sentirse útil y ser reconocido por ello
Atribución social	Se hacen atribuciones internas del trabajo y los resultados que aumentan sentimiento de poder y eficacia personal
Equidad	Relaciones simétricas/igualitarias facilitan entrada y permanencia en grupos de ayuda mutua al poder devolver lo que reciben
Congruencia adaptativa	Espacios sociales estructurados para optimizar congruencia necesidades personales/recursos de ayuda externos

© Ediciones Pirámide

pensando que no pueden superar sus dificultades o alcanzar objetivos de cambio por sí solas, necesitan un soporte externo. El apoyo social del grupo ayudaría, según Caplan, a esas personas a alcanzar la maestría y control de su conducta y emociones, aportando información y orientación sobre el entorno y validación social personal. El apoyo social tiene, además, y según la hipótesis general clásica, un efecto preventivo o protector de atenuación o «amortiguación» del estrés.

Helper therapy principle. El significado del efecto paradójico de ayudar a otros y sus implicaciones terapéuticas y sociales han sido ya convenientemente explicados. Si se da por válido el principio de que lo verdaderamente terapéutico no es recibir ayuda y apoyo sino *darlos* a otros, los GAM son concebidos como espacios sociales organizados para que se produzcan intercambios recíprocos generalizados que producen extendidos beneficios psicológicos (autoayuda). ¿Por qué ayudar a otros es beneficioso para el ayudador, además de para el ayudado? Killilea (1976) ha ofrecido varias explicaciones en forma de efectos potencialmente benéficos que ayudar a otros tendría sobre el ayudador: aumentar su *competencia*, al mostrar que puede mejorar la vida de otras personas; producir un *sentimiento de igualdad* entre el ayudador y otras personas (la hipótesis de la equidad que se describe luego separadamente) que ayuda a la «normalizacion social» del primero; *aprendizaje «experiencial»* de quien ayuda, que es distinto y tiene otro tipo de valor que el saber adquirido en los libros; *aprobación social* de los ayudados y, habría que añadir, el sentimiento de ser socialmente valioso, de ser *útil* a los demás como persona, no como papel social.

Atribución interna de resultados. Gottlieb (1983) ha usado la teoría de la atribución social para explicar el funcionamiento de las relaciones de ayuda simétricas, como las que se dan en los GAM, frente a las asimétricas o profesionales. La teoría de la atribución trata de explicar el comportamiento de la gente a partir del tipo de atribuciones que como sujetos hacemos sobre las causas de acontecimientos sociales y vitales significativos. El sujeto puede hacer atribuciones causales externas (las causas de los sucesos son ajenas a él, quedan fuera de su alcance y no es responsable de ellas) o internas (el sujeto es parte de las causas, es responsable y puede controlar el fenómeno y sus consecuencias). El interés y valor de los intercambios simétricos e igualitarios característicos de los GAM se deben a una doble combinación. Por un lado sus miembros hacen *atribuciones externas* sobre las *causas de los problemas* (esas causas están en el entorno social, no en la persona), lo que no elimina la búsqueda de ayuda, que, al contrario, es apoyada como normal, sin tomar esa demanda de ayuda como evidencia de desviación social o inadecuación personal (el argumento es correcto sólo en parte: hay grupos que hacen atribuciones internas sobre las causas de los problemas de sus miembros). Por otro lado, se hacen *atribuciones internas* sobre *las soluciones* adoptadas y los *resultados* del proceso. Ésta es la atribución decisiva para el *empoderamiento* y crecimiento personal de los participantes en los GAM: dado que son ellos mismos quienes han actuado y alcanzado esos resultados, es su propio poder y estima personal los que aumentan, no los del profesional externo.

Equidad relacional. Según esta teoría psicosocial, mientras que las personas tienden a entrar, y a permanecer, en relaciones en que pueden devolver lo que reciben, tienden a retirarse de relaciones basadas en intercambios desiguales o asimétricos en que uno recibe más —o menos— de lo que da. Como consecuencia, los pacientes tenderían a abandonar una relación terapéutica (diádica y asimétrica) en que se sentirían «en deuda» por recibir más de lo que pueden devolver. El secreto de los grupos y redes de apoyo y autoayuda, su *durabilidad*, estabilidad y potencial benéfico para sus participantes residirían, precisamente, en el carácter *simétrico e igualitario* de los intercambios que permiten a aquellos devolver lo que se recibe. Se trata, como se ve, de una interesante reformulación de la mutualidad y reciprocidad, digna por tanto de ser tenida en cuenta —e investigada— en la ayuda muta.

Congruencia adaptativa. Desde el punto de vista ecológico, los GAM suponen un mejor «ajuste»

© Ediciones Pirámide

o correspondencia entre las demandas de muchas personas y las ofertas sociales. La congruencia global persona-entorno mejoraría así al: *aumentar* los *recursos* («nichos») adaptativos *disponibles y aceptables* para las personas demandantes; *ampliar* el repertorio conductual eficaz de los sujetos en base a lo que aprenden en los grupos, y mejorar, además, la congruencia o *ajuste* entre las dos partes —persona y entorno— como resultado de la mejor correspondencia entre oferta y demanda, entre necesidades de las personas y respuestas del entorno social.

11. EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN LA AYUDA MUTUA

Si la ayuda muta es autónoma respecto de los profesionales, éstos no deberían tener, en principio, un papel significativo en los GAM. La realidad es, sin embargo, más matizada, ya que los profesionales atienden a, o están en contacto con, un gran número de personas que son candidatos potenciales a la ayuda mutua, lo cual llevó en el pasado a algunos profesionales a impulsar la formación de algunos GAM y lleva hoy a muchos otros a derivar a los grupos a no pocos de sus clientes. Si, además, ayuda mutua y ayuda profesional son las dos grandes modalidades o sistemas de ayuda, es conveniente, casi necesario, que establezcan puentes y formas de colaboración que optimicen su utilidad social, que es, al final, lo que importa. Así, los GAM pueden atender muchos problemas y situaciones psicosociales en los que la técnica profesional tiene poco o nada que aportar. Y, viceversa, los profesionales de la psicología (o la medicina, el trabajo social o la enfermería, por citar algunos) poseen una serie de técnicas y conocimientos que pueden ser de gran utilidad para mejorar el funcionamiento y la eficacia de los GAM.

Así pues, desde esa perspectiva de *colaboración* y *respeto mutuo* de ambos sistemas de ayuda —profesional y mutua—, cabe proponer algunas tareas y papeles para los profesionales en el campo de la ayuda mutua. Los profesionales deben, en ese sentido, *evitar* cualquier intento de *tutelar* —o interferir con— el funcionamiento de un sistema, el de ayuda mutua, cuyo valor y fuerza residen, precisamente, en la reciprocidad y camaradería de los iguales y en su autonomía de cualquier otra agencia o sistema social. La postura correcta de los profesionales ha de ser, pues, colaborar con, y ayudar a, los *GAM sin intentar controlarlos* evitando, en fin, esa tendencia tan arraigada entre nosotros a definir los problemas de tal forma que requieran la acción profesional (*sólo* profesional, casi siempre), lo que (Sarason, 1974) garantiza que *no* habrá *solución definitiva* para muchos de ellos que demandan acciones psicológicas o sociales más amplias. Cinco son las funciones que, según Gartner y Riessman (1980), los profesionales pueden tener, y han tenido, en relación a los GAM (cuadro 13.9).

CUADRO 13.9

Papeles de los profesionales en la ayuda mutua (Gartner y Riessman, 1980)

- Apoyo en la creación y desarrollo de grupos de ayuda mutua
- Derivar clientes e informarles sobre grupos existentes
- Consulta y educación sobre temas y habilidades específicas
- Fortalecer redes de apoyo social: familias, agentes locales, etc.
- Investigación de grupos, mecanismos básicos y resultados

Creación y desarrollo de grupos. Los profesionales de salud o servicios sociales pueden ayudar a crear GAM si detectan que sus clientes tienen problemas no cubiertos por los sistemas de ayuda existentes o si ven la necesidad o el deseo recurrente de asociarse para conseguir algún objetivo común. ¿Cómo pueden ayudar en esa dirección? De varias formas: localizando grupos en estado de necesidad o riesgo; sugiriendo lugares y formas de comenzar las reuniones y ofreciéndose para conducirlas al principio; apoyando a los que coordinan o impulsan las reuniones (cuando el grupo ya funciona) y tratando de que tengan continuidad; o intentando formar una «cadena humana» (o el «boca a boca») de sujetos (A-B-C, etc.) como forma relativamente efectiva de comenzar un grupo.

© Ediciones Pirámide

Derivación, aportando *información* sobre los GAM, manera de contactar con ellos, filosofía, condiciones de admisión, etc. La recomendación de los GAM es una posibilidad aún poco utilizada por los profesionales, probablemente por la mezcla de desconfianza y falta de información que todavía caracteriza los sentimientos de aquéllos hacia esos grupos. Así, en el estudio de Knight y otros (1980) la gran mayoría de los miembros de GAM eran reclutados a través de los medios de comunicación o de «cadenas humanas», no de los profesionales, que podrían, en todo caso y además, contribuir a la expansión de esos grupos elaborando guías, catálogos o directorios, dando charlas o conferencias sobre los grupos o insertando información en boletines y revistas profesionales o comunitarios en que participen.

Consulta y educación: la función más frecuente y relevante de los profesionales en esta área. Se asume, obviamente, que la iniciativa de la consulta es del grupo. Éste suele pedir información y asistencia sobre aspectos como: determinados problemas psicológicos o métodos terapéuticos para abordarlos; organización de talleres de entrenamiento de líderes o de desarrollo organizativo; temas organizativos como financiación, subvenciones o preparación del personal; planes para desarrollar un grupo o un conjunto de grupos asociados, etc.

Fortalecimiento de redes de apoyo social formales o informales, como terreno fronterizo —a veces indistinguible— de la ayuda mutua. Estrategias como el trabajo terapéutico con redes familiares *(family network therapy),* el apoyo de las redes comunitarias en un área determinada o la organización de espacios comunitarios artificiales —clubes sociales o pisos asistidos para ex pacientes mentales o drogadictos, hogares autogestionados, etc.— ilustran el trabajo con redes *formales*. Las redes *informales* de apoyo pueden estar formadas por vecinos, familiares, agentes de salud o ayudadores «naturales», compañeros de trabajo u otros. Y pueden implicar tareas para los profesionales como: identificar y reclutar ayudadores locales (a través de anuncios de prensa, folletos, voluntariado de agencias o de calle, etc.), poner en contacto a los ayudadores que ya operan en un territorio, mejorar sus conocimientos o habilidades técnicas o apoyar las redes locales existentes facilitando el contacto e interrelación mutuos.

Investigación, fundamental en el campo de la ayuda mutua, en el que hay un verdadero «agujero negro» en el área de conocimientos que se ha ido reseñando a lo largo del capítulo. Parece que al limitado interés de los psicólogos y otros investigadores por una forma de trabajo de la que no son parte directa o protagonista se une la *resistencia* de los propios grupos al escrutinio y la evaluación externa. Hay muchos aspectos prospectivos de interés, porque partimos casi de cero; se pueden, no obstante, destacar el estudio de la efectividad real de los GAM y los factores estructurales y dinámicos que influyen en ella; los dinamismos de funcionamiento, formas de organización y el liderazgo y proceso de desarrollo grupal y de producción de cambios en los miembros.

11.1. La organización y el proceso técnico del apoyo profesional

Los profesionales que deseen trabajar con GAM han de tener en cuenta, según Gartner y Riessman (1980), a quienes sigo en este punto, sus diferencias básicas respecto de los grupos terapéuticos, con los que no deben ser confundidos. La tarea organizativa debe así basarse en dos principios elementales que ningún organizador —profesional o no— debe ignorar: primero, el grupo va a ser *autónomo* del organizador, no dependiente de él; segundo, en lo esencial, el grupo debe basar su funcionamiento en el *saber experiencial* de sus miembros, no en el conocimiento científico-técnico del organizador. Tampoco deben descuidarse otros dos aspectos. Uno, desarrollar liderazgo en el grupo desde un buen principio. Dos, el tiempo y el ritmo: obtener la confianza de la gente y lograr que el grupo alcance un ritmo estable de funcionamiento lleva

© Ediciones Pirámide

tiempo; no conviene, por tanto, forzar la cadencia natural del grupo aunque el organizador la considere lenta (cuadro 13.10).

En consecuencia, el organizador tendrá una serie de funciones que, de acuerdo con los principios mencionados, irán cambiando con el tiempo, tendiendo a reducirse, de forma que el papel se acaba «eclipsando», perdiendo protagonismo e iniciativa gradualmente a favor del grupo. El proceso de «eclipse» profesional pasaría por tres momentos o etapas (véase el cuadro 13.10):

Constitución del grupo. El organizador tiene en esta fase la función de *catalizador* del proceso asumiendo tareas como: identificar miembros potenciales, encontrar el tiempo y lugar apropiados para las reuniones, presentar el concepto de ayuda mutua y conducir las sesiones iniciales ayudando a que los miembros se conozcan.

Consolidación. A medida que el grupo va cuajando, el organizador le cede iniciativa y protagonismo, pasando a un segundo plano y funcionando, más bien, como *asistente técnico* que: identifica líderes grupales y apoya su papel; observa el proceso grupal y, si se lo piden, lo comenta; apoya ciertos aspectos de la construcción del grupo y ofrece, si es preguntado, sugerencias sobre asuntos como participación, comunicación, cohesión y atmósfera grupal, establecimiento de objetivos o evaluación grupal.

Apoyo puntual del proceso. Una vez consolidado el grupo, el organizador —que no tiene necesariamente los mismos intereses que el grupo— se limita a apoyar el proceso ejerciendo, a demanda del grupo y como un miembro-recurso suyo, tres tareas ya definidas: observar el proceso, comentarlo y apoyarlo. El organizador no tiene por qué estar presente en las reuniones del grupo (en todas las reuniones) aunque si esté a su disposición para cuando se solicite su colaboración o ayuda. Pueden también corresponderle en esta fase otras tareas esporádicas, como obtener fondos o hacer contactos con otros grupos o instituciones.

El *liderazgo* es un aspecto tan importante como variable en los GAM cuyo carácter agudiza una *paradoja* inherente a ese fenómeno: en la medida en que esos grupos han de tener un funcionamiento autónomo, necesitan un liderazgo *fuerte* que los «proteja» de injerencias y dependencias externas; al mismo tiempo, un liderazgo fuerte puede —suele— *debilitar*, si no imposibilitar, la verdadera *autogestión* y funcionamiento democrático del grupo. Ése es el riesgo de los grupos con líderes *carismáticos* e indiscutidos. Hay otros dos sistemas de liderazgo frecuentes en los GAM: el democrático —elegido por sus miembros— y el rotatorio. El en el caso del liderazgo *democrático* —con frecuencia también *plural*, o sea, compartido por varias personas—, es, como se ha señalado, necesario que el organizador identifique desde el principio personas interesadas y dinámicas que puedan hacerse cargo de distintos aspectos del grupo: administrativos, psicológicos, facilitar la participación, llevar las tareas logísticas, estimular la acción, etc. El liderazgo *rotatorio*, o por turnos, tiene —como se puede observar en las «comunidades de vecinos»— la ventaja de recordar la responsabilidad social a todos permitiendo participar activamente a aquellos que de otra forma no lo harían. Presenta, a la vez, las desventajas ligadas a la falta de motivación y de capacidades (todos han de dirigir, tengan o no cualidades) de muchas personas que, por otros sistemas, nunca asumirían papeles directores.

CUADRO 13.10

Principios y proceso de formación de un GAM desde la organización externa (Gartner y Riessman, 1980)

Principios y proceso	Descripción
Principios	El grupo va a ser *autónomo* del organizador Va a funcionar en base a su propio *conocimiento experiencial* Conviene *impulsar* el *liderazgo* desde el principio *Respetar* los tiempos y el *ritmo* del grupo
Proceso (y papel del organizador)	1. *Constituir* el grupo (organizador ayuda/cataliza) 2. *Consolidarlo* (liderazgo, retroalimentación y consejo, apoyo) 3. *Apoyar* el proceso cuando es solicitado (observando, comentando y apoyando, como consultor-recurso especializado)

© Ediciones Pirámide

12. VALORACIÓN CRÍTICA

La ayuda mutua es una forma innovadora y autogestionada de atención psicosocial, basada en relaciones de mutualidad y apoyo distintas de las que cimientan la ayuda profesional. Se trata de una alternativa más democrática, participativa e igualitaria que la profesional, respecto de la cual resulta, además, y según el tipo de asuntos atendidos y formas de funcionar, complementaria, por lo que ambos sistemas pueden —deben— colaborar en beneficio de los atendidos. Siendo la ayuda mutua un fenómeno «joven» y apenas estudiado, las adhesiones y valoraciones altamente favorables que suele recibir de sus incondicionales deben sin embargo hacernos sospechar que se está «hinchando el perro» o presentando como panacea casi universal contra todo mal una estrategia que, como cualquier otra, debe ser analizada desde la distancia y sin obviar sus límites y problemas. Es necesario examinar, pues, las críticas hechas a la ayuda mutua para tener una visión equilibrada de un fenómeno que tiene, además de luces, no pocas sombras. Se ha criticado a la ayuda mutua por varias razones. Veámoslas.

Permitir la «desresponsabilización» pública en la ayuda social y los servicios profesionales favoreciendo, además, el *control* social y *político* del fenómeno al distribuir las subvenciones de manera que favorezcan a los grupos y enfoques políticamente más dóciles o menos «conflictivos». Se trata de una acusación grave: en pleno proceso de desmonte y descrédito del Estado de bienestar, el «tercer sector» y las variantes de autoayuda están coadyuvando a ese desmonte y convirtiéndose de una u otra manera en cómplices «objetivos» del retroceso de conquistas sociales que ha costado mucho conseguir. La implicación en nuestro medio social de ONGs como Cruz Roja y otras en la atención a inmigrantes es un ejemplo flagrante y revelador: el Estado se desentiende del asunto como si la responsabilidad de esa atención no fuera suya: se limita a transferir fondos (temporales) y delegar responsabilidad en las ONGs.

Fragmenta el cambio social en pequeñas unidades que, en la medida en que satisfacen anhelos personales y psicosociales de mejora de muchas personas en grupos generalmente desconectados entre sí, «desactivan» la posibilidad de un cambio global con objetivos amplios y con un protagonista colectivo. Y es que ciertas ideologías y valores dominantes en el cambio de siglo —invidualismo, egoísmo personalista, hedonismo, hundimiento del socialismo y conformismo social— han contribuido a esta renuncia «reconduciendo» los anhelos de cambio social al terreno, más inocuo y personalmente satisfactorio, del bienestar conseguido con la relación interpersonal en «microespacios» sociales y con pequeños cambios que exigen poco sacrificio y anestesian, siquiera un poco, la conciencia de las personas.

Su *efectividad* ante problemas psicosociales significativos *no está probada*. Los estudios de resultados existentes —a menudo entusiastas— se limitan a evaluar la satisfacción. Que los miembros de los grupos estén satisfechos no significa, sin embargo, que hayan superado sus problemas de alcoholismo o adicción a una actividad o droga, por ejemplo. Para probar eso se necesitan evaluaciones objetivas y ex-

© Ediciones Pirámide

ternas menos alterables por la euforia provocada por la participación y convivencia temporal con los iguales. Las reticencias de muchos grupos a la evaluación externa dificulta, por otro lado, las tareas de evaluar e investigar el fenómeno mutualista.

Permite participación y apoyo, pero *no ayuda realmente a solucionar los problemas*. Del punto anterior se deduce que, al brindar oportunidades de participación, la ayuda mutua produce bienestar pero no arregla necesariamente los problemas reales. Es más, las personas pueden preferir en muchos casos estar en un GAM porque, además de obtener apoyo y solidaridad, no se les exige enfrentarse seriamente a sus problemas e intentar resolverlos.

Crea dependencia, un *efecto secundario* indeseable observado en ciertos grupos de carácter autoritario, que «predican» nuevas —y con frecuencia simplistas— formas de ortodoxia o exigen la sumisión irracional a un líder carismático o a una ideología más o menos cerrada; es decir, grupos fanáticos o sectarios, no siempre fáciles de identificar desde fuera.

RESUMEN

1. La *ayuda mutua* es una forma innovadora y autogestionada de atención psicosocial, alternativa a la ayuda profesional y basada en *relaciones de mutualidad y apoyo* entre iguales, en que personas que comparten un problema o interés de cambio o mejora se reúnen voluntariamente en grupos pequeños para alcanzar sus objetivos. Los grupos resultantes (GAM) son muy *heterogéneos* en sus objetivos, composición, ideología y forma de funcionar.
2. La ayuda mutua tuvo su *origen* en la dramática situación creada por la gran depresión del siglo pasado en EUA y ha alcanzado gran difusión convirtiéndose en un fenómeno de masas. Sus *causas* son el deseo de afiliación social y la reacción a la desintegración social y la desvinculación comunitaria, por un lado, y a las insuficiencias y fallos de la ciencia y la ayuda profesional, por otro.
3. Por su diversidad y carácter abierto y autogestionado, la ayuda mutua admite muchas lecturas que se pueden agrupar en tres perspectivas generales. Desde la perspectiva *sociopolítica* la ayuda mutua es: una forma de solidaridad y cooperación social, un movimiento que busca cambios sociales y una religión secular. Desde el punto de vista *sociocultural,* puede concebirse como: una comunidad integral voluntaria, una comunidad temporal de tránsito social y una forma de «resocialización» inducida por el control social. Y desde la perspectiva de la *prestación de servicios*, la ayuda mutua es un sistema alternativo y no profesional de ayuda o una forma de terapia social que usa las relaciones y fenómenos sociales como palanca de cambio.
4. Se pueden identificar seis *ingredientes esenciales* en la ayuda mutua. *Reciprocidad y mutualidad* de los intercambios que funcionan según el *helper therapy principle*: lo que ayuda es ayudar a los demás; los GAM se estructuran como espacios de intercambios entre iguales dispuestos a dar y recibir los mismos aportes. *Experiencia común* de sus miembros que permite intercambiar papeles, da autoridad «experiencial» y aporta validez social. *Compromiso personal de cambio* como condición a la aceptación social del grupo. *Autogestión* grupal que hace posible las atribuciones internas y el empoderamiento de los miembros. *Control social* del grupo que facilita el cambio de los hábitos y comportamientos de los miembros. Y *acción* para alcanzar los objetivos comunes, importante, con sus efectos, para aumentar la competencia personal.

© Ediciones Pirámide

5. La *familia* puede ser tomada como *modelo de apoyo social* para la ayuda mutua con *funciones* vitales para el desarrollo de sus miembros: información del mundo y evaluación y orientación personal; socialización, transmitiendo cultura e ideología, modelos de papeles y ejerciendo el control y la referencia social; aportando ayuda material y apoyo psicológico para resolver problemas y dificultades vitales; «validación» de la identidad personal y transmisión de papeles sociales, y ayuda afectiva como refugio ante la dureza de la vida.
6. Concebidos como sustitutos artificiales de la familia, los GAM cumplen *funciones* paralelas, aportando: *pertenencia* y sentimiento de comunidad a los que están aislados o se sienten solos; *ideología*, creencias y valores, antídoto contra la falta de sentido y fe; oportunidad de *desahogo emocional* en un ambiente protector y solidario; *control social* de los que carecen de controles internos o están implicados en comportamientos «desviados» desde la autoridad «experiencial» del igual; *modelos de papeles y comportamientos* sociales positivos; *estrategias* para afrontar problemas, y una red potencial de *relaciones sociales*.
7. Hay distintas formas de ordenar y clasificar los GAM según sus fines, ideología, dinámica funcional o asunto tratado. Tres *tipos* de grupos, presentes en casi todas las clasificaciones, indican los *fines* básicos de la ayuda mutua: los que fomentan el *desarrollo humano* y la mejora personal; los que buscan el *cambio personal*, sea para *conformarse* a la *norma* social, sea para *paliar el estrés* y sufrimiento, y los que persiguen el *cambio social*.
8. Hay cinco *hipótesis* explicativas de la ayuda mutua y sus efectos. *Apoyo social* del grupo que amortigua los efectos del estrés y mejora la capacidad de afrontarlo; relaciones y apoyo *mutuo* que, según el *helper therapy principle*, ayudaría a sentirse útil y ser reconocido socialmente; *atribución* social *interna* del trabajo y resultados alcanzados, que mejora el sentimiento de poder y eficacia personal; la *equidad* de los intercambios, que asegura la permanencia en el grupo, y la *congruencia* ecológica entre las necesidades personales y la ayuda social.
9. Ayuda mutua y ayuda profesional son sistemas complementarios que deben *colaborar*. Los *profesionales,* que han de *respetar la autonomía de los GAM* y evitar la tentación de controlarlos o tutelarlos, tienen *papeles auxiliares* o secundarios en ellos: *derivación* e información de clientes; *consulta* y educación a demanda del grupo; animación y fortalecimiento de *redes de apoyo* comunitarias, e *investigación* de su mecánica y efectos.
10. La evaluación de la ayuda mutua ha sido excesivamente partidista y acrítica, faltando información externa y crítica sobre el tema. La ayuda mutua puede ser *criticada* por: permitir la «desresponsabilización» social y el debilitamiento de los servicios públicos y la protección social; *fragmentar* y debilitar el *cambio social* global; fomentar la participación y el bienestar a costa de *no resolver los problemas* psicosociales, y *no* aportar *evidencia* de su efectividad.

© Ediciones Pirámide

TÉRMINOS CLAVE

- Ayuda mutua (AM)
- Autoayuda
- Significado sociopolítico de la AM
- Significado sociocultural de la AM
- Significado terapéutico de la AM
- Reciprocidad y mutualidad
- *Helper therapy principle*
- Autogestión grupal
- Control social del grupo
- Apoyo social
- La familia como modelo de apoyo
- Atribución interna de resultados
- Equidad relacional
- Congruencia adaptativa

LECTURAS RECOMENDADAS

Caplan, G. y Killilea, M. (eds.). *Support systems and mutual help*. Nueva York: Grune & Stratton.

Amplia exploración teórica de las bases de la ayuda mutua.

Gartner, A. y Riessman, F. (1980). *Help: A working guide to self-help groups*. Nueva York: New Viewpoints/Vision.

Guía práctica e informativa de grupos de ayuda mutua y autoayuda.

Levine, M. y Perkins, D. V. (1987). Self-help groups. *Community Psychology* (capítulo; pp. 234-257). Nueva York: Oxford.

Visión sintética y al día del fenómeno de la ayuda mutua.

Referencias

© Ediciones Pirámide

Ahlbrant, R. S. y Cunningham, J. V. (1979). *A new public policy for neighborhood preservation*. Nueva York: Praeger.
Ajuntament de Barcelona (1994). *La Barceloneta: «Origen i transformació d'un barri, 1753-1994»*. Barcelona: Autor.
Ajuntament de Barcelona (1996). *Guía estadística: Ciutat Vella en xifres*. Barcelona: Autor.
Albee, G. W. (1959). *Mental health manpower trends*. Nueva York: Basic Books.
Alfaro, J. (2000). *Discusiones en Psicología Comunitaria*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
Almeida, E., Sánchez, M. E., Soto, B. y otros (1986). La investigación participativa y sus efectos en una región de la sierra norte de Puebla. En Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México* (pp. 289-294). Mexico: Editor.
American Journal of Community Psychology, 15 (1987), monográfico sobre los orígenes de la Psicología Comunitaria en EUA.
American Journal of Community Psychology, 17 (1989), monográfico sobre la ética de la intervención comunitaria.
Anastasi, A. (1979). *Fields of Applied Psichology*. (2.ª edic.). Nueva York: McGraw-Hill.
Ander-Egg, E. (1977). *Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad*. Buenos Aires: Humánitas.
Arango, C. (1990). El papel de la Antropología Social en la Psicología Comunitaria. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria. Actas del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria* (pp. 221-242). Valencia: Nau Llibres.
Ávila, A. (1985). *Perspectivas de la Intervención en Psicología Comunitaria*. Madrid: Depto. de Psicodiagnóstico, Universidad Complutense.
Babbie, E. R. (1973). *Survey research methods*. Belmont: Wadsworth.
Balcázar, F. E. (2003). La investigación-acción participativa en la psicología comunitaria. Principios y retos. *Apuntes de Psicología, 21* (monográfico sobre «Investigación-acción y Psicología Comuniaria»), 419-435.
Bales, J. (1986, julio). DART program takes aim at depression. *APA Monitor*, pp. 1 y 16.
Barbero, J. M. y Cortés, F. (2005). *Trabajo comunitario. Organización y desarrollo social*. Madrid: Alianza Editorial.
Barriga, S. (1984). La Psicología Social Comunitaria: Un reto. *Apuntes de Psicología* (Colegio Oficial de Psicólogos-Andalucía Occidental), *6*, 6-8.
Barriga, S., León, J. M. y Martínez, M. (comps.) (1987). *La intervención psicosocial*. Barcelona: Hora.
Barriga, S., Blanco, A., Ibáñez, T. y otros (comps.) (1988). *Psicología Social de los Problemas Sociales. Actas del I Congreso Nacional de Psicología Social*. Granada: Universidad de Granada.
Bejarano, J. F. (1937). «La participación es un proceso que lleva al cambio social» (Entrevista con M. Morchioni). *Salud entre Todos, 29, 4.*
Bell, D. (1976). *El advenimiento de la sociedad postindustrial*. Madrid: Alianza Universidad.
Bellah, R. N., Madsen, W. M., Sullivan, W. M. y otros (1989). *Hábitos del corazón*. Madrid: Alianza Editorial.
Bender, M. P. (1981). *Psicología de la comunidad*. Barcelona: CEAC.

© Ediciones Pirámide

Bennet, C. C. (1965). Community Psychology: Impressions of the Boston Conference on the education of psychologists for community mental health. *American Psychologist, 20*, 832-835.

Berger, P. y Neuahaus, R. J. (1977). *To empower people*. Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research.

Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bermant, G., Kelman, H. C. y Warwick, D. P. (eds.) (1978). *The ethics of Social Intervention*. Nueva York: Wiley.

Bejarano, J. F. (1937). La participación es un proceso que lleva al cambio social (entrevista con M. Morchioni). *Salud entre todos, 24*, 4.

Bernard, J. S. (1973). *The sociology of community*. Glenview: Scott, Foresman.

Bierstedt, R. (1952). An analyisis of social power. *American Sociological Review, XV, 6*, 730-738. [Reproducido en L. A. Coser y B. Rosenberg (eds.) (1969), *Sociological theory: A book of readings* (3.ª edic., pp. 154-166). Nueva York: Macmillan.]

Bleger, J. (1984). *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires: Paidós.

Blanco, A. (1988). La Psicología Comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX? En A. Martín González, F. Chacón y M. Martínez (comps.), *Psicología Comunitaria* (pp. 11-33). Madrid: Visor.

Bloom, B. L. (1980). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology, 31*, 111-142.

Bloom, B. L. (1984). *Community Mental Health* (2.ª edic.). Nueva York: Brooks/Cole.

Borja, J. (1987). *Descentralización y participación ciudadana*. Madrid: Instituto de Estudios de la Administración.

Botvin, G. J. y Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. En R. H. Price y otros. (eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington: American Psychological Association.

Bryk, A. S. (ed.) (1983). *Stakeholder-based evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Calvé, A. (1983). La problemàtica de la salut mental a Madrid. En J. Arnau, R. Bayés y otros, *Psicología i salut* (pp. 57-80). Barcelona: Fundació Caixa de Pensions.

Campbell, D. y Stanley, J. C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Skokie, Ill.: Rand McNally.

Caplan, G. (1970). *The theory and practice of mental health consultation*. Nueva York: Basic Books.

Caplan, G. (1976). The family as a support system. En G. Caplan y M. Killilea (eds.), *Support systems and mutual help* (pp. 19-36). Nueva York: Grune & Stratton.

Caplan, G. (1979). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós. (Original: *Principles of preventive psychiatry*. Nueva York: Basic Books, 1964).

Caplan, G. (1997). *Consulta y colaboración en salud mental*. Barcelona: Paidós.

Caplan, G. y Killilea, M. (eds.) (1976). *Support systems and mutual help*. Nueva York: Grune & Stratton.

Carballo, S. (coord.) (1984). Funciones del psicólogo en los equipos de salud en la comunidad. En Colegio Oficial de Psicólogos (COP), *Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (vol. 3, pp. 23-38). Madrid: COP.

Casalé, D. y Mestres, M. (1984). Reflexiones sobre trabajo comunitario desde el CMH Les Corts de Barcelona. En Colegio Oficial de Psicólogos (COP), *Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (vol. 3, pp. 45-48). Madrid: COP.

Casas, F. (1990). La Psicología Social Comunitaria en Cataluña. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria. Actas del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria* (pp. 79-85). Valencia: Nau Llibres.

Chavis, D. M., Hogge, J. H., McMillan, D. W. y Wandersman, A. (1986). Sense of community through Brunswik's lens: A first look. *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.

Chelimsky, E. (ed.) (1978). *Self-disclosure: Origins, patterns, and implications of openness in interpersonal relations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Collins Dictionary español-inglés, ingles-español (6.ª edic.) (2000).

Cook, T. D. y Shadish, W. R. (1986). Program Evaluation: The wordly science. *Annual Review of Psychology, 37*, 193-232.

Cook, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Advanced level quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Skokie, Ill.: Rand McNally.

Cortina, A. (2003). ¿Guerra o desarrollo humano? *El País*, 21 julio, p. 14.

Coser, L. A. y Rosenberg, B. (eds.) (1969). *Sociological theory: A book of readings* (3.ª edic.). Nueva York: Macmillan.

© Ediciones Pirámide

Costa, M. y Lópèz, E. (1982). La Psicología Comunitaria: Un nuevo paradigma. *Psicólogos. Papeles del Colegio, 2*, 17-22.

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

Cressey, D. R. (1965). Social-psychological foundations for using criminals in the rehabilitation of criminals. *Journal of Research in Crime Delinquency, 2*, 49-59.

Cueli, J. y Biro, C. E. (1975). *Psicocomunidad*. México: Prentice Hall Intenational.

D'Aunno, T. y Price, R. H. (1984). The context and objectives of Community Research; Methologies in Community Research: Analytic and action approaches (caps. 3 y 4). En K. H. Heller, R. H. Price, S. Reinharz, S. Riger y A. Wandersman, *Psychology and community change* (pp. 49-113). Pacific Grove: Brooks/Cole.

Davidson, W. B. y Cotter, P. R. (1986). Measurement of sense of community within the sphere of the city. *Journal of Applied Social Psychology, 16*, 608-619.

Dahrendorf, R. (1974). *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial*. Madrid: Rialp.

Delbecq, A. L., Van de Ven, P. y Gustafson, D. H. (1984). *Técnicas grupales para la planeación*. México: Trillas.

Diekstra, R. y Maes, S. (1989, julio). *Psychology, health promotion and disease prevention*. Presentacion en el «I European Congress of Psychology». Amsterdam, Holanda.

Díez, E. y Torrentó, R. (1993). El programa materno-infantil de Ciutat Vella. Intervención comunitaria en una zona urbana deprimida. En A. Sánchez Vidal (comp.), *Programas de prevención e intervención comunitaria* (pp. 129-158). Barcelona: PPU.

Diputació de Barcelona (1988). *Salud Mental Comunitaria, 1*.

Doolittle, R. J. y MacDonald, D. (1978). Communication and a sense of community in a metropolitan neighborhood: A factor analytic examination. *Communication Quarterly, 26*, 2-7.

Dorwart, R. A. y Meyers, W. R. (1981). *Citizen participationin mental health: Research and social policy*. Springfield: Charles C. Thomas.

Downie, R. S. (1971). *Roles and values. An introduction to social ethics*. Londres: Methuen & Co. ltd.

Dunham, W. (1986). The community today: Place or process. *Journal of Community Psychology, 14*, 399-404.

Dye, T. R. (1995). *Power and society. An introduction to the social sciences* (7.ª edic.). Belmont, Cal: Wadsworth.

Ellul, J. (2003). *La edad de la técnica*. Barcelona: Octaedro.

Erber, E. (1976). Why citizen participation? *HUD challenge*, enero.

Etzioni, A. (1976). *Social Problems*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Fabre, J. y Huertas Clavería, J. M. (1976). *Tots els barris de Barcelona* (6 vols.). Barcelona: Edicions 62.

Fairweather, G. W. y Tornatzky, L. G. (1977). *Experimental methods for social policy research*. Nueva York: Pergamon.

Faris, R. E. y Dunham, H. W. (1939). *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press.

Fernández, A. y Peiró, J. (comps.) (1989). *Estrategias educativas para la participación*. Barcelona: Humánitas.

Fernández Ballesteros (comp.) (1995). *Evaluación de programas*. Madrid: Síntesis.

Fisher, A. T., Sonn, C. C. y Bishop, B. J. (2002). Psychological sense of comunity: Research, applications and implications. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.

Flaquer, L., Giner, S. y Moreno, L. (1990). La sociedad española en la encrucijada. En S. Giner (comp.), *España. Sociedad y Política* (pp. 19-74). Madrid: Espasa-Calpe.

Florin, P. y Wandersman, A. (1990). An introduction to citizen participation, voluntary organizations, and community development. *American Journal of Community Psychology, 18*, 41-45.

Freire, P. (1976). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI.

Fuentes, D., Martínez, M. J., Mirabent, V., Orriols, N. y Roig, A. M. (1996). Evaluación de la problemática familiar en una comunidad a través de la técnica de los grupos nominales. En A. Sánchez Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos* (pp. 241-273). Barcelona: EUB.

Fuller, R. C. y Myers, R. R. (1941a). Some aspects of a theory of social problems. *American Sociological Review, 6*, 24-32.

Fuller, R. C. y Myers, R. R. (1941b). The natural history of a social problem. *American Sociological Review, 6*, 320-328.

García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (comps.) (1986). *Métodos y técnicas de investigación social*. Madrid: Alianza Editorial.

© Ediciones Pirámide

Gartner, A. y Riessman, F. (1977). *Self-help in the human services*. San Francisco: Jossey Bass.
Gartner, A. y Riessman, F. (1980). *Help: A working guide to self-help groups*. Nueva York: New Viewpoints/ Vision.
Gibbs, M. S., Lachenmeyer, J. R. y Sigal, J. (eds.) (1980). *Community Psychology*. Nueva York: Gardner.
Giddens, A. (1985). *The Nation-state and violence*. Cambridge: Polity Press.
Giddens, A. (1987). *Social theory and modern sociology*. Cambridge: Polity Press.
Gil Calvo, E. (2003). *El poder gris*. Barcelona: Mondadori.
Giner de Grado, C. (1979). *La hora de participar*. Madrid: Marsiega.
Glidewell, J. (1978). Ethical issues in and around encounter groups. En G. Bermant, H. C. Kelman y D. P. Warwick (eds.), *The ethics of Social Intervention*. Nueva York: Wiley.
Glynn, T. J. (1981). Psychological sense of community: Measurement and application. *Human Relations, 34*, 780-818.
Glynn, T. J. (1986). Neighborhood and sense of community. *Journal of Community Psychology, 14*, 341-352.
Gois, C. W. (1993). *Noçoes de Psicologia Comunitaria*. Fortaleza, Brasil: Viver.
Gómez, J. (1994). Desigualtats socials a la ciutat de Barcelona. *Barcelona Societat, 2, 4*-23.
Gómez Jacinto, L. y Hombrados, M. I. (1988). Diseños de intervención comunitaria. En A. Martín González, F. Chacón y M. Martínez (comps.), *Psicología Comunitaria* (pp. 149-166). Madrid: Visor.
Gómez Jacinto, L. y Hombrados, M. I. (1992). Sentido de comunidad y privacidad. *Revista de Psicología Social, 7*, 213-226.
Gómez Jacinto, L. y Hombrados, M. I. (1993). Sentido de comunidad. En L. Gómez Jacinto, M. I. Hombrados, J. M. Cantó y F. M. Montalbán (eds.), *Aplicaciones de la Psicología Social* (pp. 22-32). Málaga: Miguel Gómez.
Goodstein, L. y Sandler, I. (1978). Using psychology to promote human welfare: A conceptual analysis of the role of Community Psychology. *American Psychologist, 33*, 882-892.
Gorsuch, R. (1974). *Factor analysis*. Filadelfia: Saunders.
Gottlieb, B. J. (1983). Social support as a focus for integrative research in psychology. *American Psychologist, 38*, 278-287.
Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *American view their mental health*. Nueva York: Basic Books.
Gusfield, J. R. (1975). *The community: A critical response*. Nueva York: Harper Colophon.
Haas, L. J. y Weatherley, D. (1981). Community psychology in the library: Potentials for consultutation. *American Journal of Community Psychology, 9*, 109-122.
Hair, F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1995). *Multivariate data analysis* (4.ª edic.). Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
Halprin, L. y otros (1974). *Taking part*. Cambridge: MIT Press.
Heller, K. y Monahan, J. (1977). *Psychology and community change*. Homewood Ill.: Dorsey.
Heller, K. H., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S. y Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
Hillery, G. A. (1955). Definitions of community: Areas of agreement. *Rural Sociology, 20*, 111-123.
Hombrados, M. I. (1996). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Granada: Ediciones Aljibe.
Hornstein, H. A. (1975). Social psychology as social intervention. En M. Deutsch y H. A. Hornstein (eds.), *Applying Social Psychology* (pp. 211-234). Nueva York: Lawrence Erlbaum.
House, E. R. (1980). *Evaluating with validity*. Beverly Hills: Sage.
Huerta, J. (1990). La aproximación hacia la Psicología Comunitaria. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria* (pp. 159-162). Valencia: Nau Llibres.
Hurley, D. (1988). Getting help from helping. *Psychology Today, 22*, 63-67.
Ibáñez Gracia, T. (1982). *Poder y libertad*. Barcelona: Hora.
Icart, S. e Izquierdo, A. (comps.) (1984). Experiencias comunitarias en los equipos de salud. En Colegio Oficial de Psicólogos (COP), *Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (vol. 3, pp. 38-48). Madrid: COP.
Iscoe, I. y Haris, L. C. (1984). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology, 35*, 333-360.
Iscoe, I., Bloom, B. L. y Spielberger, C. D. (1977). *Community Psychology in transition*. Nueva York: Hemisphere.
Jacobs, M. K. y Goodman, G. (1989). Psychology and self-help groups. *American Psychologist, 44*, 536-545.

© Ediciones Pirámide

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
Jason, L. A., Felner, R. D., Moritsugu, J. y Farber, S. (1983). Future directions for Preventive Psychohlogy. En R. D. Felner, L. A. Jason, J. Moritsugu y S. Farber, *Preventive Psychology* (pp. 297-309). Nueva York: Pergamon Press.
Kanter, R. M. (1976). The romance of community: Intentional communities as intensive group experiences. En M. Rosenbaum y A. Snadowsky (eds.), *The intensive group experience* (pp. 146-185). Nueva York: The Free Press.
Katz, A. H. y Bender, E. I. (eds.) (1976). *The strength in us: Self-help groups in the modern world*. Nueva York: New Viewpoints.
Kaufmann, F. X. (1987). Prevention and intervention in the analytical perspective of guidance. En K. Hurrelmann, F. X. Kaufmann y F. Lösel (eds.), *Social Intervention: Potential and constraints* (pp. 3-20). Nueva York: Wiley.
Kelly, J. G., Snowden, L. R. y Muñoz, R. F. (1977). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology, 28*, 326-361.
Kelman, H. C. y Warwick, D. P. (1978). The ethics of social intervention: goals, means and consequences. En G. Bermant, H. C. Kelman y D. P Warwick, D. P. (eds.), *The ethics of Social Intervention*. Nueva York: Wiley.
Killilea, M. (1976). Mutual-help organizations: Interpretations in the literature. En Caplan y Killilea (eds.), *Support systems and mutual help*. Nueva York: Grune & Stratton.
Kirpatrick, F. G. (1986). *Community: A trinity of models*. Washington, DC: Georgetown University Press.
Klein, D. C. (1968). *Community dynamics and mental health*. Nueva York: Wiley.
Knight, B., Wollert, R. W., Levy y otros (1980). Self-help groups: The member's perspectives. *American Journal of Community Psychology, 8*, 53-65.
Knitzer, J. (1980). Advocacy and the community. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (eds.), *Community Psychology*. Nueva York: Gardner Press.
Kofkin, J. (2003). *Community Psychology. Guiding principles and orienting concepts*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Korchin, S. J. (1976). *Modern Clinical Psychology. Principles of intervention in the clinic and community*. Nueva York: Basic Books.
Kropotkin, P. (1914). *Mutual aid*. Boston: Extending Horizon Books.
Krueger, R. A. (1988). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
Langner, T. S. y Michael, S. T. (1963). *Life stress and mental health*. Nueva York: Macmillan.
Langton, S. (1978). *Citizen participation in America*. Lexington: D. C. Heath.
Lane, S. T. (1996). Histórico e fundamentos da psicologia comunitária no Brasil. En R. H. Freitas, R. T. Lane y otros, *Psicologia Social Comunitaria. Da salidaridade a autonomia* (pp. 17-34). Petrópolis, Brasil: Vozes.
Laue, J. H. (1981). Conflict intervention. En M. E. Olsen y M. Micklin (eds.), *Handbook of Applied Sociology* (pp. 48-66). Nueva York: Praeger.
Laue, J. H. y Cormick, G. W. (1978). The ethics of intervention in community disputes. En G. Bermant, H. C. Kelman y D. P. Warwick (eds.), *The ethics of Social Intervention* (pp. 205-232). Nueva York: Wiley.
Leo, J. (1984, octubre). Polling for mental health. *Time*, p. 54.
Letelier, S. (1990). La relación comunidad-institución y el proceso de participación comunitaria: Reflexiones en torno a una experiencia. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria. Actas del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria* (pp. 179-197). Valencia: Nau Llibres.
Levine, M. (1981). *The history and politics of Community Mental Health*. Nueva York: Oxford.
Levine, M. (1988). An analysis of mutual assistance. *American Journal of Community Psychology, 16*, 167-183.
Levine, M. y Perkins, D. V. (1987). *Principles of Community Psychology: Perspectives and applications*. Nueva York: Oxford University Press.
Levy, L. H. (1973). *Self-help groups as mental health resources*. Bloomington, Ind.: documento no publicado.
Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues, 2*, 34-36. [Reimpresión española en M. C. Salazar (comp.), *La investigación-acción participativa*. Madrid: Popular-Organización de Estados Iberoamericanos, 1992.]
Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts: Selected papers on group dynamics*. Nueva York: Harper & Row.
Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. Nueva York: Harper & Row. *(La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós, 1988.)

© Ediciones Pirámide

Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts & Field theory in social science*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lieberman, M. (1986). Self-help groups and psychiatry. *American Psychiatric Association Annual Review, 5,* 744-760.

Lippitt, R. (1983). Ethical issues and criteria in intervention decisions. En S. Cooper y W. Hodges (eds.), *The mental health consultation field* (pp. 139-151). Nueva York: Human Sciences.

López Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales. Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.

Lounsbury, J. W., Leader, D., Meares, E. y Cook, M. (1980). An analytic review of research in Community Psychology. *American Journal of Community Psychology, 2,* 415-441.

Marchioni, M. (1991). *Comunidad, participación y desarrollo*. Madrid: Editorial Popular.

Marín, G. (1988). La Psicología Comunitaria en América Latina. En A. Martín González, F. Chacón y M. Martínez (comps.), *Psicología Comunitaria.* Madrid: Visor.

Marín Jiménez, M., Grande, J. M., Pons, J. y Gil Lacruz, M. (1994). *Análisis psicocomunitario de los barrios de El Carmen y Socusa de Manises*. Valencia: documento no publicado.

Marina, J. A. (1997). *El misterio de la voluntad perdida*. Barcelona: Anagrama.

Martín Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder. Psicología Social desde Centroamérica II*. El Salvador: Universidad Centroamericana Editores.

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

Martín González, A., Chacón, F. y Martínez, M. (comps.) (1988). *Psicología Comunitaria.* Madrid: Visor.

Maruny, L. (1990). Les etapes de desenvolupament de les relacions interdisciplinars. *Anuario de Psicología, 44,* 67-71.

Masip, J. (1993). Prevención del estrés laboral en maestros. En A. Sánchez Vidal (comp.), *Programas de prevención e intervención comunitaria* (pp. 53-71). Barcelona: PPU.

Maslow, A. (1971). *The further reaches of human nature*. Nueva York: The Viking Press.

McClellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P. y otros (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease, 168,* 26-33.

Mcclure, L., Cannon, D., Allen, S. y otros (1980). Community Psychology concepts and research base: Promise and product. *American Psychologist, 35,* 1000-1011.

McKillip, P. J. (1987). *Need analysis. Tools for the human services and education*. Newbury Park: Sage.

McLean, P. D. (1974). Evalutaing community-based psychiatric services. En O. Davidson, F. W. Clark y L. A. Hamerlynck (eds.), *Evaluation of behavioral programs in community, residential, and school settings*. Champaign: Research Press.

McMillan, D. W. y Chavis, D. M. (1986). Sense of community: A definition and theory. *Journal of Community Psychology, 14,* 6-23.

Medina, M. E. (1996). *Gestión de servicios sociales*. Murcia: DM.

Memmi, A. (1984). *Dependence: A sketch for a portrait of the dependent*. Boston: Beacon.

Merton, R. K. (1976). Introduction. The Sociology of social problems. En R. K. Merton y R. Nisbet, *Contemporary social problems* (4.ª edic.) (pp. 3-43). Nueva York: Harcourt Brace.

Mervis, J. (1986, julio). NIMH data points way to effective treatment. *APA Monitor*, pp. 1 y 13.

Miller, G. A. (1969). Psychology as a means of promoting human welfare. *American Psychologist, 24,* 1063-1075.

Miller, H. (1976). *Desarrollo integral en el medio rural*. México: Fondo de Cultura Económica.

Mills, W. (1959). *The sociological imagination*. Nueva York: Oxford University Press.

Ministerio de Asuntos Sociales (1989). *II Jornadas de Psicología de la Intervención Social*. Madrid: Autor.

Montero, M. (1987). La Psicología Comunitaria: Orígenes, principios y fundamentos teóricos. En S. Barriga, J. M. León y M. Martínez (comps.), *La intervención psicosocial* (pp. 61-75). Barcelona: Hora.

Montero, M. (1989). *Perspectiva de la Psicología Comunitaria en América Latina*. Presentado en la III Conferencia Internacional sobre Psicología de la Salud, la Educación y el cambio social; documento no publicado.

Montero, M. (comp.) (1997). *Psicología y Comunidad. Memorias del XXV Congreso Interamericano de Psicología*. Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología-Universidad Central de Venezuela.

Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

© Ediciones Pirámide

Mosher, L. R. y Burti, L. (1989). *Community Mental Health*. Nueva York: Norton.

Mumford, L. (1969). *El mito de la máquina.* Buenos Aires: Emecé.

Musitu, G. y Arango, C. (1995). La Psicología Comunitaria en España: pasado y presente. En J. A. Conde y A. I. Isidro (comp.), *Psicología Comunitaria, Salud y Calidad de vida* (pp. 15-38). Salamanca: Eudema.

Musitu, G., Castillo, R. y Balaguer, I. (1993). La última década de la Psicología Comunitaria. En M. Martínez García (comp.), *Psicología Comunitaria* (pp. 23-37). Sevilla: Eudema.

Musitu, G., Berjano, E., Gracia, E. y Bueno, J. R. (1993). *Intervención Psicosocial.* Madrid: Popular.

Navalón, C. y Medina, M. (comps.) (1993). *Psicología y Trabajo Social*. Murcia: Diego Martínez-PPU.

Nelson, G. y Prilleltensky, I. (eds.) (2005). *Community Psycholoy. In pursuit of liberation and well-being*. Londres: Palgrave-McMillan.

Newbrough, J. R. (1973). Community Psychology. A new holism. *American Journal of Community Psychology, 1,* 201-211.

Newbrough, J. R. y Chavis, D. M. (eds.) (1986a). Psychological sense of community, I: Theory and concepts. *Journal of Community Psychology, 14* (1).

Newbrough, J. R. y Chavis, D. M. (eds.) (1986b). Psychological sense of community, II: Research and applications. *Journal of Community Psychology, 14* (4).

Nisbet, R. (1953). *The quest for community*. Nueva York: Oxford.

Nie, N. H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K. y Bent, D. H. (1978). *Statistical Package for the Social Sciences*. Nueva York: McGraw-Hill.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981). *Evaluación de Programas de Salud*. Ginebra: OMS.

Patronat «Flor de Maig» (1989). *Perspectives: Dinàmiques locals i Comunitat.* Centro de Investigación, Formación y Asesoramiento, Diputación de Barcelona.

Patton, M. Q. (1982). *Practical evaluation*. Newbury Park, Cal.: Sage.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation methods and research methods*. Newbury Park, Cal.: Sage.

Peleato, A. (1989). Intervención comunitaria sobre las secuelas psicológicas de un atentado terrorista. *II Jornadas de Psicología de la Intervención Social* (pp. 57-78). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Pineault, R. y Daveluy, C. (1989). *La planificación sanitaria* (2.ª edic.). Barcelon: Massons.

Pons, J., Grande, J. M., Gil, M. y Marín, M. (1996). El sentimiento de pertenencia: Un análisis estructural y de sus relaciones con la participación. En A. Sánchez-Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona: EUB.

Pons, J., Marín, M., Grande, J. M. y Gil, M. (1992). *Participación comunitaria y sentimiento de pertenencia en el barri del Sant Bult de Valencia*. Valencia: documento no publicado.

Porcel, A. (1985). Interdisciplinariedad, multidisciplinariedad, interprofesional, multiprofesional. *Revista de Trabajo Social, 97,* 11-14.

Posavac, R. G. y Carey, E. J. (1992). *Program evaluation. Methods and case studies*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Prezza, M. y Schruijer, S. (2001). The modern city as a community. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 11,* 401-495.

Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P. y Ramos-Mckay, J. (eds.) (1988). *14 ounces of prevention*. Washington: American Psychological Association.

Prilleltensky, I. (1997). Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist, 52,* 517-535.

Quintanilla, L. y Guzman, R. (1986). La planificación familiar: Una alternativa comunitaria. En Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México* (pp. 257-282). Mexico: Editor.

Quitmann, H. (1989). *Psicología humanística*. Barcelona: Herder.

Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values, research, and action*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology, 9,* 1-25.

Rappaport, J. (1987). Terms of empwerment/exemplars of prevention: Toward a theory of Community Psychology. *American Journal of Community Psycholgoy, 15,* 121-148.

Rappaport, J. y Chinsky, J. M. (1974). Models for delivery of service from a historical and conceptual perspective. *Professional Psychology, 5,* 42-50.

Rappaport, J. y Seidman, E. (eds.) (2000). *Handbook of community psychology*. Nueva York: KluwerAcademic/Plenum Publishers.

© Ediciones Pirámide

Rawls, S, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass.: Belknap Press.
Rebolloso, E. (comp.) (1998). *Evaluación de programas. Ámbitos de aplicación*. Barcelona: Cooperativa Universitaria Sant Jordi.
Revista de Trabajo Social, 97 (1985). Monográfico dedicado a la Multidisciplinariedad en el trabajo social.
Riessman, F. (1965). The «helper» therapy principle. *Social Work, 10*, 27-32.
Rifkin, J. (2004). *El fin del trabajo* (9.ª edic.). Barcelona: Paidós.
Riger, S. (1989). The politics of community intervention. *American Journal of Community Psychology, 17*, 379-384.
Riger, S. y Lavrakas, P. J. (1981). Community ties: Patterns of attachment and social interaction in urban neghborhood. *American Journal of Community Psychology, 9*, 55-66.
Rivera Medina, E. y Serrano, I. (1988). La Psicología de comunidad en América Latina. En A. Sánchez Vidal (1991), *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de Intervención*. Barcelona: PPU.
Rocha Brandao, I. y Bomfin, Z. A. (comps.) (1999). *Os jardins da Psicología Comunitária*. Pró-Reitoria de Extensao da UFC/ABRAPSO-Ceará.
Rogers, E. M. y Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross cultural approach*. Nueva York: Free Press.
Rosen, L. y Kingsbury, R. (eds.) (1977). *The sixties*. Nueva York: Random House-Rolling Stone Press.
Ross, M. (1967). *Organización comunitaria*. Madrid: Harper & Row-Euroamericana.
Rossi, P. H. y Freeman, H. E. (1989). *Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas.
Rothman, J. (1974). Planning and organizing for social change: Action principles from social sciences research. Nueva York: Columbia University Press.
Rothman, J. y Tropman, E. (1987). Models of community organization and macro practice perspectives. En F. Cox, J. Rothman y J. Tropman (eds.), *Strategies of Community organization. Macro-practice* (4.ª edic.). Itasca, Ill.: Peacock.
Rothman, J. y Thomas, E. (1994). *Intervention research*. Binghamton: The Haworth Press.
Roux, G. I. (1990). Todos contra el computador: Investigación, acción participativa y la lucha de los negros del norte de Cauca por servicios públicos. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria. Actas del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria* (pp. 199-220). Valencia: Nau Llibres.
Rubington, E. y Weinberg, M. S. (eds.) (1995). *The study of social problems* (5.ª edic.). Nueva York: Oxford University Press.
Rueda, J. M. (1983). De la intervención del psicólogo en el trabajo de comunidad. *Revista de Trabajo Social, 90*, 51-72.
Rueda, J. M. (1985). Abordaje multidisciplinar de los problemas sociales. *Revista de Trabajo Social, 97*, 31-63.
Rueda, J. M. (1986). Praxis psicosocial. *Revista de Trabajo Social, 103*, 7-23.
Rueda, J. M. (1998). *Comunitat, participació i benestar social*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
Rutman, L. (1977). *Evaluation research methods: A basic guide*. Beverly Hills, Cal.: Sage.
Ryan, W. (ed.) (1971). *Blaming the victim*. Nueva York: Pantheon.
Salazar, M. C. (comp.) (1992). *La investigación-acción participativa*. Madrid: Popular-Organización de Estados Iberoamericanos.
Sánchez Alonso, M. (2000). *La participación: Metodología y práctica*. Madrid: Popular.
Sánchez Vidal, A. (1985). *Nuevos roles del psicólogo en la intervención psicosocial y comunitaria*. Presentado en las I Jornadas de Salud Comunitaria. Sevilla: documento no publicado.
Sánchez Vidal, A. (1986). *Psicología Social-Psicología Comunitaria*. Proyecto docente presentado en la Universidad de Barcelona; documento no publicado.
Sánchez Vidal, A. (1988). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de intervención*. Barcelona: PPU.
Sánchez Vidal, A. (1990a). Psicología Comunitaria: Origen, Concepto y Características. En G. Musitu, E. Berjano y J. R. Bueno (comps.), *Psicología Comunitaria* (pp. 55-71). Valencia: Nau Llibres.
Sánchez Vidal, A. (1990b). Participación Social y Comunitaria. *Revista de Trabajo Social, 117*, 120-131.
Sánchez Vidal, A. (1991a/1996). *Psicología Comunitaria. Bases Conceptuales y Operativas. Métodos de Intervención* (2.ª edic.). Barcelona: PPU (reimpreso por EUB en 1996).
Sánchez Vidal, A. (1991b). La formación especializada en Psicología Comunitaria: El Curso de Post-grado de la Universidad de Barcelona. En *Actas del III Congreso de Psicología Social* (vol. 1, pp. 296-303). Santiago de Compostela: Departamento de Psicología Social.

© Ediciones Pirámide

Sánchez Vidal, A. (1993a). *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: PPU.
Sánchez Vidal, A. (1993b). Interdisciplinariedad en la acción social. En C. R. Navalón y M. E. Medina (comps.), *Psicología y Trabajo social* (pp. 379-392). Barcelona: DM-PPU.
Sánchez Vidal, A. (1995). Potencial y límites de la intervención psicosocial. *Intervención Psicosocial, 10*, 5-15.
Sánchez Vidal, A. (1996a). Fantasmas en el desván: Cuestiones valorativas en la Intervención Psicosocial. En A. Sánchez Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos* (pp. 55-75). Barcelona: EUB.
Sánchez Vidal, A. (1996b). Rol del psicólogo en la Intervención Comunitaria: Condiciones y contenidos. En A. Sánchez Vidal y G. Musitu (comps.), *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos* (pp. 89-106). Barcelona: EUB.
Sánchez Vidal, A. (1998). Responsabilidad del psicólogo en la acción social: ¿Quién es el «cliente»? *Revista de Psicología Social, 13* (2), 303-309.
Sánchez Vidal, A. (1999). *Ética de la Intervención Social*. Barcelona: Paidós.
Sánchez Vidal, A. (2001a). *Psicología Comunitaria del norte y del sur: Variaciones sobre un mismo tema*. IV Encontro Luso-Espanhol. Universidade Lusíada: Porto, Portugal.
Sánchez Vidal, A. (2001b). Medida y estructura interna del sentimiento de comunidad: Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social, 16*, 157-175.
Sánchez Vidal, A. (2002a). *Psicología Social Aplicada: Teoría, método y práctica*. Madrid: Prentice Hall.
Sánchez Vidal, A. (2002b). Ética de la intervención social: Entre la deontología y la política social. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses, 23*, 132-151.
Sánchez Vidal, A. (2003). Investigación, acción y conflicto de lealtades psicológicas: El caso del sentimiento de comunidad. *Apuntes de psicología, 21* (monográfico sobre «Investigación-acción y psicología comunitaria»), 459-473.
Sánchez Vidal, A. (2004). Acción social en tiempos de conformismo: Por una ética posible de la intervención comunitaria. En A. Sánchez Vidal, A. Zambrano y M. Palacín (comps.), *Psicología Comunitaria Europea: Comunidad, poder, ética y valores* (pp. 93-106). Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
Sánchez Vidal, A. y Musitu, G. (comps.) (1996). *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona: EUB.
Sánchez Vidal, A., Zambrano, A. y Palacín, M. (comps.) (2004). *Psicología Comunitaria Europea: Comunidad, poder, ética y valores*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
Sanders, I. T. (1966). *The community: An introduction to a social system*. Nueva York: Ronald Press.
Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a Community Psychology*. San Francisco, Jossey-Bass.
Sarason, S. B. (1983). Psychology and public policy: Missed opportunity. En R. D. Felner, L. A. Jason, J. N. Moritsugu y S. S. Farber (eds.), *Preventive psychology. Theory, research, and* practice (pp. 245-250). Nueva York: Pergamon.
Sauber (1983). *The human services delivery system* (cap. 8). Nueva York: Columbia University Press.
Sawaia, B. B. (1995). Comunidade: A apropiaçao de um conceito tao antigo quanto a humanidade. En R. H. Freitas (ed.). *Psicologia Social Comunitária*. (pp. 35-53) Petrópolis, Brasil: Vozes.
Scheinhart, L. J. y Weikart, D. P. (1988). The High/Scope Perry Preschool Program. En R. H. Price y otros (eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 53-65). Washington: American Psychological Association.
Schure, M., Slotnick, R. S. y Jeger, A. M. (1982). Behavioral-ecology and self-help/professional collaboration. En A. M. Jeger y R. S. Slotnick (eds.), *Community mental health and behavioral ecology*. Nueva York: Plenum.
Seidman, E. (ed.) (1983). *Handbook of Social Intervention*. Beverly Hills: Sage.
Sennett, R. (1998). *La corrosión del carácter*. Barcelona: Anagrama.
Serrano García, I. y Rivera, E. (1988). La Psicología de Comunidad en América Latina. En A. Sánchez Vidal, *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y Métodos de intervención* (pp. 169-189) Barcelona: PPU.
Serrano García, I. y Vargas, R. (1992). La Psicología Comunitaria en América Latina. Estado actual, controversias y nuevos derroteros. *Actas del I Congreso Iberoamericano de Psicología* (pp. 114-128). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
Silverman, P. R. (1988). Widow-to-widow: A Mutual Help Program for the Widowed. En R. H. Price y

© Ediciones Pirámide

otros (eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 175-186). Washington: American Psychological Association.
Simmel, G. (1977). *Sociología. Ensayo sobre las formas de socialización.* Madrid: Revista de Occidente.
Simon and Schuster's Internacional Dictionary español-inglés, inglés-español (1973).
Skjaeveland, O., Gärling, T. y Maeland, J. G. (1996). A multidimensional measure of neighboring. *American Journal of Community Psychology, 24*, 413-435.
Snow, D. y Gersick, K. E. (1986). Ethical and professional issues in mental health consultation. En F. V. Mannino, E. J. Trickett, M. F. Shore, M. G. Kidder y G. Levin (eds.), *Handbook of mental health consultation* (pp. 393-431). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
Solomon, B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities.* Nueva York: Columbia University Press.
SPSSS (1990). *SPSS reference guide.* Chicago: Autor.
Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K. y Rennie, T. A. (1962). *Mental health in the metropolis.* Nueva York: McGraw-Hill.
Stake, R. E. (1975). *Evaluating the arts in education. A responsive approach.* Columbia: Merril.
Strupp, H. H. y Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. *American Psychologist, 32*, 187-196.
Stufflebeam, D. L. y Shinkfield, A. J. (1993). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica.* Barcelona: Paidós.
Sullivan, T., Thompson, K., Wright, R., Gross, F. y Spady, D. (1980). *Social problems: Divergent perspectives.* Nueva York: Wiley.
Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Paidós.
Thomas, E. J. y Feldman, R. A. (1964). *Concepts of role theory.* Ann Arbor: Ann Arbor Publishers.
Thompson, A. (1989). *Guide to ethical practice in psychotherapy.* Nueva York: Wiley.
Tolan, P., Keys, C., Chertok, F. y Jason, L. (1990). *Researching Community Psychology. Issues of theory and methods.* Washington: American Psychological Association.
Tonnies, F. (1947). *Comunidad y sociedad.* Buenos Aires: Avellaneda.
Wandersman, A. (1981). A framework of participation in community organizations. *Journal of Applied Behavioral Science, 17*, 27-58.
Warren, R. B. y Warren, D. I. (1977). *The neighborhood organizer's handbook* (cap. 8). Notre Dame: Univ. of N. D.
Warren, R. L. (1965). *Studying your community.* Nueva York: Free Press.
Warren, R. L. (1972). *The community in America.* Chicago: Rand McNally.
Weber, G. H. y McCall, G. J. (eds.) (1978). *Social scientists as advocates.* Beverly Hills, Cal.: Sage.
Webster, F. (2002). *Theories of the information society* (2.ª edic.). Londres: Routledge.
Whyte, W. F. (1943). *Street corner society.* Chicago: The University of Chicago Press.
Zambrano, A. (2003). *Capital social y empoderamiento juvenil en el Plan de Desarrollo Comunitario del barrio de El Carmelo.* Universidad de Barcelona: documento no publicado.
Zax, M. y Specter, G. A. (1974). *An introduction to Community Psychology.* Nueva York: Wiley. (*Introducción a la Psicología de la Comunidad.* México: Manual Moderno, 1979.)
Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory. En J. Rappaport y E. Seidman (eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 43-63). Nueva York: Kluwer-Academic/Plenum Publishers.

© Ediciones Pirámide

TÍTULOS RELACIONADOS

ADOLESCENTES EN CONFLICTO. 52 casos reales, *J. Urra Portillo.*

ANTROPOLOGÍA Y PSICOLOGÍA, *C. Monedero Gil.*

APLICANDO LA PSICOLOGÍA SOCIAL, *F. Expósito y M. Moya (coords.).*

DAR PODER PARA VIVIR. Fortalecer a las personas en la intervención psicológica, *M. Costa Cabanillas y E. López Méndez.*

DROGA Y DELINCUENCIA. Un acercamiento a la realidad, *J. M. Otero-López.*

EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL EN LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA, *J. Fernández del Valle y J. Fuertes Zurita.*

EL AMOR DESDE LA PSICOLOGÍA SOCIAL. Ni tan libres, ni tan racionales, *C. Yela García.*

EL GRUPO DE DISCUSIÓN. Guía práctica para la investigación aplicada, *R. A. Krueger.*

EL GRUPO DESDE LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL. Conceptos básicos, *M. Marín Sánchez y M. A. Garrido Torres (coord.).*

FUNDAMENTOS DE LA PSICOLOGÍA JURÍDICA, *M. Clemente Díaz (coord.).*

GERONTOLOGÍA SOCIAL, *R. Fernández-Ballesteros (dir.).*

GUÍA JURÍDICA DEL PSICÓLOGO. Compendio básico de legislación para el psicólogo jurídico, *M. Clemente Díaz y J. C. Ríos Martín (coords.).*

HABILIDADES SOCIALES Y SALUD, *F. Gil Rodríguez, J. M.ª León Rubio y L. Jarana Expósito (coords.).*

INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LOS GRUPOS, *F. Gil Rodríguez y C. M.ª Alcover de la Hera (coords.).*

LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL. Una revisión del sistema de protección, *J. Martín Hernández.*

MANUAL DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA, *A. Sán-chez Vidal.*

MANUAL DE PSICOLOGÍA JURÍDICA E INVESTIGACIÓN CRIMINAL, *M. A. Soria Verde (coord.).*

MEDIACIÓN. Proceso, tácticas y técnicas, *R. de Diego Vallejo y C. Guillén Gestoso.*

PERSONAS MAYORES Y MALOS TRATOS, *J. Muñoz Tortosa.*

PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA DE LOS GRUPOS. Experiencias, *F. Gil Rodríguez, C. M.ª Alcover de la Hera, M. García Saiz, R. Roda Fernández y F. Rodríguez Mazo.*

PRÁCTICAS DE PSICOLOGÍA SOCIAL, *R. de Diego Vallejo y M. Chico del Río.*

PROCESOS PSICOSOCIALES EN LOS CONTEXTOS EDUCATIVOS, *M. Marín Sánchez, R. Grau Gumbau y S. Yubero Jiménez.*

PSICOLOGÍA AMBIENTAL, *J. I. Aragonés y M. Amérigo (coords.).*

PSICOLOGÍA EN EL TRABAJO SOCIAL, *M. Herbert.*

PSICOLOGÍA SOCIAL, *L. Gómez Jacinto y J. M. Cantó Ortiz (coords.).*

PSICOLOGÍA SOCIAL. Cómo influimos en el pensamiento y la conducta de los demás, *C. Rodríguez Martín (coord.).*

PSICOLOGÍA SOCIAL. De la teoría a la práctica cotidiana, *C. Paterna Bleda, M. C. Martínez Martínez y J. J. Vera Martínez.*

PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA, *M. Clemente Díaz.*

PSICOLOGÍA SOCIAL: PROCESOS INTERPERSONALES, *M.ª N. Quiles del Castillo, M.ª D. Morera Bello y R. Rodríguez Torres.*

PSICOLOGÍA SOCIAL: PROCESOS INTRAPERSONALES, *M.ª N. Quiles del Castillo, F. Marichal García y V. Betancort Rodríguez.*

PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA COMUNICACIÓN. Aspectos básicos y aplicados, *Y. Pastor Ruiz (coord.)*

SOCIOLOGÍA. Claves para un acercamiento a la realidad, *F. Cruz Beltrán, C. Gómez Jaldón, E. Gualda Caballero y M. Ruiz García.*

TÉCNICAS MODERNAS DE PERSUASIÓN, *M. Roiz Celix.*

TRABAJANDO CON GRUPOS. Técnicas de intervención, *M. Marín Sánchez y Y. Troyano Rodríguez (coords.).*

VIOLENCIA EN PAREJAS JÓVENES. Análisis y prevención, *R. González Méndez y J. D. Santana Hernández.*

VIVIR SIN VIOLENCIA. Aprender un nuevo estilo de vida, *E. Echeburúa Odriozola, P. J. Amor Andrés y J. Fernández Montalvo.*

Si lo desea, en nuestra página web puede consultar el catálogo completo o descargarlo:

www.edicionespiramide.es