

ACCIÓN PSICOLÓGICA E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

PSYCHOLOGICAL ACTION AND PSYCHOSOCIAL INTERVENTION

ALIPIO SÁNCHEZ VIDAL* Y J. FRANCISCO MORALES**

* Universidad de Barcelona. ** UNED

Recibido 10-10-01

Aceptado 11-12-01

Resumen

Se formula una propuesta de relación entre la acción psicológica a desarrollar por la Psicología Social y el conocimiento generado por la disciplina. Se subrayan tres puntos principales, a saber, la existencia de un camino de ida y vuelta entre conocimiento y acción, la importancia que juega el análisis del contexto y la conveniencia de que la acción psicológica esté planificada como intervención social y psicosocial. Se subraya también el papel estratégico de la evaluación de programas y necesidades.

Palabras clave: Psicología Social aplicada, intervención social, intervención psicosocial, evaluación de programas y necesidades.

Abstract

To examine the relationship between psychological action and knowledge three main issues are considered, i.e., the mutual implication of action and knowledge, the need to take into account the context where the action occurs, and the advisability of planning psychological action as social or psychosocial intervention. The strategic role of need and program evaluation is stressed.

Key words: Applied Social Psychology, social intervention, psychosocial intervention, program and need evaluation.

La creación de conocimiento en psicología mantiene una relación de ida y vuelta con las acciones emprendidas por los psicólogos para mejorar las condiciones de vida de los miembros de la sociedad (Sánchez Vidal, 1993). La historia de la psicología muestra que la demanda social es una de las impulsoras más eficaces de nuevos desarrollos teóricos. Ejemplos significativos son los tests de inteligencia, los estudios sobre grupos o las investigaciones sobre persuasión y cambio de actitudes. Pero hay que destacar también que ese camino se puede recorrer en la dirección inversa. Valgan como ejemplo los estudios sobre atribución y su aplicación en las terapias con depresivos.

En conjunto, las prácticas psicológicas que se agrupan bajo la denominación general de «acción psicológica» constituyen un conglomerado complejo. Para describirlo no serán suficientes un par de sencillos trazos. En la «acción psicológica» confluyen innumerables demandas sociales que interpelan al psicólogo y muchos conocimientos psicológicos susceptibles de ser utilizados. El término «acción» apunta a un trabajo que incide sobre la realidad para cambiarla, mientras que el calificativo «psicológica» subraya la orientación específica de ese trabajo. El psicólogo no es el único que intenta mejorar las condiciones de vida de los miembros de la sociedad. Hay otras muchas profesiones que persiguen el mismo objetivo. Lo que distingue al psicólogo es que su trabajo está informado, orientado y guiado por el conocimiento psicológico.

La intervención psicosocial es una de las fórmulas más recientes y eficaces diseñadas para que la acción psicológica pueda enraizarse socialmente. Uno de sus rasgos definitorios es el intento de integrar al psicólogo en el contexto en el que va a desarrollar su trabajo. El supuesto de partida es que dicho trabajo será más eficaz si hay un compromiso del psicólogo, lo que exige, a su vez, que este no sea ajeno al contexto. Para llamar la atención sobre la importancia de la integración del psicólogo en el contexto, se hará, en primer lugar, una breve alusión a dos líneas de investigación aplicada en el ámbito de la salud, antes de pasar a una exposición más detallada del proceso y componentes de la intervención social y psicosocial.

Salud y hábitos de conducta

Cacioppo (1997) pone de relieve el impacto ejercido por los recientes cambios sociales sobre la salud de la población en los países del llamado primer mundo. Enfermedades que, hasta hace poco, eran causa de elevadas tasas de mortalidad, han sufrido un retroceso por el efecto conjunto de la higiene, las vacunas y la aparición de nuevos medicamentos. Sin embargo, y de forma paralela, han ido surgiendo nuevas amenazas a la salud de la población. El análisis realizado por este autor sobre la evolución de las enfermedades en los Estados Unidos de Norteamérica muestra una mejora en la esperanza de vida, aunque este dato optimista se atempera con un aumento del número de personas aquejadas por problemas crónicos de salud y secuelas de incapacidad progresiva. Es decir, mejora la esperanza de vida, sí, pero también la precariedad en las condiciones de vida.

Entre los muchos índices que se pueden utilizar para calibrar el impacto social y personal de la enfermedad destacan los costes económicos. Es significativo en este sentido el siguiente dato: en los Estados Unidos los servicios médicos detraían el 5% del PNB en 1960 y el 12% treinta años más tarde. Pero todavía más significativo es el hecho de que esa subida se debe, fundamentalmente, a aspectos de la conducta individual. En efecto, se estima que los factores sociales y de conducta explican el 50% de la tasa de mortalidad y gran parte de los problemas de salud tienen orígenes afectivos y se deben a la ansiedad, cólera o depresión y a sentimientos poco realistas de euforia e invulnerabilidad inducidos por drogas.

Datos del servicio público de salud del mismo país señalan que, modificando cinco conductas, resultaría posible reducir al menos siete de las diez causas principales de muerte. Las cinco conductas en cuestión son: uso de la medicación para controlar la presión arterial, evitación de la sobreexposición al sol, dieta, abandono del consumo del tabaco, práctica del ejercicio físico y evitación del abuso de alcohol y drogas. Tal vez ayudará a situar estos datos en la perspectiva adecuada la relación entre edad y enfermedad. Para las personas entre quince y veinte años, la principal causa de muerte son las

heridas no intencionales, de las que más de tres cuartas partes se producen en accidentes de tráfico. Sin embargo, más de la mitad de todos los accidentes de tráfico mortales en este grupo de edad tienen que ver con el consumo del alcohol. A principios de los años 80, en este grupo de edad, las muertes por accidentes mortales descendieron seguramente a causa de que en muchos estados del país se había elevado la edad mínima para el consumo de alcohol. Sin embargo, al volverse a rebajar dicha edad, las muertes por accidentes de tráfico en este grupo de edad han vuelto a subir.

La conclusión general es que los hábitos de consumo de los ciudadanos son inadecuados y generan una gran cantidad de problemas graves de salud. La psicología es, posiblemente, la ciencia que más aportaciones puede realizar para modificar esos hábitos. Se considerará a continuación una investigación que muestra cómo se puede pasar de la sugerencia de Cacioppo a una línea concreta de investigación.

Un ejemplo concreto: Los determinantes del cumplimiento terapéutico

Un estudio detallado de los problemas de salud que más frecuentemente se manifiestan en el cuidado hospitalario y ambulatorio lleva a DiMatteo (1995, p. 212) a concluir que la tecnificación de la medicina ha realizado avances sustanciales en los últimos cincuenta años sin que, desafortunadamente, la atención al paciente haya progresado en la misma medida.

En la aproximación de esta autora se subraya de manera especial la distinción entre aspectos técnicos y aspectos funcionales del cuidado de la salud. Hacer descender los valores de la presión sanguínea o acelerar el proceso de curación de una infección son aspectos técnicos. Su trascendencia está fuera de toda duda. Pero los aspectos funcionales no son menos importantes. Aunque el personal sanitario tienda a pasarlos por alto y a desentenderse de ellos, su elevado interés para los pacientes exige que se tengan en cuenta. Ejemplo de estos resultados funcio-

nales serían los siguientes: mantener un buen ritmo de actividad física y buenas relaciones con la familia y los amigos, tener equilibrio emocional y participar en el entorno como una persona productiva.

El problema que plantea la falta de cumplimiento terapéutico es una buena muestra de lo que sucede cuando los aspectos funcionales se minimizan, ignoran o menosprecian. Se entiende por falta de cumplimiento terapéutico o no cumplimiento la negativa del paciente a seguir el tratamiento sugerido por el médico. Esto puede suceder por tres razones fundamentales: la falta de acuerdo con el tratamiento impuesto (este sería, en realidad, la negativa en sentido estricto), el hecho de no comprender en qué consiste el tratamiento y el haberlo olvidado. Resumiendo, el no cumplimiento puede sobrevenir por falta explícita de acuerdo, por incompreensión y por olvido.

Los estudios realizados por DiMatteo (1995) sobre esta cuestión confirman lo ya encontrado por autores que la precedieron: las tasas de no cumplimiento oscilan entre un 75 y un 80%. Un volumen tan elevado de casos en los que los pacientes se distancian de las recomendaciones de sus médicos no deja de llamar la atención. En efecto, es llamativo que una persona, ante un problema de salud, recurra al médico para distanciarse, acto seguido, de sus recomendaciones. DiMatteo ha demostrado, a través de sus propias investigaciones y de las realizadas por otros autores, que existen dos determinantes fundamentales del no cumplimiento.

Está, en primer lugar, el convencimiento del paciente de que el tratamiento es inadecuado y que no vale la pena, debido a que sus costes no son asumibles para él. Esto sucede cuando cree que el tratamiento exige excesivo tiempo, energía, atención o produce un malestar físico o emocional que supera incluso al de la enfermedad. En segundo lugar, se encuentra no cumplimiento cuando el paciente cree que el tratamiento es excesivamente difícil de seguir y que carece de apoyo para poder cumplirlo.

Una implicación de lo anterior es que el paciente interviene de una forma activa en el

proceso de cuidado médico. Si no fuera así, no podría interferir en él a través del no cumplimiento. DiMatteo concluye que ello debe llevar a una actuación proactiva por parte de los profesionales de la salud. Es decir, conviene que los profesionales se adelanten al posible no cumplimiento. La primera forma de hacerlo es investigando, antes de recomendar un curso de acción al paciente, cuál es su contexto concreto, sus características psicosociales y sus necesidades. La segunda es aceptando el derecho de todos los pacientes a participar en las decisiones que se toman acerca de su vida. Este segundo punto puede ser difícil de aceptar para muchos profesionales de la salud, que no están acostumbrados a compartir sus responsabilidades en las decisiones que toman con respecto al cuidado de la salud de los pacientes.

En un estudio realizado en varios hospitales se evaluaba a residentes de medicina interna, medicina de familia y cirugía de cuatro maneras diferentes. Cada residente se evaluaba a sí mismo, era evaluado por todos los demás residentes, por sus supervisores y, finalmente, por sus pacientes. El foco de interés de la evaluación era doble: las habilidades técnicas y las habilidades interpersonales (en sus interacciones con los pacientes) de cada residente. Las preguntas sobre habilidades técnicas incluían la inteligencia, el sentido común, el conocimiento y la capacidad médico-científica, el juicio profesional y el acierto en el diagnóstico (o habilidad quirúrgica). Las preguntas sobre habilidades interpersonales se referían a la cortesía en el trato con los pacientes, la dedicación, sensibilidad y perceptividad, la calidad de la relación con el paciente, la amabilidad, humanidad y empatía. El resultado fundamental fue que tanto los supervisores, médicos con gran experiencia clínica, como los pacientes, encontraban que los residentes con mejores habilidades técnicas eran también los que mejor trataban a los pacientes, los que más hablaban con ellos y se preocupaban más por ellos.

La investigación de DiMatteo sugiere que, cuando no funciona la comunicación médico-paciente, la probabilidad del no cumplimiento es elevada. Así, en la investigación a la que se está haciendo referencia, se demostraba que con excesiva frecuencia los pacientes no com-

prendían los beneficios a obtener del tratamiento prescrito porque sus médicos no lo habían explicado suficientemente. A ello se une el que los médicos no intentaban comprobar si los pacientes podían seguir el tratamiento que se les imponía.

Todo lo anterior sugiere que la causa fundamental de por qué no ha avanzado la atención al paciente en la misma medida que la tecnificación de la medicina es la separación entre progreso técnico y preocupación por el paciente como persona, con el consiguiente desprecio por su participación en el proceso de cuidado de salud. En otras palabras, los progresos técnicos no han incorporado el conocimiento de la psicología.

Intervención psicosocial y comunitaria

Una consideración detenida de las aportaciones de Cacioppo (1997) y de DiMatteo (1995) servirá para traer a un primer plano la existencia de varias respuestas posibles a la omnipresente pregunta de «qué puede hacer el psicólogo social en la práctica». Se aludirá aquí a dos propuestas, esencialmente coincidentes, la de Rothman y Thomas (1994) y la de Weyant (1986), que, a nuestro juicio, constituyen una buena forma de organizar esas respuestas. Weyant, agrupa el contenido de las aportaciones aplicadas de los psicólogos sociales en tres categorías crecientemente descentradas del conocimiento y progresivamente ligadas a la técnica de actuación: investigación aplicada, utilización de conocimiento en tareas prácticas e intervención psicosocial. Rothman y Thomas (1994) proponen un modelo de investigación interventiva (*intervention research*) constituido por tres áreas: desarrollo de conocimiento utilizable derivado de la investigación social y conductual, utilización de conocimiento en aplicaciones prácticas y diseño y realización de intervenciones a partir de tecnología útil para alguno de los aspectos del proceso interventivo: programas, métodos, políticas, redes de servicios.

Las tres áreas del modelo se pueden ordenar en un proceso que comienza con la creación de conocimiento, sigue con su utilización práctica directa (aplicación) y concluye con la incorpo-

ración («traducción» a técnica práctica) a la intervención social. Ese esquema guiará esta exposición: se abordan primero los conceptos y líneas de aplicación psicosocial, después se pasará a considerar la intervención y la evaluación social vista desde una perspectiva amplia y comunitaria que incluye la consideración de la noción emergente de intervención psicosocial.

Conceptos

Para George Miller (1969) el potencial transformador de la Psicología no consiste tanto en su aplicación práctica por los expertos (tecnología), como en sembrar concepciones sobre lo que es humanamente posible y deseable. Ejemplos de su propuesta serían el psicoanálisis, la teoría «Y» de McGregor o la Psicología Comunitaria. El psicólogo debe, para ello, «regalar» los conocimientos psicológicos a la gente. El conocimiento psicosocial tendría, así, una función iluminadora o ilustradora. Hornstein (1975) describe tres formas de intervención psicosocial: investigación básica y orientada hacia los problemas; orientación, en que se difunde conocimiento para que otros puedan actuar; y tecnología social que crea instrumentos técnicos de cambio como terapia, consulta, mediación o ingeniería social. Street y Weinstein (1975) describen tres variantes de práctica social: ingeniería social, activismo e ilustración. En nuestro país, Morales (1982) ha resumido la literatura aplicada en tres puntos de vista (que juzga insuficientes): extensión de la teoría, extensión de la metodología (del rigor metodológico) y tecnología social. Sánchez Vidal (1993b) ha propuesto cuatro funciones para la difusión de programas de acción social: testimonial, mostrando las realizaciones prácticas de un área de actuación; diseminadora de información práctica; modélica, para los practicantes de un campo; y reflexiva para extraer conclusiones teóricas y prácticas aplicables a otros casos y situaciones.

Variantes básicas

Cabe resumir las formas citadas de utilización de conocimiento psicosocial en cuatro for-

mas básicas. Estaría, en primer lugar, la «Tecnología social», la variante más técnica y autónoma respecto del conocimiento: prima la habilidad práctica (el saber hacer) sobre el saber teórico, útil sólo en la medida que genere técnicas prácticas. El «aplicador» es aquí un técnico que integra y utiliza materiales teóricos creados por otros.

En segundo lugar, la «Ilustración y orientación», formas intermedias, indirectas de utilizar conocimiento. En vez de ser usado directamente por quien lo genera, las teorías o los métodos están aquí al servicio de otro (técnico, político), que es el verdadero actor social (orientación) o bien «iluminan» la vida de la gente ayudándole en sus tareas y dificultades diarias (ilustración).

En tercer lugar, el «Activismo socio-político», cuando prima el aspecto valorativo sobre el cognitivo; el compromiso social sobre la asepsia experta. Al poner el conocimiento al servicio de un grupo, unos intereses o un ideal ético, el practicante pasa de experto neutral a activista social o político.

En cuarto lugar, el «Uso científico-técnico» del conocimiento en la acción social «planificada» en forma de evaluación (de problemas y programas) y diseño de acciones. Son las formas de más frecuentes de utilización de conocimiento de orientación marcadamente metodológica a medio camino entre la ilustración (más teórica) y la tecnología social (más técnica) y sin la dimensión política del activismo social.

Líneas de utilización de técnicas y conocimiento psicosocial

Se describen aquí cuatro destacadas líneas de uso del conocimiento y las técnicas intervencionales: difusión de investigación básica a la comunidad, diseminación de programas, comunicación de innovaciones y deducción de principios de acción social a partir de la evidencia existente.

Diseminación de investigación básica a la comunidad. La Psicología Comunitaria ha planteado iniciativas de utilización del conocimien-

to y la información (sobre todo en Latinoamérica: Fals Borda, 1992; Irizarry y Serrano García, 1979) ligadas al uso «saber popular» y a la «devolución», debidamente elaborada, a la gente de la información recogida. Además de obtener información sobre los sujetos «afectados», ambas estrategias buscan promover el desarrollo personal y el cambio social haciendo a la comunidad partícipe de su propia transformación. Los supuestos subyacentes son que el común de la gente tiene un conocimiento valioso, y distinto, del saber profesional y que la comunidad es propietaria (al menos co-propietaria) de la información que genera y que recoge el psicólogo. En Estados Unidos, Chavis y otros (1983) difundieron los hallazgos de un proyecto investigador sobre sentimiento de comunidad y participación realizado en un barrio. Para ello distribuyeron resúmenes de los resultados entre los «porteros sociales» (gatekeepers: líderes, políticos locales y similares) e involucraron activamente a una asociación vecinal tanto en determinar los contenidos que deberían ser incluidos en los informes y el formato de las sesiones de devolución como en la propia presentación de los hallazgos y, al final del proceso, en la dirección de las discusiones sobre los temas planteados y las medidas a adoptar en el barrio.

Las conclusiones de la experiencia son que ciudadanos y científicos son inter-dependientes de forma que una interacción honesta entre ellos y la propia experiencia de difusión de información debe reportar beneficios mutuos, sin tampoco ignorar los problemas y costes que comporta ese proceso; muchos psicólogos poseen información y conocimientos metodológicos potencialmente útiles para la comunidad; la dicotomía investigación básica-investigación aplicada no tiene sentido en este tipo de acciones; la forma en que se comunica la información, es importante y debe ser preparada y llevada a cabo con gran cuidado.

Difusión de programas. La evidencia del escaso impacto práctico que las formas tradicionales de difusión de intervenciones (presentación en congresos y la publicación en revistas especializadas) llevó a Fairweather y sus colegas (1974, 1977 y 1986) a desarrollar alternativas más efectivas que incluyen, además de la pre-

sentación de datos empíricos, la influencia social por medio de contactos personales. Teniendo como sustrato filosófico la «cuasi-experimentación» (Campbell, 1969) y la experimentación social, estas estrategias de difusión comienzan con una evaluación cuidadosa del sistema social destinatario de la difusión centrada en los siguientes aspectos clave para decidir la estrategia difusora a adoptar: sistemas de poder y liderazgo; actitudes hacia el cambio; y resistencias previsibles en función del cambio de rol exigido, tradiciones, intereses profesionales, entre otros. La evidencia acumulada en áreas comunitarias, institucionales y organizacionales lleva a los autores a concluir que las estrategias más efectivas son: el contacto personal y la demostración in situ del programa a los líderes o aquellas personas favorables al cambio en general o a los cambios concretos propuestos; la aportación de evidencia empírica sobre la eficacia del programa combinada con la interacción personal.

Comunicación de innovaciones. Rogers y Shoemaker (1971) han sistematizado los datos emergentes de una amplia base documental de literatura social sobre la divulgación de ideas y técnicas nuevas (nuevas para el receptor no para el divulgador). Para ello el agente de cambio entra en contacto con el receptor y busca información selectiva para inducirle a adoptar dicho cambio. Por ejemplo, una campaña para convencer a las mujeres de un pueblo peruano de que hiervan el agua para uso doméstico.

Los elementos básicos del proceso de comunicación y adopción social de innovaciones analizado por Rogers son la idea, artilugio, técnica o mercancía nueva a introducir; el sistema «diana» o blanco, que puede ser un grupo, una organización, una comunidad o algún otro colectivo; la capacidad relativa de absorción de novedades del sistema diana; los medios (televisión, radio, prensa) transmisores de la comunicación impersonal masiva; la comunicación cara a cara, personalizada; los actores que pueden contribuir a difundir y adoptar innovaciones, «localistas», orientados hacia la comunidad local o «cosmopolitas», más abiertos a la influencia exterior. El proceso pasa por varias etapas como: conciencia de la innovación; interés por ella y búsqueda de información; evalua-

ción; decisión de probar la innovación; y decisión sobre su adopción o rechazo. Rogers examina con ejemplos la evidencia disponible sobre los diversos aspectos del proceso como atributos percibidos de la innovación, categorías socio-demográficas de quienes adoptan novedades, opiniones de los líderes y flujo de ideas, características del agente de cambio o consecuencias de las innovaciones.

Deducción de principios de acción social. También Rothman (1974) ha destilado en forma de principios de acción social la «sabiduría práctica» contenida en un amplio cuerpo documental. La evidencia contenida en los casi 600 documentos manejados fue agrupada en 14 áreas temáticas prácticas como comunicación, toma de decisiones comunitaria, participación, planificación, influencia social, resistencia al cambio o roles desempeñados. Los resultados son presentados en un formato de cuatro ítems particularmente recomendable para sintetizar prácticamente las aportaciones de bases documentales teóricas:

En primer lugar, generalizaciones deducibles del acuerdo de los datos empíricos aportados por el conjunto de documentos sobre un tema, como la tendencia de los profesionales sociales a asumir (o evitar) los papeles de gran contenido político.

En segundo lugar, base documental, es decir, los documentos que contienen información sobre el tema en cuestión.

En tercer lugar, fuerza con que la literatura apoya la generalización en una escala variable (de uno a cuatro puntos) y que avalaría su aptitud para orientar la práctica.

En cuarto lugar, principios de actuación derivados utilizables también como hipótesis prácticas o teóricas a validar en futuros estudios. Por ejemplo, la generalización sobre el contexto institucional de la acción social, señala que el aumento de tamaño organizacional conlleva un aumento de la regulación formal e impersonal frente al control informal y personalizado y recibe un apoyo empírico y documental moderado. De ella se derivan como principios prácticos: la necesidad de anticipar

un mayor uso de reglas y sanciones; la conveniencia de preparar al personal para una redefinición de roles y para las consecuencias del aumento de la comunicación escrita; el fortalecimiento de los canales de relación informales existentes y la creación de otros nuevos para contrarrestar las previsibles consecuencias negativas del proceso.

Definición y componentes de la intervención social

La intervención social (IS) ha recibido poca atención conceptual y teórica. La serie «Intervenciones Sociales y Comunitarias» periódicamente incluida desde 1973 por el *Annual Review of Psychology*, Barriga y otros (1987), Goodstein y Sandler (1978); Hurrelman y otros (1987), Sánchez Vidal (1990, 1993a y 1996) o Sánchez Vidal y Musitu (1996) son fuentes de información al respecto. Teniendo en cuenta esa literatura proponemos una definición general de la IS, señalando sus componentes, cuestiones previas y supuestos valorativos coherentes con un estilo interventivo comunitario y un proceso general de intervención. Se apuntan asimismo algunas concepciones emergentes y límites de la intervención psicosocial (IPS). Se puede hacer, no obstante, una distinción –reiterada en la literatura bajo variadas nomenclaturas– entre un abordaje externo, organizado y eminentemente técnico, la IS y otro, interno, menos técnico y más centrado en el proceso y protagonizado por la comunidad que podemos llamar «acción social» (Castro, 1993). Aquí seguimos básicamente el abordaje «externo» incorporando, sin embargo, ciertos rasgos del abordaje interno de acción social coherentes con el estilo interventivo comunitario.

La IS se puede definir como una acción intencionada para cambiar una situación que según ciertos criterios (necesidad, riesgo de conflicto o daño, depredación ambiental, entre otros) se considera intolerable o suficientemente alejada de unas pautas ideales de funcionamiento y relación social (libertad, justicia social, sostenibilidad y similares) como para necesitar corrección en una dirección marcada por unos objetivos.

Existen una serie de rasgos destacables de la IS. Por ejemplo, y para empezar, es una acción externa al sistema social que ha perdido su capacidad de regirse por sí mismo. El contenido de la acción (por ejemplo, dinamización, formación, prevención, aumento de la cohesión social, redistribución de poder y recursos) viene marcado por los objetivos a alcanzar.

Por otra parte, la acción puede ser «responsiva» (respuesta a una demanda de ayuda) o impositiva, en situaciones (pongamos por caso, maltrato, pobreza, opresión) que se estima preciso cambiar aunque no haya petición de ayuda; genera responsabilidades éticas tanto por acción (por lo que se hace y sus consecuencias) como por omisión: lo que, debiendo hacerse, no se hace.

Al tiempo que es intencionada o deliberada, no casual o fruto del azar, la IS es también autorizada, ya que el interventor puede interferir en la vida de personas y grupos sociales porque tiene una autoridad política (mandato democrático del político para representar los intereses de la comunidad y ayudar a resolver sus problemas) o técnica: la que el profesional deriva del conocimiento, experiencia válida y habilidades metodológicas y técnicas para diseñar, organizar, realizar y evaluar competentemente acciones sociales.

En cierta medida, la IS presupone que el sistema social ha perdido su capacidad de autoregularse, de resolver efectivamente los problemas y alcanzar objetivos y aspiraciones básicas (educar a los niños, asociarse con otros, mantener la seguridad y similares), por lo que necesita ayuda externa.

Funciones

Se han propuesto varias tipologías de IS, con frecuencia asociadas a la función básica de cada tipo de intervención. Sánchez Vidal (1996) contempla cinco funciones, complementarias y no estrictamente excluyentes, de la acción social.

En primer lugar, prestación de servicios (como salud, educación, servicios sociales) a las

personas usando criterios poblacionales, sociales (dirigidos a los más débiles) o comunitarios (realizados en el contexto social inmediato, con participación de la gente y promoviendo recursos de personas y colectivos).

En segundo lugar, desarrollo de recursos humanos de dos tipos. Uno, recursos de ayuda para enfrentarse a los propios problemas (así, entrenamiento de destrezas sociales), para ayudar a resolver los problemas de otros (por ejemplo, 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 en asociaciones locales, organización comunitaria, programas de salud y de desarrollo de un barrio.

En tercer lugar, prevención de los problemas psicosociales en sus variantes prevención primaria, secundaria (atención global y reorganización de servicios) y terciaria (rehabilitación y resocialización).

En cuarto lugar, reconstrucción social, creando instituciones «artificiales» (como hogares para personas maltratadas, familias de acogida, comunidades terapéuticas, grupos de ayuda mutua) que compensen la pérdida de cohesión y función social de grupos primarios (familias, iguales, comunidades) en sociedades marcadamente anómicas, utilitaristas y despersonalizadas.

En quinto lugar, cambio social en sentido «fuerte»: el cambio que busca cambiar la estructura y funcionamiento de una comunidad o sociedad con frecuencia redistribuyendo el poder y los recursos sociales disponibles. Usa estrategias como: organización social, creación de instituciones paralelas, investigación-acción participativa, democracia directa, educación popular o autogestión comunitaria.

Al calificar de «social» una intervención cabe la posibilidad de aludir, en realidad, a dos formas de actuar diferentes desde el punto de vista conceptual, técnico y ético: a) una acción global, supraindividual que suele perseguir el incremento de la calidad de vida de grandes mayorías

sociales; b) una acción, más política y menos técnica, centrada con frecuencia en minorías vulnerables o excluidas y dirigida a disminuir desigualdades y aumentar la justicia social

Componentes

La IS consta de tres partes relacionadas entre sí, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de diseñar, realizar y evaluar las acciones sociales.

La primera es la técnica. Aquí se ubican la metodología y procedimientos técnicos (por ejemplo, el diseño de programas, la ejecución de acciones, la evaluación de necesidades y resultados) usados para conseguir los objetivos marcados. La técnica es instrumental: un medio para producir efectos buscados.

La segunda es la estrategia, es decir, la manera de llevar a la realidad concreta las soluciones técnicas racionalmente diseñadas: obtención de medios, motivación social, abordaje de problemas o metas positivas y similares. Conecta la racionalidad técnica (y los ideales reflejados en los objetivos de los programas) con la realidad social específica asegurando la viabilidad de las intervenciones.

La tercera está compuesta por los aspectos valorativos, esas dimensiones éticas y políticas involucradas en la propuesta de objetivos, diseño, realización y evaluación de la IS. Incluye cuestiones como: valores que guían la acción, destinatario, papel asumido por cada parte, criterios de valoración de resultados y similares.

Presupuestos

La IS plantea una serie de cuestiones previas (Sánchez Vidal, 1999) como: eventual contradicción entre medios (acción externa) y fines de incremento de la autonomía personal; legitimidad de interferir en la vida de la gente y en sus relaciones sociales y riesgos (piénsese, a modo de ejemplo, en la dependencia) del intervencionismo profesional; intencionalidad del psicólogo

y problemas asociados (dialéctica intenciones-resultados, intenciones no reconocidas y autobeneficencia del interventor y riesgo de anular al otro); cuestionamiento de la racionalidad científico-técnica por otro tipo de lógicas (como la política) o por los efectos imprevistos de las acciones; y límites científicos (en cuanto a la base de conocimiento social del psicólogo) y éticos (autoridad moral de la acción social no profesional) de la autoridad técnica.

Todas estas cuestiones exigen, lógicamente, un debate amplio. Sin embargo, de forma provisional pueden ser abordadas desde una serie de supuestos ético-políticos, en gran parte coincidentes con la forma de trabajar –o estilo interventivo– comunitario. Para empezar, se utiliza un concepto amplio de IS que incluye, por una parte, el desarrollo de recursos y la participación de la gente y, por otra, una doble perspectiva de resolver problemas a corto plazo y de estimular capacidades de la gente para enfrentarse a ellos a medio y largo plazo. Además, la intervención está justificada a) por añadir algún elemento (conocimientos, dinamización, técnicas y similares) de que el sistema carece y que precisa para recuperar su capacidad para auto-regularse, b) por complementar capacidades o procesos psicosociales existentes pero inoperantes o insuficientes para hacer realidad las aspiraciones de la comunidad, y c) por ser compatible con los deseos y valores básicos de la comunidad y con su participación en los cambios.

Hay que mencionar asimismo el hecho de que el interventor tiene en cuenta, como contrapeso de sus intenciones subjetivas, los resultados «objetivos» de las intervenciones y examina las «agendas ocultas» para excluir el auto-beneficio ilegítimo. Tampoco cabe olvidar que se ponen los medios (formación adecuada, recopilación de información, programas piloto, evaluación de programas y otros por el estilo) necesarios para evitar o minimizar los efectos secundarios indeseados de las acciones, especialmente en relación con colectivos vulnerables. Finalmente, hay que aludir a la solidaridad social y a la responsabilidad pública como bases de la solución de problemas sociales; corresponsabilidad psicólogo-comunidad que evite tanto la irresponsabilidad social del primero como la pasividad o victimización de la segunda.

Proceso

Proceso y métodos interventivos son instrumentales: dependen del nivel social, tema y contexto en que se actúa y, también, de la estrategia usada. Sintetizamos pasos típicos del proceso interventivo subrayando temas y tareas importantes en cada paso.

El primer paso es la Identificación y definición del problema a resolver o tema positivo a desarrollar. Además de delinear el marco teórico usado y su conexión con la intervención, se justifica la intervención, su necesidad y pertinencia en la situación específica y se describe el contexto social y político-institucional en que se desenvuelve.

El segundo es la Evaluación o prospección inicial centrada en el tema objeto de la acción y razón, u origen, concreto por la que se inicia el programa: encargo recibido, demanda poblacional expresada, iniciativa de los profesionales, entre otros. Según ese origen, la intervención tendrá unas ventajas y unos inconvenientes: el encargo desde arriba suele garantizar los medios pero no la motivación de la gente; al contrario, la demanda suele garantizar la motivación pero no los medios. En general habrá que aclarar y, en su caso, negociar o redefinir el encargo o demanda según las habilidades y medios de que el equipo interventor disponga.

El tercero es el Diseño, programación y planificación de la intervención con inclusión (realista, precisa y jerarquizada, si es posible) de los objetivos planteados, contenidos del programa (acciones a realizar para alcanzar los objetivos) y medios (financieros, de personal y materiales) precisos.

El cuarto es la Ejecución de la intervención y estrategia prevista: acceso a la población o contexto «diana»; obtención de recursos; forma de implicar a personas y colectivos; mantenimiento del programa y su personal; sistemas de seguimiento y detección de desviaciones (evaluación de proceso).

El quinto es la Evaluación de resultados del programa: cumplimiento de objetivos plantea-

dos (eficacia), utilidad social o impacto global para la comunidad (incluyendo también los efectos negativos o indeseables) y satisfacción subjetiva de los usuarios. Toda evaluación debe tener un seguimiento posterior para observar si los efectos inicialmente detectados se mantienen, o no, con el tiempo.

Intervención psicosocial: concepto y límites

Hasta aquí hemos contemplado la IS como un todo globalizado, subrayando los aspectos psicosociales y comunitarios. La pregunta en este punto es si se puede hablar con propiedad de una auténtica «intervención psicosocial», expresión cada vez más usada entre nosotros (Barriga y otros, 1987; Luque, 1988; López Cabanas y Chacón, 1997; Musitu y otros, 1993; San Juan, 1996). Se revisarán algunos conceptos y opiniones antes de avanzar los posibles significados y alcance –potencial y límites– de la IPS.

Rueda (1986) llama «praxis psicosocial» a la actuación que, partiendo de las formas de adaptación colectivas (pautas de significación, interacción y comportamiento) poco apropiadas de las personas, propone alternativas psicosociales menos problemáticas y acordes con sus deseos compartidos. Se cuenta para ello con la capacidad de autogestión de la comunidad y se ahonda en la contradicción dialéctica entre ambos sistemas adaptativos: el actual, no satisfactorio, y el alternativo, que está todavía por construir. Sánchez Vidal (1990), haciendo gala de un escepticismo razonado, apunta dos concepciones posibles de la IPS: 1) como relación entre variables sociales y psicológicas en que la intervención sobre las primeras produce cambios deseados en las segundas; 2) como acción centrada en las variables «interactivas», propiamente psico-sociales, relacionales y pequeño-grupales.

¿Cuáles podrían ser, pues, los contenidos básicos de una IPS, en gran parte por concretar? En línea con lo ya apuntado, cabe señalar el conjunto de esfuerzos interventivos de los psicólogos en la acción social. Aquí entran los

aspectos de subjetividad social incluidos en alguno de los tres aspectos básicos de las cuestiones sociales, tanto las de carácter problemático como positivo, a saber, causas, consecuencias y soluciones. Por ejemplo: «construcción» de los problemas sociales y de sus soluciones; dinamización grupal; efectos subjetivos colectivos los temas sociales (percepción de «inseguridad ciudadana», sentimientos de pertenencia o de impotencia colectivo); mantenimiento y difusión de programas interventivos.

A lo anterior hay que añadir las cuestiones y procesos en que grupal o colectivamente las personas llegan a ser sujetos y agentes sociales (no objetos de la acción de otros): participación y «activación» social, autogestión comunitaria, organización colectiva, movimientos sociales, entre otros. En esta visión de la IS, prima el carácter de interacción o influencia entre actores sociales, adopta el enfoque psicosocial y privilegia aspectos relacionales y grupales (como generación y frustración de expectativas, relaciones de influencia y poder).

Potencial y límites de la Intervención psicosocial

El mayor potencial de la acción supraindividual frente a la acción clínica individual deriva de su mayor aplicabilidad en las situaciones problemáticas actuales, cada vez más globales e interconectadas, y de su eficacia, también mayor en función de una adecuación más ajustada al tipo de problemas afrontados, que son cada vez más psicosociales. Hay que señalar, al mismo tiempo, que la mayor profundidad –y previsiblemente mayor duración– de los efectos del cambio psicosocial o social frente al individual es otro factor a tener en cuenta. Por último, conviene referirse a la mayor cobertura poblacional y, en consecuencia, la mayor eficiencia comparativa del cambio conseguido.

Ahora bien, la superior ambición y potencial de IPS e IS encierra mayores dificultades y limitaciones (Sánchez Vidal, 1993a). Está, en primer lugar, el distinto nivel, y carácter, de causas y efectos: la IPS ofrece soluciones en los niveles relacional o grupal a fenómenos sociales globa-

les. Al no tener acceso al nivel causal de las estructuras o sistemas sociales globales, se acaban manipulando las consecuencias personales o relacionales de los problemas, no sus causas o raíces, con lo que la IPS (y la IS) tiene un carácter más paliativo que resolutivo. No hay que olvidar que, aunque tuviera acceso a esos niveles causales, la titularidad del cambio no corresponde al interventor psicosocial o social sino al conjunto de la sociedad.

Una segunda dificultad es el distinto nivel de análisis. La IS precisa un análisis global de las cuestiones, mientras que el análisis psicosocial es, como el de cualquier disciplina, limitado y unilateral. Un tipo distinto de limitaciones son las que se originan en la base científica social y psicosocial. Otra dificultad diferente tiene que ver con la documentación de resultados, derivada de la complejidad de los asuntos sociales y de su modificación como de los límites del conocimiento y metodología existentes.

Está limitada por problemas motivacionales y de acceso a la población. Como es fácilmente comprobable, las personas y grupos sociales que más necesitan la IS (los más débiles y marginados) suelen estar menos motivados o son, por su situación de marginalidad, desinformación o desorganización social, difícilmente accesibles a la intervención. Los efectos de la IPS, además, son a largo plazo, por contraposición a la relativa inmediatez de las actuaciones individuales. Ello dificulta la «visibilidad» de los efectos de los programas (y su documentación) y se enfrenta a las exigencias políticas de resultados inmediatos.

Plantea asimismo cuestiones éticas más complejas que la acción individual y que pueden reducir las opciones realizables desde el punto de vista técnico y se enfrenta a serias limitaciones técnicas, ya que el psicólogo tiene menos familiaridad con los métodos de IS que, pongamos por caso, con la terapia. La procedencia de esos métodos es con frecuencia multidisciplinar, no exclusivamente psicológica. Además de ser mucho más costosa que la acción clínica, la IS, conlleva el peligro constante de ser mediatizada e instrumentalizada por los administradores o políticos que la pagan para favore-

cer sus propios intereses no los de la comunidad o el destinatario social de aquella.

Por último, pero no menos importante, existe el peligro de la homogeneización transindividual de las acciones. Si bien la acción social permite atacar elementos causales comunes en grandes grupos, no puede, en cambio, abordar los aspectos diferenciales de cada individuo (aunque sí las singularidades de cada colectivo o comunidad).

Como forma de solucionar las limitaciones y dificultades anteriores, se han sugerido una formación y actuación multidisciplinar más intensa, una mayor sensibilización de los gestores políticos a la naturaleza y relevancia de los aspectos psicosociales en los asuntos y programas sociales, el reconocimiento por parte del psicólogo tanto del potencial como de los límites de esos aspectos; realización de investigación aplicada y análisis intelectual de las condiciones de «aplicabilidad» del conocimiento y la metodología psicosocial, evaluación de programas, incluyendo análisis causal de los resultados, orientación comunitaria y preventiva de las acciones, sensibilización social y política sobre la naturaleza de la acción social, formación ética práctica para analizar las cuestiones de valor y actuar correctamente, e intervenciones multimétodo y tipologías sociales que permitan singularizar características y problemas diferenciados de los grupos sociales.

Evaluación de necesidades y programas

Para finalizar, se hará una breve alusión a la evaluación, advirtiendo, antes que nada, que se trata de un término con múltiples significados, especialmente en función del uso que se pretenda dar a los datos obtenidos, que puede ir desde el diseño de la intervención a la toma de decisiones, pasando por la mejora de programas, el examen de consecuencias o el análisis de las relaciones entre variables, entre otros.

Aquí se concibe la evaluación como un instrumento para intervenir y como un proceso interactivo que trasciende el concepto tradicional, hoy obsoleto, de evaluación como mera

recogida de información. La evaluación se realiza principalmente en dos momentos del proceso interventivo: a) evaluación inicial o de necesidades (EN), que precede a la intervención y sirve para diseñarla; b) evaluación de programas (EP), tras la intervención, que valora los resultados de esta, los cambios producidos en la situación inicial en relación con el asunto de interés o con los objetivos planteados.

En la evaluación de necesidades se debe calibrar, además de los problemas o necesidades presentes, sus raíces y conexiones con factores psicológicos y sociales que mantienen los problemas e impiden su solución, estableciendo así una hipótesis causal que permita actuar sobre esos determinantes. La información recogida en la EN permite: marcar los objetivos de la intervención y evaluar sus resultados comparando la situación inicial con la posterior a la intervención. Además de los problemas o necesidades la EN ha de incluir los recursos o capacidades personales y sociales útiles para intervenir (nivel cultural y económico, asociaciones sectoriales y redes de servicios, solidaridad, entre otros) y la actitud y motivación de los colectivos sociales afectados, un factor estratégico clave para la realización de cualquier tipo de acción.

A la evaluación de programas corresponde valorar los cambios producidos por la intervención en la situación y el asunto de interés, comparando el estado final con la evaluación inicial o estableciendo el grado en que se han cumplido los objetivos marcados. Debe incluir la evaluación de proceso que permita observar si el programa progresa, o no, en la dirección deseada, a fin de poder introducir correcciones y ajustes, así como el seguimiento posterior (con una o dos mediciones adicionales tras la terminación del programa) para ver si los efectos generados se mantienen o no. Para evaluar apropiadamente los cambios producidos, la EP debe incluir tres tipos contenidos o indicadores complementarios. En primer lugar, la eficacia, es decir, en qué medida ha cambiado la variable de interés o se han alcanzado los objetivos propuestos. Este es un criterio básicamente técnico, definido por el experto. En segundo lugar, la satisfacción o bienestar de aquellos que son atendidos en la intervención. Aquí se trata de

una percepción subjetiva, en concreto, la de los usuarios del programa, que está muy ligada al tipo de relación establecida con ellos. En tercer lugar, la utilidad que el programa tiene para la comunidad o población en su conjunto (y no sólo para los grupos diana o blanco). La utilidad está próxima al impacto (que incluye el conjunto de efectos) y va ligada a la utilización de los servicios del programa o a la participación social en sus actividades.

Conclusión

Existe una mutua implicación entre el conocimiento generado por la psicología y la acción psicológica que la disciplina realiza en medio del contexto social. Conocimiento y acción psicológica no serían comprensibles el uno sin la otra. El psicólogo hará bien en ser proactivo y no esperar a que surja, como por ensalmo, una conjunción de conocimiento y acción. Dispone en la actualidad de múltiples formas de producir la convergencia de ambos y su cometido se verá facilitado en gran medida por la planificación cuidadosa que le permiten la intervención social y psicosocial.

Referencias

- Barriga, S., León, J. M. y Martínez, M. (comps.) (1987). *Intervención Psicosocial*. Barcelona: Hora.
- Bryk, A. S. (ed.) (1983). *Stakeholder-based evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cacioppo, J. T., (1997), *The changing landscape of Health in the US: Implications for Consumer Psychology*, Conferencia pronunciada en la Reunión de la Sociedad de la Psicología del Consumo, Columbus, Ohio, Mayo
- Campbell, D. T. (1969). «Reforms as experiments». *American Psychologist*, 24, 409-429.
- Castro, C. (1993). *La Psicología, los procesos comunitarios y la interdisciplinariedad*. Veracruz, México: Universidad Veracruzana.
- Chavis, S., Stucky, P. E. y Wandersman, A. (1983). «Returning research to the community. A relationship between scientist and citizen». *American Psychologist*, 11, 424-434.
- DiMatteo, R., (1995), «Health Psychology Research: The Interpersonal Challenges». En G. R. Brannigan y M. R. Merrens (eds.), *The Social Psychologists: Research Adventures*, Nueva York, McGraw Hill
- Fals Borda, O. (1992). «La ciencia y el pueblo: Nuevas reflexiones». En M. C. Salazar (comp.), *La investigación-acción participativa* (pp. 65-84). Madrid: Editorial Popular-Organización de Estados Iberoamericanos.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H. y Tornatzky, L. G. (1974). *Creating change in mental health organizations*. Nueva York: Pergamon Press.
- Fairweather, G. W. y Davidson, W. S. (1986). *An introduction to community experimentation*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Fairweather, G. W. y Tornatzky, L. G. (1977). *Experimental methods for social policy research*. Nueva York: Pergamon.
- Goodstein, L. D. y Sandler, I. (1978). «Using Psychology to promote human welfare: A conceptual analysis of the role of Community Psychology». *American Psychologist*, 33, 882-892.
- 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: L. Erlbaum.
- Hurrelmann, K., Kaufmann, F. y Losel, F. (eds.) (1987). *Social intervention: Potential and constraints*, Nueva York, Basic Books
- Irizarry, A. y Serrano García, I. (1979). «Intervención en la investigación: Su aplicación al barrio Buen Consejo en Rio Piedras», *Boletín AVEPSO* 2 (3), 6-22.
- López Cabanas, M. y Chacón, F. (1997). *Intervención Psicosocial y Servicios Sociales: Un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- Luque, O. (comp.) (1988). *Intervención Psicosocial en Servicios Sociales*. Valencia: Nau Libres.
- McKillip, P. J. (1987). *Need analysis. Tools for the human services and education*. Newbury Park: Sage.
- Miller, G. A. (1969). «Psychology as a means of promoting human welfare». *American Psychologist*, 24, 1063-1075.
- Morales, J. F. (1982). «Hacia un modelo integrado de Psicología Social Aplicada». En J. R. Torregrosa y E. Crespo (comps.), *Estudios básicos de Psicología Social*. Barcelona: Hora.
- Musitu, G., Berjano, E., Gracia, E. y Bueno, J. R. (1993). *Intervención Psicosocial*. Madrid: Popular.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981). *Evaluación de Programas de Salud*. Ginebra: OMS
- Patton, M. Q. (1980). *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills: Sage.
- Patton, M. Q. (1982). *Practical evaluation*. Newbury Park.: Sage.

- Posavac, R. G. y Carey, E. J. (1992). *Program evaluation. Methods and case studies*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Rogers, E. M. y Shoemaker, F. F. (1971). *Communication of innovations: A cross cultural approach*. Nueva York: Free Press.
- Rothman, J. (1974). *Planning and organizing for social change: Action principles from social science research*. Nueva York: Columbia University Press.
- Rothman J. y Thomas, E. (1994). *Intervention research*. Binghamton: The Haworth Press.
- Rueda, J. M. (1986). «Praxis psicosocial». *Revista de Trabajo Social*, 103, 7-23.
- Sánchez Vidal, A. (1990). «Técnicas de Intervención y Evaluación Psico-social». En, M. P. Valcarcel y J. L. Meliá (comps.), *Métodos y Técnicas de Intervención y Evaluación Psico-social*. (pp. 143-162). Barcelona: PPU.
- Sánchez Vidal, A. (1993a). «Potencial y límites de la intervención psicosocial». *Intervención Psicosocial*, 10, 5-15.
- Sánchez Vidal, A. (1993b). «Teoría y praxis comunitaria. Propuestas... y realidad». En Autor (comp.), *Programas de prevención e intervención comunitaria* (pp. 11-35). Barcelona: PPU.
- Sánchez Vidal, A. (1996). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención* (2.ª edic.). Barcelona: EUB.
- Sánchez Vidal, A. (1999). *La ética de la intervención social*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez Vidal, A. y Musitu, G. (comps.) (1996). *Intervención Comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona: EUB.
- Sanjuán, C. (comp.) (1996). *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces*. Barcelona: Anthropos-Uniandes.
- Street, D. P. y Weinstein, E. A. (1975). «Problems and prospects of Applied Sociology». *The American Sociologist*, 10, 65-72.
- Stufflebeam, D. L. y Shinkfield, A. J. (1993). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.
- Weyant, J. (1986). *Applied Social Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.