

1.- INTRODUCCIÓN

La sociedad actual se caracteriza por su complejidad, resultado de una serie de cambios tecnológicos, económicos, demográficos, culturales y, en definitiva, sociales, que adquieren dimensiones internacionales y que al mismo tiempo afectan de manera importante a los estilos de vida de los sujetos individuales. El análisis de cómo las políticas sociales hacen frente a estos nuevos retos, supone una revisión de los supuestos y prácticas en los que se sustenta el estado de bienestar de los países económicamente desarrollados.

El aumento por parte de dichos estados de la cuantía y la cobertura de las prestaciones sociales, no parece ser una solución a largo plazo, tanto por los problemas presupuestarios que plantea, como porque en el fondo, no puede pretender abarcar todo el conjunto de demandas y carencias sociales que surgen en sus respectivas poblaciones. Ante estas dificultades, se plantean varias alternativas de solución. En el presente trabajo se reflexiona sobre las aportaciones teóricas y prácticas que la psicología social puede hacer al bienestar social, así como sobre la importancia de definir y priorizar las necesidades sociales, su estrecha relación con la conceptualización de bienestar y calidad de vida en los ciudadanos, y las implicaciones profesionales que supone para los investigadores e interventores sociales.

La salud, es una de las dimensiones que más se ha trabajado en la aproximación teórico-práctica del bienestar. En el conjunto de literatura científica disponible, se encuentran numerosos ejemplos que ilustran, tanto la crisis financiera de los sistemas sanitarios y sus posibles soluciones –común a otros sectores de cobertura del estado de bienestar y que actualmente están siendo cuestionados–, y la definición de un concepto multidimensional, como la factorización de dicho concepto en indicadores de todo tipo, entre los que los de corte psicosocial, ocupan un lugar importante. Es más, la descripción de dicho sistema, debe partir del análisis de la comunidad⁽¹⁾ de referencia y de las representaciones, hábitos, expectativas y actitudes que sobre él comparten sus miembros.

⁽¹⁾ Entenderemos por "comunidad" un tejido social que es resultante de la vida en común de un grupo humano sobre un espacio permanente y continuo, y que da lugar a la existencia de un sentimiento de pertenencia compartido entre sus habitantes (ver Pons *et al.*, 1996). En psicología comunitaria la comunidad suele operativizarse en unidades tales como el barrio (comunidades urbanas) o el pueblo (comunidades rurales).

Por lo anterior, es urgente reivindicar la importancia de la comunidad, su papel en el diseño, ejecución y valoración de las políticas sociales y especialmente de los procesos participativos comunitarios que este planteamiento implica, si se desea dar respuesta realista y ajustada a interrogantes tan trascendentes como la continuidad y alcance de dichos estados. La participación comunitaria, sin ser la panacea de estas alternativas, aún en sí misma el concepto de calidad de vida, bienestar psicosocial, integración y cambio social. El gran reto de los agentes comunitarios se ubica entonces en el replanteamiento de su rol y en el hacer frente a estas cuestiones, desde su definición teórica, metodológica, e interdisciplinar, y al mismo tiempo, contextualizada en las comunidades con sus necesidades y potencialidades en las que se integran.

2.- UNA SOCIEDAD DISTINTA

Si en algo coinciden los analistas sociales a la hora de describir los cambios que configuran la sociedad actual, –definible según Juárez (1989) como postindustrial, postmoderna o postmaterialista–, es en el papel fundamental de las nuevas tecnologías, el cambio de relación con los instrumentos de producción que no determina dominio, poder o privilegios, el hecho de que los conflictos económicos no suponen necesariamente conflictos políticos, la automatización del trabajo, el papel del trabajo intelectual y su repercusión social (Bell, 1976).

En el Informe del Consejo del Club de Roma, King y Schneider (1991) aglutinan estos cambios en torno a distintos aspectos sociales:

- Cuestiones económicas: internacionalización de los procesos del mercado, al mismo tiempo que se agudizan las diferencias regionales.
- Interdependencia de las naciones, junto con el reconocimiento de la naturaleza esencialmente mundial de los problemas contemporáneos y sus correspondientes soluciones.
- El despertar de las minorías y los movimientos identitistas, y la tendencia aparentemente paradójica, a crear unidades económicas más grandes.
- El crecimiento urbano. Este crecimiento es también resultado de las altas tasas de crecimiento demográfico del pasado reciente –especialmente en los países del sur, en contraste con el envejecimiento de los países del norte–.

– El medio ambiente. La difusión de sustancias tóxicas en el ambiente, acidificación de lagos y destrucción de bosques, contaminación atmosférica, el efecto invernadero, son graves problemas que pueden amenazar nuestra supervivencia.

– El avance de las altas tecnologías y sus innumerables aplicaciones en microelectrónica, comunicaciones, biología molecular, etc.

– La pérdida de valores que anteriormente aseguraban la cohesión social, como por ejemplo la carencia de fe en la religión y sus valores éticos, y la pérdida de confianza en el sistema político.

– Las nuevas "plagas", tales como la mafia, el tráfico de drogas, el SIDA, etc.

Paralelamente a estos condicionantes más o menos patentes, en estos momentos la posibilidad de recurrir como justificación al fin de siglo o milenio, es cuanto menos tentadora. Ortí (1995) define este derrotismo en términos de crisis europea de conciencia histórica provocada por las "sombras" del paro estructural, fragilidad de la coyuntura económica, los conflictos étnicos, las tragedias africanas, la renovación de la militante agresividad antioccidental de los integristas musulmanes, signos de revitalización de los movimientos neofascistas y terroristas. Dicho autor enmarca la crisis en coordenadas ideológicas – reconversión y degradación final de la socialdemocracia en social tecnocracia– que a su vez se constituye en expresión de una crisis del propio orden social establecido.

En el Estado español, en apenas unas décadas se ha pasado por el "milagro económico", la cristalización de una joven democracia, la descentralización en comunidades autónomas, el aumento de las diferencias regionales y su integración a una política europea. Al mismo tiempo, acontece la convivencia de formas sociales más o menos tradicionales, como los sistemas dualistas de clases en el sur o la progresiva desertización de las zonas rurales del interior. Los contrastes son tremendos, incluso a nivel demográfico. España e Italia son los estados con la tasa de fecundidad más baja del mundo y además si se mantienen las actuales tendencias en el año 2040 casi la cuarta parte de la población española –un 22.7%– tendrá más de 65 años (Juárez y Renes, 1995). Sólo con estos datos demográficos se podrían predecir los costes sociales y asistenciales y un buen número de aspectos relacionados con la forma en la que una sociedad puede organizarse (Perpiñá, 1984).

García-Lucio (1995) también, reflexiona sobre las hondas repercusiones que estos procesos tienen en todas las facetas de la vida humana: la concepción de la persona, escala de valores, organización sociopolítica y económica, donde ante semejante incertidumbre pugna por imponerse una mentalidad individual-pragmatista como ideal último orientador de la acción. De hecho, se podría calificar de contradictoria, la tendencia de los estados ricos del

norte de aumentar sus beneficios, en un sistema económico neoliberal, sin preocuparse realmente de satisfacer las necesidades de las personas concretas.

Por tanto, resulta evidente que estas transformaciones tienen su correlato social en un aumento de la complejidad estructural de la sociedad. Complejidad que Castells (1986) ubica en los procesos productivos, es decir la cuestión sería no tanto el qué se produce sino el cómo. Esto repercute en la aparición de modelos alternativos en la organización del trabajo, los procesos de producción, la estructuración social en general y de formación socioeducativa en particular (Juárez, 1995). La manera en que estos procesos se traducen a un nivel psicosocial, implica la consideración previsible, tanto de un aumento de las desigualdades sociales –ante la diferenciación del acceso y consecución de una formación tecnológica– como su correlato ideológico en el sentido de un cambio de valores y mentalidades de las personas y sus correspondientes grupos sociales (Rocher, 1978).

3.- CAMBIOS SOCIALES Y ESTADO DE BIENESTAR

En la actualidad frente a la tradicional preocupación por cuestiones relativas a las carencias económicas que asegure unos mínimos de seguridad económica social, están adquiriendo una mayor prevalencia social los valores relativos al bienestar social, el medio ambiente, la cultura, el ocio, la autoestima, y la calidad de vida (Juárez, 1995). No obstante dichas transformaciones sociales conllevan implícitamente interrogantes de difícil solución.

Ayala (1995) al reflexionar sobre el estado de bienestar plantea diferentes cuestiones:

– Sus condicionantes económicos y la influencia del ajuste, liberalización y competitividad en el panorama económico internacional y en la definición de un nuevo modelo de crecimiento. El gasto social se encuentra sometido a considerables presiones en los países miembros de la Unión Europea, concretamente, la irremediable necesidad de ajuste fiscal con toda probabilidad restringirá materialmente el desarrollo de la redistribución de la renta.

– La dualidad del gasto social: ¿Hacia la asistencialización de la protección social?. El sistema de protección social actual avanza a una mayor cobertura de la población, pero al mismo tiempo se contiene la intensidad de esta protección.

– Los cambios en los patrones de exclusión. La separación que se produce entre los supuestos en los que se basan las políticas sociales y la propia realidad. Por ejemplo, el hecho de vincular las prestaciones al mercado de trabajo, suponiendo que en todas las hogares se dispone de un sustentador principal. Ante los cambios en el mercado laboral

—eventualidad, desigualdad, desempleo— o en la estructura demográfica —envejecimiento de la población, dependencia creciente de los jóvenes de la renta familiar o el incremento de los hogares monoparentales— junto a la insuficiencia de los sistemas contributivos alternativos, la reacción inmediata es plantear las posibilidades de sustitución de los modelos contributivos tradicionales.

La consabida crisis del modelo del estado de bienestar se caracteriza por la falta de adecuación de los instrumentos de intervención a las nuevas circunstancias y nuevos objetivos. Como expone Bueno (1988) las crecientes demandas sociales son resultado de situaciones de necesidad social creadas por la reestructuración del mercado económico, más que por una incesante reivindicación viciada. Muchas de las nuevas necesidades sociales surgen a partir de un acceso desigual al trabajo como valor normalizador e integrador. Además el déficit público, la falta de crecimiento económico o de inversión productiva, no se justifican por los gastos generados en las políticas de protección social.

El dilema se situaría en la satisfacción de esta nueva sensibilidad y exigencia social, que paradójicamente aparece por el propio funcionamiento del sistema económico (Standing, 1992). De los derechos adquiridos —prestaciones contributivas, etc.— el paso siguiente sería el de los derechos laborales participativos, entendiendo por tales disponibilidad para trabajar, desarrollo de actividades o cursos específicos destinados a la mejora de las cualificaciones, sostenimiento económico de hijos o personas mayores, voluntariado social, etc.

También se podría incidir en la inadecuación de las necesidades que el estado de bienestar percibe de un modo paternalista en sus ciudadanos. Si los valores sociales compartidos determinan buena parte de las necesidades de los grupos y el estado no pregunta a esta población que es lo que necesita, sólo aquellos elementos con poder adquisitivo tienen la opción de elegir servicios privados. Desde la perspectiva del "estado-padre", y en la medida que se le pide y se le demanda, la sociedad de alguna manera pierde potencial interno para actuar por y para sí misma.

Factores como el paro de larga duración, los cambios familiares, las tendencias negativas ante el trabajo asalariado de la mujer, el envejecimiento de la población, pueden poner en duda garantizar el estado de ciertos derechos sociales recientemente conseguidos. La imagen del ciudadano consumidor de servicios, la empresa por sí misma, no generará soluciones a esta situación. La conciencia y el activismo ciudadano junto con el gobierno democrático de la economía y la sociedad civil tendrían mucho que decir.

Consecuentemente, muchos de los cambios sucedidos en nuestro país en este sentido, se infieren a partir del aumento de la renta *per capita*, que se manifiesta en una demanda creciente de educación, sanidad, servicios públicos e infraestructuras a este estado protector

(Malo, 1995). De hecho por poner el ejemplo del aspecto educativo, la escolarización obligatoria se ha extendido rápidamente, la proporción de población ocupada con estudios secundarios o superiores aumentó de un 15% en 1977 a cerca del 50% en la actualidad, siendo esta cifra especialmente significativa para la población femenina. Sin embargo dichas mejoras se ven mediatizadas por pronósticos no tan halagüeños. Así, Juárez y Renes (1995) señalan que las tendencias en España apuntan al crecimiento de una dualización social, que con el tiempo se consolida y expande, no tanto en función de los ciclos económicos, como de la orientación que el sistema socioeconómico está adoptando, y que generan precariedad y pobreza.

Si de críticas se trata, Rodríguez-Cabrero (1995) es tajante en su descripción del estado de bienestar en España: extenso en su cobertura, desigual en su impacto social, con un intenso desarrollo de las prestaciones asistenciales, con escasa coordinación de las diferentes políticas de carácter estatal, autonómico y local y progresivamente diversificado –cuando no fragmentado– en cuanto a las formas de provisión y producción de servicios y prestaciones. Incluso el dato educativo aportado anteriormente, parece revolverse sobre sí mismo, cuando se analiza la profunda asociación y jerarquización entre los ingresos de los diversos niveles de estudios, y como actúan como uno de los condicionantes más decisivos de la propia desigualdad social.

4.- LA SALUD COMO EJEMPLO DE CAMBIO SOCIAL Y ESTADO DE BIENESTAR

Cañs y Castilla (1995) señalan que en treinta años, el Estado español pasa de ser uno de los estados europeos con un mayor índice de mortalidad, a uno de los que se sitúan en parámetros de salud elevados. Estos mismos autores califican de autentico misterio, el fenómeno que se da en cuanto a la evolución de la salud de las españolas, pues a principios de siglo la esperanza de vida femenina era de 36 años, mientras que a finales de siglo se sitúa en torno a los 80, uno de los más elevados del mundo. Y éste no es el único dato que invita a la reflexión, curiosamente, nuestro país, socializa la sanidad antes que la educación. El desarrollo sanitario antecede al desarrollo económico y en cierto modo éste es un logro del franquismo, que la democracia intenta organizar y coordinar en diversas estructuras administrativas –por ejemplo, la creación del Insalud en 1978–.

Pese a que la creencia popular considera que el sector público sanitario es extenso, lo cierto es que no dispone de muchos recursos, ni produce un gasto demasiado alto –el 6% de su renta nacional– aunque el sector público es más moderno, eficiente y desarrollado que la mayor parte del sector privado, que a su vez se nutre de los clientes del sistema público.

Como apuntan Cañs y Castilla (1995) el estado de bienestar deberá hacer frente a una serie de problemas relacionados con el sistema sanitario, como son: a) las desigualdades de acceso y de calidad en el sistema público de salud, y su relación con el futuro de la descentralización y transferencias en esta materia a las comunidades autónomas, b) el afrontamiento del proceso de envejecimiento y del aumento de las enfermedades crónicas en nuestro país, y c) las consecuencias de la crisis económica sobre el sector sanitario.

Si los determinantes externos al sistema sanitario y en estrecha relación con la calidad de vida –dieta mediterránea, clima, la red de apoyo y de interacciones sociales, el ritmo de vida, etc.– parecen estar influyendo poderosamente en nuestro actual y misterioso nivel de salud, la mera utilización de estadísticas sobre hospitalizaciones, impuestos, morbilidad, esperanza de vida, etc., no son suficientes para explicar el sistema que rige la salud de un país. Cañs y Castilla (1995) alertan de la importancia de que la población conquiste su salud. El sistema educativo y la participación comunitaria tendrían mucho que decir sobre la relación entre política asistencial y sus costes, frente a modelos globalizadores de corte preventivo. En este sentido y desde los trabajos de Lalonde (1974) en Canadá, en los que se intentaba definir los determinantes de la salud y se subrayaba la importancia de estos factores sociales en la mejora y mantenimiento del bienestar, el reconocimiento de los indicadores psicosociales como definitorios de este concepto, ha tenido una importante repercusión, tanto en los sistemas sanitarios como en los estudios epidemiológicos y especialmente en la filosofía de los programas internacionales. Basta poner como ejemplo, la modificación del mismo por parte de la Organización Mundial de la Salud (1978): de la ausencia de enfermedad al completo bienestar bio-psico-social, hay algo más que una mera declaración de intenciones, aunque sólo sea por la trascendencia y el relativo consenso, que tienen las políticas de salud – su planteamiento teórico, más que su implantación efectiva– centrada en la modificación de los estilos de vida, la introducción de cambios medio ambientales y sociales, etc.

Como expone Villabí (1994), el Tratado de Maastricht supone una apuesta explícita por valores relativamente nuevos como la prevención y por la subsidiariedad, o lo que es lo mismo, el reconocimiento de la necesidad de intervenir a un nivel lo más cercano posible a los ciudadanos. En 1993, la Comisión Europea propuso un marco de actuación en materia de salud pública que desarrolla y contextualiza estos elementos en el estado de bienestar de sus miembros: el desarrollo de indicadores y sistemas de vigilancia en algunas áreas, la realización de encuestas y estudios comunes, acciones de información dirigidas a grupos concretos, actuaciones de educación del público, iniciativas de formación de profesionales, estímulos de cooperación entre profesionales, la investigación interdisciplinar, la protección contra la discriminación y la lucha contra las desigualdades sociales, etc. Por su parte, la Ley General de Sanidad del Estado español (Ley 14/1986 de 25 de abril, BOE de 29 de abril) reglamenta esta premisa en la orientación prioritaria de los recursos y actividades del sistema

hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos a la participación comunitaria y en la consideración como actuaciones sanitarias del sistema de salud, además de las asistenciales, actividades de promoción de la salud, la mejora y control del medio ambiente, la información sanitaria, la vigilancia epidemiológica y el fomento de la investigación científica. Si además se considera que en los países desarrollados las primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes de tráfico (Costa y López, 1986; Mira, 1990), es decir, trastornos derivados directa o indirectamente de los estilos de vida –los cuales están estrechamente relacionados con la integración social–, y, además, se constata también que el aumento de la esperanza de vida enfrenta al estado de bienestar con un cúmulo de costosos problemas crónicos derivados del aumento de la población anciana, entonces la necesidad de investigar e intervenir en las redes sociales y en los comportamientos de la salud se constituye en pilar clave de la promoción de la misma.

Prioridad aún más urgente si cabe, al considerar la crisis de dicho estado y si como plantea San Martín (1982), una orientación exclusivamente medicalizada y curativa de los servicios de salud, resulta claramente insuficiente para abordar el tema de la calidad de vida y del bienestar de las personas.

5.- ESTADO DE BIENESTAR Y NECESIDADES SOCIALES

A pesar de las mejoras habidas en el acceso a la sanidad, a la educación, al sistema de prestaciones sociales, etc., estos logros deberían contrastarse a un nivel individual con la satisfacción de necesidades psicológicas y sociales básicas, porque la otra cara de la moneda de los procesos tecnológicos parece situarse en clave de desigualdad y de aislamiento social. Las respuestas a esta situación son variadas, confusas y en ocasiones extremas.

La tónica general en el Estado español parece situarse en un cierto desencanto por lo público, lo colectivo y lo solidario, lo que en cierto modo supone privilegiar las salidas individuales frente a las voces colectivas (Juárez y Renes, 1995). Incluso los movimientos sociales tienden a situarse fuera del plano meramente político, coincidiendo en un momento en el que la política de pacto y de consenso se dirige a la desmovilización y en el que la crisis y la reestructuración del estado de bienestar tiende a limitar las posibilidades de lograr servicios y derechos sociales de ciudadanía. Estos datos son congruentes con el perfil del asociacionismo español que se caracteriza según Ruiz (1995) por:

- Su escasa penetración en la sociedad española en comparación con otros países con un desarrollo económico semejante.

– Su carácter más expresivo que instrumental, es decir más centrado en el ocio y el tiempo libre que en lo laboral. Esto es especialmente cierto entre solteros, en cambio los casados se decantan por un asociacionismo instrumental.

– Su mayor prevalencia entre hombres que entre mujeres y entre personas adultas – más de 30 años y menos de 60– de ciudades de tamaño pequeño mediano –entre los 50.000 y 100.000 habitantes– y procedentes de clases acomodadas y cultivadas.

El mismo Ruiz (1995) elabora una serie de categorías para la oferta de asociaciones disponible:

– Las de éxito intensivo, con muchos socios que acuden y participan con intensidad. Englobaría las de tipo deportivo, cultural y religioso. Al mismo tiempo, constituirían las asociaciones con un mayor carácter expresivo y de ocio, suponiendo una fuente de participación y de disfrute ocioso para sus miembros. Su mayor éxito social decrece cuando adquieren un carácter más instrumental o de reivindicación de intereses.

– Las de éxito ritual, cuentan con muchos socios, pero que rara vez acuden y participan. Asociaciones de vecinos, antiguos alumnos y sindicatos.

– Las de selección intensiva, cuentan con pocos socios muy implicados. Partidos políticos, juveniles, ecologistas, antidrogas, padres de familia y amas de casa.

– Las de selección ritual, tienen pocos socios y éstos rara vez acuden. Colegios profesionales, asociaciones pacifistas, feministas, consumidores y empresarios.

La otra cara de la moneda la sitúa De Miguel (1996) en el auge de las ONGs, los movimientos pacifistas y ecologistas, la fiebre del voluntariado, el crecimiento del sector no lucrativo, las protestas a favor del 0.7, como manifestaciones de la contradicción que se produce entre el individualismo y la no resignación a despreocuparnos de lo público. Al comparar dichas reivindicaciones con las acontecidas en la década de los 70, la conclusión del autor es contundente, entonces el compromiso social se exhibía colectivamente en pancartas, ahora se ha convertido en un compromiso individual y en algunos casos, casi a la carta. El ser humano necesita la religión y el voluntariado es, digámoslo así, una especie de sustituto de aquella. Esta hipótesis no está alejada de otros constructos de corte psicológico, como por ejemplo los modelos motivacionales de crecimiento (Levine, 1976), y especialmente la de los motivos jerárquicos de Maslow (1943) en la que la autorrealización y en cierto modo la trascendencia de uno mismo, como cúspide de la pirámide de necesidades del individuo, supone que otras cuestiones materiales –alimentación, vestido, vivienda, etc.– y sociales – disponibilidad de relaciones, comunicación, apoyo, etc.– han sido previamente satisfechas.

Al ampliar este marco de referencia a otras disciplinas, las acepciones que se pueden realizar sobre la palabra necesidad se multiplican. De hecho, encontrar una definición coherente y operativa, resulta una tarea costosa y dependiente del contexto, de los fines y del emisor que la utiliza. Así, no es el mismo significado el que se atribuye al término necesidad por ejemplo desde el *marketing* social (Martí y Serrano, 1983) que lo describe como un proceso de permanente interacción entre los expertos –planificadores– y la población objetivo, que desde la intervención social, en el que dicho concepto aparece como su principal elemento legitimador al permitir identificar datos de la realidad sobre los que establecer programas de cambio y todo ello a pesar de las múltiples connotaciones de la palabra, su relatividad histórica, territorial y estar sujeta a consideraciones ideológicas (Martínez-Moreno y Luque, 1993). Por lo tanto, el replanteamiento del estado de bienestar, si de su continuidad no se duda, se entiende que ha de ser capaz de asumir, integrar y/o corregir las consecuencias –políticas, económicas, ideológicas, etc.– de las transformaciones y desigualdades de la realidad social, al mismo tiempo que implica la delimitación de funciones, servicios, agentes de este desarrollo sostenible y por descontado la reflexión y debate de lo que se entiende por necesidad social. Si las actitudes y valores de esta sociedad reflejan estos cambios, las necesidades sociales se constituyen en los verdaderos retos de afrontamiento de una política social consecuente.

De entre las definiciones que mejor se ajustan a este marco de análisis, interpretación y adecuación de servicios y recursos y en la coordenada de la participación comunitaria como protagonista de este replanteamiento, el sistematizado por Bradshaw (1983), se presenta como un criterio clasificador ampliamente consensuado en el campo de lo social, por su grado de operatividad, porque recoge información procedente de diferentes fuentes y fundamentalmente tiene un papel heurístico en la orientación de posibles alternativas y proyectos de intervención. Dicho autor distingue las siguientes categorías de necesidad social:

– Necesidad Normativa: se determina en función de criterios externos a la propia como comunidad, como distancia entre situaciones actuales y situaciones tipo.

– Necesidad Comparativa: se establece en función de las diferencias observadas respecto de una o diversas variables entre un conjunto poblacional y otros que comparten determinadas características comunes.

– Necesidad experimentada: como aquella que efectivamente la población entiende como existente, con independencia de criterios objetivos. Se puede interpretar como carencia subjetiva y puede existir aunque no se manifieste abiertamente.

– Necesidad expresada: como aquella que manifiesta abiertamente la población. En numerosas ocasiones se la identifica con el concepto de demanda.

Como puede observarse en estas categorías, la participación de la comunidad adquiere un papel decisivo a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de sus necesidades sociales. Además la participación se constituye en sí misma, en una necesidad social. Participando la persona desarrolla su capacidad de responsabilizarse con un entorno, de comunicación con sus semejantes, mejora su calidad de vida y como base del apoyo social es una fuente importante de bienestar para el individuo (Gracia, Herrero y Musitu, 1995) al mismo tiempo que supone una toma de conciencia y por tanto un primer paso en la resolución de los problemas que le afectan. Sánchez-Alonso (1986) plantea que la forma más completa de participación en un grupo, es aquella que se manifiesta en la adopción de decisiones y por consiguiente supone el acceso a la información previa. Toma de conciencia, participación y cambio, suelen ser tres elementos indisolubles (Marchioni, 1989).

En definitiva, la participación comunitaria es un fundamento y un requisito para el sostenimiento del estado de bienestar, al mismo tiempo que una exigencia de la sociabilidad humana –la persona, como ser social, necesita relacionarse, comunicarse, compartir– y un derecho y un deber del ciudadano, del sujeto que como persona libre tiene potestad para estar informado, opinar e intervenir en la vida política y social de su comunidad.

Incluso en las investigaciones sobre los excluidos sociales, se considera las perspectivas individuales y las posiciones de los grupos particulares de la población, independientemente del grado de acuerdo con la opinión mayoría, elementos que han de tenerse en cuenta a la hora de planificar alternativas de actuación (Townsend, 1986). El conocimiento del punto de vista de las personas implicadas en la acción social y los contribuyentes/destinatarios de los servicios del estado de bienestar, ha ido cobrando un progresivo interés. Importa pues, no sólo el por qué y el para qué del estudio/servicio/intervención, sino, y muy fundamentalmente, el quién y el cómo. Además dado que la población destinataria/usuario/cliente, no suele ser homogénea, resulta tan importante la valoración de las demandas del conjunto del colectivo, como la de los subsistemas poblacionales que lo integran (Martínez-Moreno y Luque, 1993).

Estos datos puede ser de gran utilidad tanto para explicitar una descripción ajustada de las necesidades sociales y sus correspondientes fuentes de mejora, como para la profundización en dimensiones importantes de dicho diagnóstico –causalidad, magnitud, etc.–, en segmentos poblacionales específicos y por lo tanto, racionalizar y optimizar la utilización de los recursos y facilitar pautas de actuación y de cambio, a fin de que se ajusten a las necesidades percibidas y las demandas de los grupos sociales.

Además este tema se relaciona estrechamente, tanto con los cambios sociales que se mencionaban anteriormente, como, y fundamentalmente, con el estado de bienestar y su cuestionamiento como agente solidario frente la recuperación del protagonismo de la sociedad

civil (Cortina, 1994). Este supuesto requiere no sólo una mayor participación ciudadana, sino y paralelamente, el descubrimiento y reivindicación de las responsabilidades locales y personales.

Por tanto, el problema fundamental actualmente se cifra, según García-Roca (1992), no tanto en cómo aumentar los recursos institucionales que sostengan este estado de bienestar, sino en articular el juego, las reglas y el papel a desempeñar por cada uno de los agentes sociales; la partida se realiza en el campo de las necesidades sociales que adquieren de este modo el papel vinculante del sector público y del sector privado, y desde esta perspectiva la disyuntiva sobre la prioridad de lo privado y sobre la subsidiariedad de lo público carecen de sentido. La intención de ambos es transferir a la comunidad su competencia y su protagonismo así como activar sus habilidades. Esta reflexión implica una profunda revisión de las prácticas profesionales y políticas –en ocasiones, fragmentadas e inhabilitadoras, en lugar de estimuladoras y potenciadoras– y su papel en la resolución y abordaje de las necesidades sociales de los ciudadanos.

5.1.- Evaluación de necesidades sociales

Si como se ha argumentado, el concepto de necesidad social es complejo y multidimensional, su medición se convierte en un reto arduo y controvertido. Antes de abordar su operativización, se deberían recoger al menos una serie de aspectos que siguiendo a Chacón, Barrón y Lozano (1988), son vitales en su dimensionalización concreta y sintetizan lo dicho anteriormente en los siguientes supuestos:

- Identificar una necesidad implica juicios de valor, personas con valores diferentes señalarán necesidades distintas.
- Una necesidad es percibida por un grupo particular en un cierto conjunto de circunstancias concretas. Si varían estas condiciones puede modificarse la percepción de la misma.
- Un problema es un resultado inadecuado, que no se ajusta a las expectativas. Existen múltiples fuentes de expectativas, que reflejan valores distintos.
- Reconocer una necesidad implica considerar que existe una solución. Un mismo problema puede tener múltiples soluciones potenciales, que diferirán en sus posibilidades de resolver la situación problemática y en los costos y factibilidad de la ejecución.

Por tanto, uno de los marcos generales desde donde se puede y se debería abordar la evaluación de necesidades sociales se encuentra en el terreno de los juicios de valor. Esto

implica que su diagnóstico ha de contemplar dos procesos distintos: a) la aplicación de un instrumento de medición en una comunidad determinada, y b) la consideración de juicios de valor para evaluar el significado de la información, con el fin de determinar las prioridades para la planificación de programas o servicios.

Estas implicaciones se han de explicitar en un proceso metodológico lo suficientemente amplio y conciso, que nos permita delimitar en el diagnóstico de las necesidades diana, una serie de fases y momentos operativos. McKillip y Kulp (1985) proponen que en una investigación de este clase se deberían incluir los siguientes elementos:

- Identificación de usuarios y usos del análisis de necesidades. Entendiendo por usuario a todas aquellas personas o instituciones que encargan el estudio y que deberían actuar sobre la base del informe, o que podrían verse afectados por los resultados o por las acciones que de ellos se deriven.

- Descripción de la población objetivo y del servicio. La dispersión o concentración geográfica, las características demográficas y el inventario de recursos de la comunidad objeto de estudio, así como la capacidad percibida de dichos servicios, el análisis de sus beneficiarios o clientes, la comparación entre aquellos a los que van destinados y los que efectivamente los usan, el sentido de pertenencia y participación en el barrio, etc. son aspectos a tomar en consideración.

- Identificación de necesidades. En esta fase se describen los problemas de la población objetivo y las posibles soluciones. Generalmente se emplea más de una fuente de información..

- Evaluación de necesidades. Una vez identificados los problemas y sus posibles soluciones, se deberían priorizar los resultados. ¿Cuáles son las más importantes para la población general?, ¿de qué factores –psicológicos y psicosociales– depende la percepción de distintas fuentes de mejora?, etc.

- Comunicación de resultados. Los resultados de la valoración de este proceso deben transmitirse a los usuarios, potenciales y reales de dicho análisis. Sería el momento de la retroalimentación, y daría entrada a un nuevo momento participativo: ¿qué se puede solucionar?, ¿cómo?, ¿de quién es la responsabilidad?. Por eso este documento también debería ser difundido a las personas e instituciones, que deben o pueden adoptar las decisiones pertinentes, para mejorar la situación concreta del barrio y a aquellas personas, grupos y entidades que estuvieran interesados en tal fin.

Sin embargo, la mayoría de los estudios de análisis de necesidades se limitan casi exclusivamente al reconocimiento de los problemas, en muchos casos definidos únicamente

por el uso de indicadores sociales tales como tasas de utilización de servicios, proporción de personas atendidas o no atendidas, datos demográficos de los usuarios, servicios prestados, etc., quedando relegada la identificación de las soluciones a un segundo plano. En el otro extremo se encuentran los estudios que sólo profundizan en las demandas sociales; como exponen Chacón, Barrón y Lozano (1988), esta categoría de necesidad ha sido muy utilizada y en ocasiones manipulada desde sectores políticos, así, en algunas ocasiones las decisiones políticas se basan más en las demandas difusas de la población que en investigaciones serias sobre necesidades reales.

Además nos encontramos con que el investigador, los fines del estudio, el instrumento con que se mide, etc. pueden contaminar los resultados obtenidos, de forma que las demandas se adapten a expectativas no siempre veraces de los servicios, personas o instituciones ante las que se manifiesta. Es según Thayer (1983), la forma de evaluación de necesidades de más fácil factura y valoración, pero también la que presenta un mayor número de complicaciones para que la información que se desprende de este procedimiento sea útil y generalizable a la comunidad en su conjunto. Lo que está fuera de duda es la importancia de recoger esta visión por parte de la comunidad que la experiencia (Casas y Beltri, 1989; Casas, 1990).

6.- INDICADORES PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA

Díez (1967) definía el término indicador, como un signo, propiedad, atributo o variable, que se utiliza para la aproximación al conocimiento de un objeto, cuya medición directa resulta complicada. Este sentido mediático ha sido defendido también por otros autores como Lluch y Serra (1987) en el terreno de la medición de la acción social. Ahora bien, como indica Espinoza (1983), para que los indicadores sean instrumentos útiles deben de cumplir una serie de requisitos entre los que se encontraría el hecho de que efectivamente se puedan medir –conteniendo criterios de cantidad, calidad y tiempo y sus respectivas unidades de medida–, que estos criterios sean objetivamente verificables, independientemente de quien realice el estudio, y que además midan lo que es relevante.

Las dificultades de medición de los programas sociales son considerables y suelen conducir a una valoración realizada en función de parámetros cuantitativos exclusivamente – número de plazas, número de asistentes, cantidad de actividades, etc.– (Medina, 1989). Esta situación, se suele deber a la ambigüedad de los objetivos perseguidos por dichos programas, que dificulta cuando no impide la construcción de índices de medida adecuados (Villota, 1981). Metas como el enriquecimiento de la personalidad, favorecimiento de los procesos de socialización, nivel de estabilidad familiar, ajuste e integración al medio social, el propio desarrollo comunitario, etc. son fines de difícil definición.

Y sin embargo, la historia y utilización de los indicadores psicosociales se encuentra estrechamente emparentada con la definición del bienestar y por tanto de la calidad de vida (Casas, 1991). Así el concepto de calidad de vida, surgiría en los años 60 según la hipótesis del CIMA (Centro de Investigaciones del Medio Ambiente, 1979), con el fin de superar las limitaciones del concepto de bienestar, como medida basada exclusivamente en variables objetivas y en la que habría que recuperar la noción de felicidad. De esta pretensión se hizo eco la psicología social norteamericana, siendo precursores los trabajos de Campbell, Converse y Rodgers (1976) y Andrews y Withey (1976). Ambos fundamentaban sus estudios en la percepción de la calidad de vida, directa o indirectamente evaluada a partir de actitudes, aspiraciones, expectativas, necesidades expresadas, satisfacción y otros aspectos psicosociales.

Su incidencia en el Estado español, pronto se dejó notar en las investigaciones de Blanco (1985), Visauta (1985) o Quijano (1987). Su traducción institucional y política no se demoró, es más se podría hablar de complementariedad, sobre todo en la utilización de indicadores psicosociales subjetivos, con lo expuesto anteriormente sobre las demandas sociales. Sin embargo, cabe decir que la investigación sobre la calidad de vida, utilizando indicadores sociales subjetivos, puede ser manipulada políticamente, en el sentido de poder llegar a incidir exclusivamente sobre variables relacionadas con el bienestar subjetivo, lo cual podría significar la postura estatal más cómoda de abandonar su responsabilidad sobre la mejora de la calidad de vida a través de factores materiales y objetivos. Por ello, insistimos en la necesidad de la complementariedad de ambos niveles de bienestar.

6.1.- Los indicadores en la definición conjunta de bienestar y salud

La OMS, en la Declaración de Alma Atá de 1977, definió la salud como un estado integral de bienestar, que interrelaciona lo físico, lo mental y lo social en el individuo y en sus grupos de pertenencia (Organización Mundial de la Salud, 1978). Lo que ya no está tan claro, es la forma de articular de un modo concreto el conjunto de indicadores disponibles, en un todo ordenado y coherente. Y más cuando la trayectoria histórica de la medición del concepto calidad de vida, está teñida casi en exclusiva por el paradigma médico en el que los indicadores más utilizados son la esperanza de vida, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, etc. La propia Organización Mundial de la Salud (1981) defiende la necesidad de ampliar este ámbito de operativización y plantea varias categorías de análisis: a) indicadores de política sanitaria; b) indicadores sociales y económicos; c) indicadores de la prestación de atención en salud; d) indicadores básicos del estado de salud; y e) otros indicadores del estado de salud, como los de bienestar social, participación o apoyo social.

Las repercusiones que esta declaración de principios ha tenido en las diferentes disciplinas tanto médicas como sociales, han sido evidentes. Así, Casas (1991) describe como

la epidemiología tradicional se ha bifurcado en diferentes especialidades, de este modo, la epidemiología social se muestra interesada en los temas del bienestar y del riesgo social en un sentido amplio, mientras que la epidemiología psicosocial se identificaría más con el estudio de la psicología del estrés. Desde la salud mental comunitaria, Bloom (1977) destaca el papel de los factores psicosociales en la detección de grupos de riesgo, la prevención y la acción comunitaria. En este sentido, los estudios de Himmerlfarb y Murrell (1983) y de Kozma, Stones y Kazarin (1985), utilizan cuestionarios sobre calidad de vida para la detección de problemas de patología psiquiátrica. La relación entre depresión y calidad de vida es una de las constantes más importantes de este tipo de trabajos.

Como indicadores de calidad de vida en relación con la salud, suelen utilizarse:

– Dimensión 1: Estado de salud:

– Duración de la vida: Esperanza de vida al nacer. Índice de mortalidad e Índice de mortalidad en función de la causa de mortalidad. Índice de mortalidad perinatal.

– Calidad de la salud: Morbilidad y Morbilidad Hospitalaria. Enfermedades de declaración obligatoria. Autovaloración de la salud. Incapacidad permanente. Incapacidad transitoria. Padecimientos físicos y psíquicos. Distribución del estado de salud.

– Dimensión 2: Educación y valoración de la salud:

– Relación peso–talla de los niños.

– Consumo de tabaco y alcohol.

– Hábitos de ejercicio físico.

– Nivel de arraigo de actitudes incompatibles con la salud: tabaco, alcohol, etc.

– Nivel de conocimiento sobre determinados comportamientos y actitudes insaludables.

– Dimensión 3: Recursos sanitarios:

– Infraestructura y gasto sanitario.

Como se puede inferir de esta categorización, la mezcla de indicadores objetivos, subjetivos, sociales, psicosociales, económicos, conductuales, perceptivos, etc. se integra en dimensiones cuya utilidad se deriva de la posibilidad de conceptualizar de un modo complejo

pero operativo, elementos de muy diversa naturaleza en constructos que como la salud y el bienestar, son de difícil valoración. Además, el seguimiento temporal de los resultados de dichos indicadores, también podría permitir predecir cambios y tendencias sociales (Sheldon y Moore, 1968). Pero en cualquier caso, tampoco parece resolverse la cuestión de la definición conceptual de bienestar y calidad de vida, desplazando el debate metodológico entre demandas e indicadores sociales, al terreno de indicadores sociales objetivos y/o subjetivos – criticados también por la ambigüedad, multitud de experiencias psicosociales, y formar parte de dimensiones diferentes, no intercambiables con los estimadores objetivos (Casas 1991)–. Por tanto, la calidad de vida y su investigación, aparece como un campo de enormes posibilidades de futuro, siempre y cuando se profundice en su definición como concepto multidimensional y multidisciplinar. Multidisciplinariedad, que no supone sustituir el estudio de las condiciones materiales de vida, sino complementarlo con factores interrelacionados y que lo impregnan. Un aspecto importante en el avance de este campo consistirá en la descripción a priori de los diferentes posicionamientos investigadores que lo contemplan.

7.- LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA: POSICIONAMIENTO INVESTIGADOR

Un volumen considerable de investigaciones sociales se ha ocupado de la descripción de las características de la comunidades. Algunos trabajos estudian las dimensiones demográficas de la comunidad: su distribución por edades, su origen nacional o racial, el nivel cultural, su situación laboral, etc. Otros se centran en los servicios comunes y su utilización: las condiciones de alojamiento, el índice de criminalidad, etc. Desde una perspectiva psicológica se podrían analizar sus principales pautas de comportamiento, el estado de salud mental, la incidencia de trastornos psicológicos, etc. Si se afina este punto de vista acotándolo hacia un terreno social, disponemos de numerosos ejemplos de investigación que se refieren a la proporción de las personas que en una determinada población mantienen determinados puntos de vista o actitudes o actúan en cierto sentido. La complejidad de estudio no se agota en las infinitas posibilidades temáticas de la investigación de una comunidad, sino que se amplían en sus diferentes correlatos metodológicos, que abarcan desde el interés en las predicciones concretas, al descubrimiento o comprobación de las probables asociaciones entre variables. Así, no es una cuestión trivial, posicionarnos como psicólogos comunitarios y plantear que no es nuestra intención elaborar perfiles patológicos diferenciales entre los elementos y subsistemas que componen un barrio; tampoco pretendemos profundizar en los trastornos y enfermedades mentales que pudieran incidir en dicha población, sino que el protagonismo del trabajo comunitario lo toma la comunidad de referencia, y su estudio ha de analizar procesos psicosociales enmarcables en unas coordenadas de tiempo y espacio determinadas. Bunge (1969) expone como nuestra tarea como investigadores supone

aproximarnos al conocimiento de problemas, insertarlos en un cuerpo coherente y relativo e intentar resolverlos.

El reciente desarrollo de la psicología comunitaria, como rama de la psicología social, ha puesto de relieve, el carácter prioritariamente interventivo que ha de tener la psicología, si quiere evolucionar al compás de los compromisos y los cambios que exige la vida cotidiana, y si como señala Barriga (1987), el aire de los tiempos que corremos sopla en dirección de la sensibilidad social y de la corresponsabilidad, el quehacer del investigador-interventor psicocomunitario habrá de caracterizarse por resaltar determinados valores concretos:

- Defensa y promoción de la diversidad social y cultural.
- Lucha contra la desigualdad y la discriminación.
- Esfuerzo por conseguir niveles de salud integral e integrada.
- Búsqueda de la calidad de vida en el individuo y en la colectividad.
- Concepción del individuo como sujeto activo capaz de resolver sus problemas en colaboración con sus iguales.

De esta manera, frente a un modelo tradicional de corte individualista –calificable también como clínico, biológico, pasivo o médico– se analizan cuestiones fundamentales para el acercamiento a la integración social: cómo se podría mejorar el sistema de salud, cómo se perciben los servicios sanitarios, cómo se participa en organizaciones y en procesos comunitarios, y cómo percibe el propio ciudadano dichas soluciones en su comunidad.

Así, si por algo se puede caracterizar el quehacer del psicólogo social comunitario es por su nivel de compromiso con los problemas sociales (Gil-Lacruz, 1996). De hecho y como plantea Whittaker (1989), la construcción de la psicología social como disciplina independiente, se encuentra en estrecha relación tanto con el nivel de desarrollo –económico, médico, educativo, cultural, etc.– como con el cambio científico que supone considerar los procesos de sensibilización social con el mismo rigor metodológico y el mismo estatus epistemológico, que los condicionantes objetivos de los fenómenos sociales.

Un ejemplo de la plasmación de la anterior declaración de principios se encuentra en el énfasis que la psicología comunitaria pone en todos aquellos procesos psicosociales que tienen que ver con la prevención, la educación social y la participación. Por tanto si su campo específico de intervención se decanta por el análisis de la conciencia social, de la cultura subjetiva de los valores, las actitudes, las creencias, las expectativas, los procesos de socialización, de liderazgo, de conflicto, de consenso, grupales, de comunicación, etc. (Triandis, 1973; Salazar *et al.* 1988), la interdisciplinariedad sería un factor decisivo en esta

definición. Asumir esta interdisciplinariedad supone el convencimiento de que la realidad social y su complejidad actual, no es propiedad privada y exclusiva de una disciplina científica particular. Sería tan importante que un psicólogo se hiciera preguntas sobre la sociedad en la que vive y la problemática acerca de ella, como que otros científicos sociales se hagan preguntas sobre las persona y las interacciones humanas.

Gil-Lacruz y Frej (1993) contemplan esta faceta, operativizando el papel del psicólogo comunitario, integrado en los procesos decisionales y ejecutores de los equipos multidisciplinares de los diferentes servicios sociales. De ahí que la delimitación de un perfil específico vendría dada por sus funciones de información, orientación, asesoramiento, etc. de aquellas cuestiones psicosociales, cuyo objetivo suponga la optimización del desempeño del equipo técnico y no sólo las atribuciones aisladas de cada uno de los integrantes del mismo. Esto, en modo alguno supone diluir la responsabilidad del individuo en factores sociales, sino que, como expone Barriga (1987), el modelo psicosocial no es un modelo sociologista, puesto que valora y resalta la vivencia individual de cada miembro de la comunidad y en cuanto ha interiorizado –en sus representaciones y categorías sociales– los valores del medio social en que vive.

8.- LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA EN EL ESTADO ESPAÑOL

Como se analizaba en apartados anteriores, en el Estado español los procesos de modernización y consolidación del bienestar se han desarrollado en un periodo de tiempo muy breve. Sin embargo y pese a las mejoras conseguidas, la política de subvenciones, prestaciones, y servicios, no ha tenido su correlato complementario en una política de educación para la participación social y comunitaria (Musitu y Arango, 1995).

Sobre los riesgos que, implica la pasividad poblacional que estas políticas conllevan, encontramos ejemplos ilustrativos incluso en la "manipulación" que se efectúa de determinadas iniciativas sociales. Al respecto, Díaz (1992) define como de autentico "clientismo institucional" el fenómeno de supervivencia de bastantes asociaciones, que por la dependencia institucional que sufren, en base a que su única fuente de ingresos procede de las subvenciones estatales, desembocan a una falta real de autonomía y prolonga aún más el proceso de delegación de prestación de servicios, en este caso en entidades intermedias.

Otro dato que apunta a esta tendencia paternalista de las acciones gubernamentales, de participación e incipiente democratización, es la escasa credibilidad, que los partidos políticos tienen frente a otras instituciones de corte tradicional como la Iglesia, el ejercito o la policía. Al mismo tiempo, los índices de afiliación asociativa son también bajos, lo que refleja esta crisis de naturaleza y causas comunes con las de los partidos –ausencia de proyecto, escasa

adaptación al cambio, dificultades de modernización, etc. (Díaz, 1992)–. Ante semejante panorama, como mínimo, sería necesaria una revisión profunda y urgente de los cimientos de dicho bienestar y la generación de sus correspondientes alternativas de intervención social. En nuestro país, la psicología comunitaria se ha venido desarrollando desde los años 60, 70, con profesionales de diferentes campos científicos, que no identificaban necesariamente su praxis con esta disciplina. Los trabajos de educación especial, el trabajo social y sus aportaciones latinoamericanas, la desinstitucionalización psiquiátrica, o la revisión de los modelos tradicionales de salud mental, son corrientes de pensamiento y acción que se plasman desde estos años en la labor profesional de gabinetes psicopedagógicos municipales, equipos de base de servicios sociales, equipos de salud mental, etc.

El reflejo y contrapartida de este ámbito laboral, se encuentra en las instituciones académicas. Generalmente, la universidad española se ha situado por detrás de los cambios sociales, en vez de generarlo o guiarlo. La necesidad de formación, debate, evaluación,..., de una realidad y de un contexto determinado, surge la mayor de las veces, de las demandas de los profesionales, no de las iniciativas de los académicos. No obstante, esta crítica se debería mitigar por el desarrollo tan reciente que tiene la profesión de psicólogo en el Estado español.

Es en la década de los 80 cuando la psicología comunitaria se integra en los planes de estudio, tanto en la licenciatura de psicología y postgrados, como en la interacción con los profesionales de este campo. Otra vertiente de esta incipiente consolidación estaría en la producción colectiva de investigaciones y literatura científica, la generación de congresos, espacios de encuentro, asociaciones, etc. (Martín, 1990).

Por poner un ejemplo, de como aumenta y se diversifica esta producción desde las universidades y como se consolida la sensibilización de la necesidad de este "aterrijaje" en la realidad social y sus necesidades, encontramos en el Área de Psicología Social de la Universitat de València, numerosos exponentes de esta tendencia durante los años 90: a) estudios sobre el maltrato infantil (Gracia y Musitu, 1993), b) análisis del apoyo social como una dimensión fundamental del trabajo comunitario (Gracia, Musitu, y García-Pérez, 1994; Herrero y Musitu, 1994; Herrero, Musitu y Gracia, 1994), c) participación y el desarrollo comunitario (Arango *et al.*, 1993; Gotzens *et al.*, 1993; Soler, *et al.*, 1993; Gil-Lacruz *et al.*, 1996), d) estilos de vida, salud mental y familia (Buelga y Musitu, 1993, Navarro *et al.*, 1993), e) la problemática del SIDA (Roig, Gómez y Garcés, 1993), f) los servicios sociales (Bueno, 1991; 1993), g) la problemática del consumo abusivo de drogas (Berjano, 1991; Gotzens, 1993; Pons, 1994), o h) la intervención en personas de edad avanzada (Paradells, Agost y Berjano, 1994), entre otros.

9.- PSICOLOGIA COMUNITARIA Y SALUD COMUNITARIA

Como se intenta exponer en este trabajo, y de acuerdo con la definición de García-Roca (1992), los problemas sociales se configuran como fenómenos multidimensionales que han de ser abordados en sus dimensiones estructurales, psicosociales y ambientales. En este terreno, entraría la convicción de que el bienestar, la calidad de vida y la salud, son el resultado de una relación equilibrada entre el individuo y su entorno natural y social. Por tanto, el malestar también habrá que buscarlo en una relación negativa con el ambiente social, y su intervención, tendrá que ser a la fuerza comunitaria. Los conceptos de estilo de vida y práctica social, son centrales a la hora de explicar la calidad de vida y el modo de vida se constituye pues en el factor determinante para la salud y el bienestar.

Siguiendo a Rodríguez-Marín (1995) la psicología social de la salud, sería la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en este marco. Actividades como la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud, son resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios de dicho sistema, y cada una de estas conductas se realiza y aprende en un contexto sociocultural y en la correspondiente interacción con los grupos de referencia (Huici, 1985).

Uno de los temas que parece recurrente a este tipo de literatura, es la alusión a la mencionada calidad de vida. Pollán *et al.* (1995) describen dicha tendencia a través de los análisis bibliográficos realizados. El término calidad de vida aparece como descriptor en 47 trabajos publicados durante el período 1966-1974, 2.616 en el período 1975-1984 y 4.459 en el de 1989-1992. Y esto es lógico porque, tal y como se comentó anteriormente, entre los indicadores de este constructo, la salud es uno de los empleados con más frecuencia y de mayor trayectoria histórica.

Otro dato que ahonda en este discurso sobre la calidad de vida en nuestro país, y a la vez refleja la intersección entre psicología y salud comunitaria, es el papel que ocupan los grupos primarios en el mantenimiento y promoción de la salud. Como Cañs y Castilla (1995) defienden, la familia española es muy cuidadora, en concreto la mujer española ha cuidado de la casa, de los hijos, de los ancianos y esto ha repercutido –sin estar institucionalizado, sin estar contabilizado como recurso– en la mejora de nuestro nivel de vida. Lo cierto es que los niveles de vida de la población –medidos con indicadores sanitarios– no se corresponden al nivel de salud que nos correspondería como nivel de desarrollo. Sanidad no es igual a salud, y salud no es igual a sanidad.

Por tanto, las palabras grupo de referencia y comunidad, son claves para entender estas interacciones. Spagnolo (1985) profundiza en esta relación, planteando como toda sociedad elabora un conjunto de ideas explicativas sobre los conceptos de salud y enfermedad que se transmiten a la comunidad, y sin lugar a dudas, la representación particular que cada individuo tiene de ambas nociones. Así, tanto los términos salud como calidad de vida y su interdependencia deben contextualizarse en un entorno de referencia. Aceptar estas premisas, supone entender la salud como un problema social y político, cuyo planteamiento y solución requiere la participación activa y solidaria de la comunidad en su definición, en la gestión y control del sistema sanitario y la intervención dirigida a su promoción. En función de estas características, el nuevo concepto de salud, plantea la necesidad de un cambio desde el modelo de un uso pasivo de recepción de servicios, a un modelo activo de intervención y participación. Hay que trabajar sobre la comunidad y con la comunidad –y no sólo en la comunidad–.

Este protagonismo de lo comunitario en esta declaración de principios, trasciende otros conceptos también muy utilizados como el de salud pública, en el que el Gobierno es el principal garante y prestador de servicios (Salleras, 1985). Si la salud no se puede desligar del entorno social y cultural donde se produce, parece lógico, que sea la propia comunidad en el entorno en el que se desenvuelve el principal motor del desarrollo, ejecución y valoración de las intervenciones encaminadas a paliar sus propias necesidades (San Martín y Pastor, 1984).

Así pues, y asumiendo los argumentos de Levine y Croog (1984), conceptos como la salud y la calidad de vida han de entenderse desde: a) la funcionalidad o interacción del individuo con su medio, en sus diferentes facetas física, emocional, intelectual y social, y b) las percepciones, nivel de apreciación que engloba el sentido general de satisfacción del individuo y la percepción de su propia salud en relación y comparación con la de otras personas de edad parecida.

Si como se comprueba por los anteriores argumentos, incluso en la salud intervienen los juicios valorativos como "igual que", "mejor que", "peor que", en comparación con otros sujetos y grupos de referencia, el análisis de la comunidad y de sus representaciones y esquemas sociales compartidos, ha de ser de cita obligada en cualquier estudio de este tipo. El punto de intersección entre la psicología comunitaria y la psicología de la salud, se encuentra en el análisis y dimensionalización de estos conceptos.

Por otro lado, si de lo que se trata teniendo en cuenta estos elementos de análisis, es de generar una cultura de la salud dentro de la propia comunidad, la educación para la salud y su fin de promoción de estilos de vida sanos, se constituye en una de las bases de esta nueva disciplina. Adoptar una serie de medidas que apoyen la implantación de la orientación

comunitaria, en los enclaves educativos neurálgicos de una sociedad –escuelas– supone, la aceptación de una serie de motivos que lo avalan (Hombrados, 1990):

– El hecho de que es en los primeros años de vida en los que se socializan y se generan los hábitos, actitudes y valores del individuo. La escuela es uno de sus agentes primarios. Además la educación para la salud implica no sólo la adquisición de conocimientos básicos, sino revalorizar el papel del maestro como elemento comunitario de cambio y al mismo tiempo de integración psicosocial al medio (Zax y Specter, 1979)

– Hay consenso institucional y jurídico sobre la importancia de la educación para la salud –tema transversal de la LOGSE– y los menores costes económicos, mayor eficacia y racionalización de los recursos, que supone la prevención en edades tempranas frente al diagnóstico y tratamiento en situación de crisis.

Así, y buscando la intersección entre ambos conceptos, la salud comunitaria y la psicología comunitaria, convergen en una serie de dimensiones compartidas (Costa y López, 1986):

– Resaltan la importancia de los ecosistemas físicos, biológicos y sociales, como origen y causa tanto de las necesidades sociales como de las alternativas y oportunidades de su solución.

– Reclaman para la prevención y la educación para la salud, un puesto de honor, en la que han de participar tanto los sujetos individuales como las organizaciones sociales en las que se integran.

– Destacan por tanto la participación activa y organizada de la comunidad en la evaluación de los problemas y necesidades de salud y en su solución.

– Buscan el desarrollo de una organización y funcionamiento adecuado de los servicios de salud, para que guiados por la investigación epidemiológica, planifiquen y gestionen acciones y programas de salud con la cobertura y accesibilidad adecuados.

En resumidas cuentas, tanto la psicología comunitaria como la salud comunitaria, coinciden en la necesidad de superar el concepto de salud como un estado individual y colectivo, apreciado en función de su pérdida (Martínez-Navarro, 1984). La calidad de vida y la elaboración comunitaria de su definición y materialización, se constituiría en la piedra angular de ambas disciplinas.

10.- PSICOLOGÍA COMUNITARIA, SALUD Y ESTADO DE BIENESTAR

Como se ha venido esbozado en estas líneas, y utilizando el argumento de Costa y López (1986), la psicología comunitaria aplicada a campos concretos está en condiciones de utilizar las herramientas de análisis, explicación e intervención en un sistema que defienda el bienestar como calidad de vida. Tanto la psicología comunitaria como la salud comunitaria persiguen entre sus objetivos cambios amplios del sistema social y sus metas se relacionan con la comunidad o con los grupos que la componen, asumiendo, que los efectos de la intervención, repercutirán en todas las personas que la componen. Por tanto, en la participación comunitaria, se encuentra uno de los pilares en que se sustenta esta disciplina. Recordemos que la efectividad real de la ciencia y de la tecnología dependen en gran medida de su difusión y divulgación democrática.

En esta tarea un componente importante defendido desde hace tiempo por la psicología comunitaria consiste en la formación de mediadores sociales en salud comunitaria. La eliminación del corporativismo mal entendido y la descentralización de los servicios de salud, asociados a una política educativa competente, son piedras angulares de este nuevo modelo. Como se ha intentado justificar en este trabajo, las alternativas al estado de bienestar, y en concreto el futuro del sistema de salud que defiende, también han de ser paralelos a dicha declaración.

Por eso y tal y como argumentan Musitu y Arango (1995), las posibilidades de desarrollo de la psicología comunitaria, dependen en parte de que la propia universidad reflexione sobre su papel de asesor y orientador en la Administración Pública en el impulso de políticas sociales que trasciendan de la concepción del desarrollo social basado en meros indicadores externos y se sustente el problema del desarrollo integral de las personas, grupos y colectivos sociales, la potenciación de las organizaciones y redes de apoyo social y los mecanismos de participación comunitaria en la orientación y solución de problemas sociales.

Sin embargo, y tal como se comentaba anteriormente, dicho papel no ha sido asumido por la universidad de una manera institucionalizada –postgrados, especialidades– hasta los años 80. Por esas fechas distintos profesionales de la psicología, pedagogía y sociología, llevaban más de dos décadas con esquemas y filosofías asumidas por la psicología comunitaria pero desconociendo que su praxis se ubicaba en este ámbito de la psicología social. En principio y para mejorar esta situación, lo que supone esta laguna en cuanto a formación reglada, es además del avance en su reconocimiento –vía planes de estudios, congresos, publicaciones, etc.– es sin duda, un mayor contacto del profesional de la salud comunitaria en la población en la que está inmersa. Como expone San Martín y Pastor (1984) ya no es suficiente el mero contacto con el hospital, puesto que este constituye un medio sociológicamente cerrado y selectivo en cuanto a morbilidad. Realmente, lo que sería

recomendable consistiría en una relación equilibrada entre lo que son las necesidades de salud de la población, la formación de sus profesionales de salud, el sistema de salud existente y la población que lo utiliza. Como resume Zurriaga (1990) y aunque suene utópico –en realidad es una crítica al sistema instruccional–, sería necesario que la formación del psicólogo comunitario estuviera abierta y vinculada a la comunidad y a lo que supone la definición por parte de ésta, de las palabras bienestar y calidad de vida.

Además desde la Declaración de Alma Atá (Organización Mundial de la Salud, 1978) el bienestar social se encuentra indisoluble al concepto de calidad de vida, que aunque no es coincidente con el de salud –pues incorporaría otras variables como el trabajo, la vivienda, el ocio, etc. (Wingo y Evans, 1978)–, sí que tiene una relación estrecha y dado su carácter multidimensional y la importancia que tienen los factores perceptivos y de comparación social, es indisoluble al bienestar global de una comunidad de referencia (Blanco, 1985). Lo anterior está, en estrecha relación con que de la mencionada crisis del estado de bienestar surjan políticas sociales que defiendan la participación social, el asociacionismo y las nuevas formas de implicación ciudadana no formalizada, el empuje de iniciativas sociales, el voluntariado, etc. y especialmente la asunción de que el ciudadano es el verdadero protagonista del cambio, de su propio desarrollo y sustentándose todo esto, en el valor ya remarcado de la solidaridad, ante una sociedad diferente, multicultural y compleja.

El incipiente rol profesional del psicólogo comunitario empieza a realizar demandas de formación y reciclaje para la asunción de estos nuevos retos (Martín, 1990). Las estrategias concretas que han de surgir de este perfil, han de ser a la fuerza más ecológicas y psicosociales, y por tanto más interdisciplinarias, de lo que ha supuesto una perspectiva tradicional desde los modelos clínicos (Musitu, 1998).

En relación con la interacción entre psicología y la salud comunitaria, Costa y López (1986), afirman que la psicología comunitaria en España, en lo que se refiere al área de la salud, se constituyen en los centros de atención primaria de salud. Dichos centros serían la estructura física y funcional que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud permanente, integral y continuada basada en el trabajo en equipo con los profesionales sanitarios (Zurriaga, 1990). Es pues, en los centros de salud, donde se desarrollan sus actividades y funciones –promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación, educación para la salud, investigación, formulación de programas de salud de la zona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985)–. La importancia de una formación universitaria que conjugue estas necesidades y que tenga un contacto directo con la realidad, resulta pues imprescindible.

Además, y como apunta Sánchez-Vidal (1992), el psicólogo comunitario independientemente de que su especialidad se dirija al campo de la salud, educación, servicios

sociales, etc. suele estar en relación directa o indirecta con la administración pública del estado de bienestar. Según este autor, esto tiene consecuencias significativas en la definición de este rol, ya que se constituye en un intermediario casi permanente entre el ente público y la comunidad, lo que en ocasiones entraña el peligro de que la comunidad como cliente se desligue aún más de la administración y aparezcan problemas en cuanto a la definición de competencias y presión de diferentes intereses y fines. Cuestiones como la legitimidad de la intervención social, su intencionalidad y racionalidad –efectos secundarios y efectividad de las estrategias– y la autoridad científico-técnica, y política, abren un debate ético importante sobre las implicaciones de nuestra profesión (Sánchez-Vidal, 1991).

En definitiva, si de lo que se trata es de que tanto el estado de bienestar como sus agentes sociales, se adapten a esta sociedad en cambio y solventen algunos de los efectos perversos que genera, como la dependencia, el aumento del gasto, la deficiente y pobre participación de los ciudadanos, se ha de partir de una revalorización de la solidaridad como motor de identidad colectiva y sociedad más justa e igualitaria. Sería en este espacio, donde el psicólogo comunitario, al igual que todos aquellos profesionales que tienen como apellido lo social, ha de ser capaz de asumir este desafío, con su correspondiente formación conceptual, profesional: científica, técnica y la reflexión ideológica que de este nuevo modelo de trabajo, se infiere (León, 1995).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. Nueva York: Plenum Press.
- Arango, C., Marco, I., Pavía, J., Castillo, R. y Marco, C. (1993). Identidad y participación en el Barrio de La Coma de Paterna (Valencia). *Comunicación presentada a la 2nd. International Conference of Psychological Intervention and Human Development*. Valencia.
- Ayala, L. (1995). Hacia un nuevo modelo de protección social. *Revista Documentación Social de Cáritas*, 99-100, 75-104.
- Barriga, S. (1987). La intervención: Introducción teórica. En: S. Barriga, J.M. León y M. Martínez (Eds.), *Intervención psicosocial*. Barcelona: Hora.
- Bell, D. (1976). *El advenimiento de la sociedad postindustrial*. Madrid: Alianza.
- Berjano, E. (1991). El uso indebido de drogas. En: J. García-Roca (Ed.), *La Comunitat Valenciana en l'Europa unida. Benestar i protecció social*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: Supuestos psicosociales. En: J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici, C. y J.M. Fernández (Eds.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bloom, B. (1977). *Community mental health*. Monterey: Brooks Cole Publ. Co.
- Bradshaw, J. (1983). Una tipología de la necesidad social. *Instruments de Prospecció en Serveis Socials*, núm 1.
- Buelga, S. y Musitu, G. (1993). Un programa de intervención familiar con un enfermo mental. En: G. Musitu, E. Berjano, E. Gracia y J.R. Bueno (Eds.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Popular.
- Bueno, J.R. (1988). *Apuntes en la descentralización de los Servicios Sociales*. Valencia: Nau Llibres.
- Bueno, J.R. (1991). *Hacia un modelo de Servicios Sociales en acción comunitaria: Una aproximación cualitativa*. Madrid. Popular.
- Bueno, J.R. (1993). *Los Servicios Sociales como sistema de protección social*. Valencia: Nau Llibres.
- Bunge, M. (1969). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- Caïs, J. y Castilla, E.J. (1995). El sector sanitario. *Revista de Documentación Social de Càritas*, 101, 227-272.
- Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Casas, F. (1990). La psicología social comunitaria en Cataluña. En: G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno (Eds.), *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.
- Casas, F. (1991). *Els indicadors psicosocials*. Barcelona: Llar del Llibre.
- Casas, F. y Beltri, F. (1989). Reflexiones sobre el psicólogo y los Servicios Sociales en Cataluña. *Papeles del Psicólogo*, 41-42, 60-64.
- Castells, M. (1986). *El desafío tecnológico. España y las nuevas tecnologías*. Madrid: Alianza.
- Centro de Investigaciones del Medio Ambiente. (1979). *Encuesta sobre la calidad de vida en España*. Madrid: Dirección General de Medio Ambiente-MOPU.
- Chacón, F., Barrón, A. y Lozano, M.P. (1988). Evaluación de necesidades. En: A. Martín, M. Martínez y F. Chacón (Eds.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.
- Cortina, A. (1994). *Ética de la sociedad civil*. Madrid: Anaya.
- Costa, M. y López, E. (1986) *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Miguel, A. (1996). "Progres" ayer, conservadores hoy. *El semanal*, 435,19.

- Díaz, A. (1992). *Gestión sociocultural. La eficacia social*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Educación y Cultura.
- Díez, J. (1967). *Tres estudios para un sistema de indicadores sociales*. Madrid: Euroamérica.
- Espinoza, M. (1983). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Humanitas.
- García-Lucio, A. (1995). Tendencias que marcarán el próximo futuro. *Revista Documentación Social de Cáritas*, 99-100, 181-193.
- García-Roca, J. (1992). *Público y privado en la acción social. Del estado de bienestar al estado social*. Madrid: Popular.
- Gil-Lacruz, M. (1996). El rol del psicólogo social en programas dirigidos a las comunidades de bajos ingresos. *Publicación de Ciencias Sociales y Humanas-Hurgar*, 5, 47-52.
- Gil-Lacruz, M. y Frej, N. (1993). Intervención comunitaria. A propósito del programa aragonés de rentas mínimas. En: M. Martínez (Ed.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Eudema.
- Gil-Lacruz, M., Pons, J., Grande, J.M. y Marín, M. (1996). Aproximación operativa a los conceptos de participación comunitaria y sentimiento de pertenencia: Estrategias de intervención en la comunidad. *Intervención Psicosocial*, 13, 21-30.
- Gotzens, F. (1993). Programa de actuación sobre la problemática de las drogodependencias, a través de la acción comunitaria, en un barrio periférico de la ciudad de Valencia. En: G. Musitu, E. Berjano, E. Gracia y J.R. Bueno (Eds.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Popular.
- Gotzens, F., Pastor, P. Valgañón, M.J., Mas, E., Martín, M. y Bueno, J. (1993). Diseño y aplicación de un programa de intervención en red. *Trabajo académico no publicado del I Máster Iberoamericano de Psicología Comunitaria*. Valencia: Universitat de València.
- Gracia, E. Musitu, G. y García-Pérez, F. (1994). Apoyo social y maltrato infantil: Un estudio en España y Colombia. *Revista Interamericana de Psicología*, 28, 13-24.
- Gracia, E. y Musitu, G. (1993). *El maltrato Infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *Apoyo social*. Barcelona. PPU.
- Herrero, J. Musitu, G. y Gracia, E. (1994). Cómo aprendemos a relacionarnos: Un análisis desde el concepto de apoyo social. En G. Musitu, M. Gutiérrez y J. Pons (Eds.), *Intervención comunitaria*. Valencia. Set i Set Edicions.
- Herrero, J. y Musitu, G. (1994). Tamaño y densidad de la red social como índices del ajuste y bienestar. En G. Musitu, M. Gutiérrez y J. Pons (Eds.), *Intervención comunitaria*. Valencia. Set i Set Edicions.
- Himmerlfarb, J. y Murrell, S.A. (1983). Realibility and validity of five mental health scales in older persons. *Journal of Gerontology*, 38, 333-339.

- Hombrados, I. (1990). Educación para la salud. En: G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno (Eds.), *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.
- Huici, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. En: J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici, C. y J.M. Fernández (Eds.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Juárez, M. (1989). Nuevas tecnologías, sociedad y educación social en España. Evolución y perspectivas. *Actas del Congreso sobre la Educación Social en España, Ministerio de Educación y Ciencia*, 26-62.
- Juárez, M. (1995). Introducción al V Informe sociológico sobre la situación social en España. *Revista Documentación Social de Cáritas*, 101, 13-28.
- Juárez, M. y Renes, V. (1995). Población, estructura y desigualdad social. *Revista de Documentación Social de Cáritas*, 101, 67-131.
- King, A. y Schneider, B. (1991). *La primera revolución mundial. Informe del Club de Roma*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Kozma, A., Stones, M.J. y Kazarian, S. (1985). The usefulness of the Munsh as a measure of well-being and psychopatology. *Social Indicators Research*, 17, 49-55.
- Lalonde, M.A. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- León, J.C. (1995). La psicología social comunitaria: Una perspectiva en la intervención social. En: J.A. Conde y A.I. Isidro (Eds.), *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Madrid: Eudema.
- Levine, F.M. (1976). *Theoretical readings in motivation*. Chicago: Rand McNally College Publishing Comp.
- Levine, S. y Groog, S.M. (1984). *What constitutes quality of life?. A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease*. Nueva York: Lejack Publishing Inc.
- Lluch, J. y Serra, I. (1987). *Fuentes de datos y sistema de indicadores para la acción social*. Valencia: Conselleria de Treball i Seguretat Social.
- Malo, J.L. (1995). El *shock* de la integración europea: Liberalización económica y expansión del estado del bienestar. *Revista Documentación Social de Cáritas*, 99-100, 147-162.
- Marchioni, M. (1989). *Planificación social y organización de la comunidad*. Madrid: Popular.
- Martí, S y Serrano, I. (1983). Needs assessment and community development: An ideological perspective. *Prevention in Human Services*, 3, 75-83.
- Martín, A. (1990). La psicología comunitaria en el contexto nacional y latinoamericano. En: G. Musitu, E.Berjano y J.R. Bueno (Eds.), *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.

- Martínez-Moreno, A. y Luque, O. (1993). Propuesta de un modelo para la intervención psicosocial en barrios. En: G. Musitu, E. Berjano, E. Gracia y J.R. Bueno, J.R. (Eds.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Popular.
- Martínez-Navarro, J. F. (1984). *Assaig sobre salut comunitària*. Barcelona. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.
- Maslow, A.H. (1943). A dynamic theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- McKillip, J. y Kulp, J. (1985). College students interest in sex go farther than STDS and contraception. *Health*, 9, 13-16.
- Medina, M. (1989). Evaluación de programas. En A. Martín, M. Martínez y F. Chacón (Eds.), *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). *Guía de funcionamiento del Equipo de Atención Primaria*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mira, J.M. (1990). *Psicología y salud: Un marco conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Musitu, G. (1998). La indisociabilidad de la intervención comunitaria y de la perspectiva ecológica. *Informació Psicològica*, 66, 4-9.
- Musitu, G. y Arango, C. (1995). La psicología comunitaria en España: Pasado y presente. En: J.A. Conde y A.I. Isidro (Eds.), *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Madrid: Eudema.
- Navarro, I., Suay, M.A., Pardo, N., Pache, I. y Vila, M.J. (1993). La participación familiar en los programas de rehabilitación psicosocial. *Trabajo académico no publicado del I Máster Iberoamericano de Psicología Comunitaria*. Valencia: Universitat de València.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: OMS.
- Ortí, A. (1995). Viejas y nuevas ideologías: Hacia la dualización postsocialdemócrata. *Revista Documentación Social de Cáritas*, 99-100, 9-37.
- Paradells, R., Agost, R. y Berjano, E. (1994). Apoyo social en tercera edad. En: A. Clemente, G. Musitu y M. Gutiérrez (Eds.), *Intervención educativa y desarrollo humano*. Valencia: Set i Set Edicions.
- Perpiñá, R. (1984). *Cronología: Teoría estructural y estructurante de la población en España 1900-1950*. Madrid: CSIC.
- Pollán, M., Gabari, M.I., Notivol, M.P. y Santos, L. (1995). Calidad de vida: paradigma, constructo o ficción en la práctica profesional de enfermería. En: J.A. Conde y A.I. Isidro (Eds.), *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Madrid: Eudema.
- Pons, J. (1994). *Factores de riesgo asociados al consumo abusivo de alcohol en la adolescencia*. Tesis doctoral. Dir.: E. Berjano. Universitat de València.

- Pons, J., Gil-Lacruz, M., Grande, J.M. y Marín, M. (1996). Participación y sentimiento de pertenencia en comunidades urbanas. *Revista de Treball Social*, 141, 32-48.
- Quijano, S.D. (1987). *Introducción a la psicología de las organizaciones*. Barcelona: PPU.
- Rocher, G. (1978). *Introducción a la sociología general*. Barcelona: Herder.
- Rodríguez-Cabrero, G. (1995). Políticas de rentas. *Revista de Documentación Social de Cáritas*, 101, 343-375.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Psicología social de la salud. Una referencia especial a la psicología social española. En: J.A. Conde y A.I. Isidro (Eds.), *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Madrid: Eudema.
- Roig, A., Gómez, P. y Garcés, J. (1993). Una experiencia grupal interdisciplinar con enfermos de SIDA. En: G. Musitu, E. Berjano, E. Gracia y J.R. Bueno (Eds.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Popular.
- Ruiz, I. (1995). Citado en *V Informe sociológico sobre la situación social en España*. Síntesis-Cáritas: Madrid.
- Salazar, J.M., Montero, M., Muñoz, C., Sánchez, E., Santero, E. y Villegas, J.F. (1988). *Psicología social*. México: Trillas.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- San Martín H. y Pastor, V. (1984). *Salud comunitaria*. Madrid: Díaz de Santos.
- San Martín, H. (1982). *La crisis mundial de la salud: Problemas actuales de epidemiología social*. Madrid: Karpos.
- Sánchez-Alonso, M. (1986). *Metodología y práctica de la participación*. Madrid: Popular.
- Sánchez-Vidal, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona. PPU.
- Sánchez-Vidal, A. (1992). *¿Quién es el cliente?. Orientación de la responsabilidad del psicólogo en la acción comunitaria*. (mimeo.) I Máster Iberoamericano de Psicología Comunitaria. Valencia: Universitat de València.
- Sheldon, E.B. y Moore, W.E. (1968). *Indicators of Social Change: Concepts and measurement*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Soler, V., Vendrell, C., Albiach, C. y Blasco, I. (1993). Evaluación de necesidades previa al inicio de un Plan de Prevención de Drogodependencias en la localidad de Sueca (Valencia). *Trabajo académico no publicado del I Máster Iberoamericano de Psicología Comunitaria*. Valencia: Universitat de València.
- Spagnolo, E. (1985). La condición sociocultural de los problemas de salud y de la práctica médica. *Gaseta Sanitària de Barcelona*, 3 (monog.), 13-17.
- Standing, G. (1992). The need for a new social consensus. En: Van Parjís, (Ed.). *Arguing for basic income*. Londres: Verso.

- Thayer, (1983). Com mesurar les necessitas en Serveis Socials. *Instruments de Prospecció en Serveis Socials*, núm. 2.
- Townsend, P. (1986). *Poverty in the United Kingdom*. Penguin: Harmondsworth.
- Triandis, H.C. (1973). *The analysis of subjective culture*. Nueva York: John Wiley.
- Villabí, J.R. (1994). Una política de salud pública para la Unión Europea. *Gaceta Sanitaria*, 8, 153-154.
- Villota, F. (1981). Concepto de desarrollo e indicadores de la calidad de la vida. *Revista de Economía Política*, 87, 107-134.
- Visauta, B. (1985). Modelos relativos a la calidad de vida. *Comunicación presentada al I Congreso Nacional de Psicología Social*. Granada.
- Whittaker, J. (1989). *La psicología en el mundo de hoy*. México: Trillas.
- Wingo, L y Evans, A. (1978). *Public economics and the quality of life*. Baltimore: John Hopkins. University Press.
- Zax, M. y Specter, G. (1979). *Introducción a la psicología de la comunidad*. México: El Manual Moderno.
- Zurriaga, R. (1990). Las nuevas demandas en el ámbito de la salud comunitaria. En: G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno (Eds.), *Psicología comunitaria*. Valencia: Nau Llibres.