

El psicólogo y la intervención comunitaria: problemas a debate

José M^e RUEDA

Ayuntamiento de Sant Adrià de Besòs.
Barcelona.

Pretendemos mostrar algunos de los problemas que se abren a la psicología al asumir como objeto de trabajo *la comunidad*, eludimos una reflexión erudita sobre presupuestos teóricos y nos centramos más en programas o posibilidades de acción.

El nuevo objeto presupone un desafío al psicólogo que, para adaptarse, deberá abandonar antiguas concepciones y prácticas si quiere ocupar un lugar entre otros profesionales que también se interesan por la comunidad.

El psicólogo deberá abandonar los viejos y queridos paradigmas de explicación intrapsíquica o conductuales y deberá acostumbrarse a nuevos conceptos como cotidiano, costumbre, estilo de vida, escenario de conductas, programas de escenario, sistema, subsistemas, sistema abierto, sistema cerrado, redes sociales de apoyo, opuestos dialécticos, dialectización de intereses, etc. Deberá abandonar los viejos estilos de relación basados en la diada y ser capaz de actuar relacionándose con grupos, agrupaciones, etc.

En el presente trabajo nos proponemos discutir una serie de problemas que nos permitan adentrarnos en el tema de la psicología y la intervención comunitaria.

Primer problema: ¿Qué entiende el psicólogo por comunidad?

Nuestra postura es que, como psicólogos, entendemos la comunidad como algo distinto a como lo entiende el urbanista (la asocia a una unidad urbanística de la ciudad), o como lo entiende el sociólogo (comunidad como opuesto a sociedad formal).

Como psicólogos, la comunidad nos hace referencia a un territorio concreto y a una población en él establecida, pero como psicólogos lo que nos interesa son los distintos sistemas adaptativos que ese colectivo de personas han adoptado como medios de enfrentarse tanto a las exigencias que impone el sistema socio-económico, como a la satisfacción social de las necesidades y/o deseo de índole individual.

Un sistema adaptativo humano está constituido por:

- 1) Significaciones compartidas o conjunto de valores que comparten sobre los otros, sobre las cosas, sobre sí mismo, etc.).
- 2) Pautas de relación, afectos, intercambios, etc.
- 3) Pautas de comunicación. Niveles de lenguaje. Implícitos.
- 4) Procesos de producción (trabajo), creación, elaboración.
- 5) Distancia con los otros sistemas adaptativos que coexisten en un territorio.

Si nos situamos dentro de un sistema adaptativo concreto, veremos que el grupo ha asumido una posibilidad adaptativa en perjuicio de las otras posibles.

Otra constatación es que el sistema adoptado tiende a ser el único, resistente y rígido frente a las alternativas.

Segundo problema: ¿Qué entiende el psicólogo por intervención comunitaria?

Nuestra posición es creer que cuando los psicólogos intervienen en la comunidad lo hacen porque son capaces de identificar un eje regulador de la misma y a partir de él son capaces de implementar acciones. Creemos que se pueden diferenciar tres grandes tipos de intervención en la comunidad y, a partir de cada uno de ellos, diferenciar un eje regulador de la comunidad.

1) El primero y más conocido corresponde a los que reconocen a la comunidad *capacidad terapéutica* y se apoyan en ella para el desarrollo de la salud o la curación de una enfermedad. La principal aportación de la psicología de la salud o del movimiento de la salud comunitaria estarían alrededor de este eje.

Sus principales aportaciones a la intervención comunitaria nos servirán de confirmación a nuestra tesis.

- Asociación de voluntarios a los objetivos terapéuticos.
- Ampliación de los roles profesionales del maestro, del cura, del policía, etc, con nuevas funciones como son las de apoyo.
- Descubrimiento, aplicación e implicación de las redes de apoyo de los sujetos perturbados o enfermos en los procesos de contención y acción curativa.

- Movimiento para-profesional o de capacitación técnico- terapéutica a personas de la comunidad como amas de casa, educadores, etc., para colaborar en las acciones preventivas.
- Programas de formación y de capacitación directa a los sujetos como potenciadores de salud y evitar, así, estilos de vida peligrosos.
- Desarrollo de grupos de mutua ayuda con objetivos terapéuticos.

2) Un segundo gran grupo, quizá menos conocido pero no por eso menos implicado en la intervención comunitaria, es el de los que han identificado *el desarrollo potencial* como una capacidad de la comunidad frente al desarrollo real alcanzado, y han centrado su acción en provocar esa posibilidad de utilizarlo como camino de mejora del bienestar y la calidad de vida.

Toda la psicología que utiliza el grupo no terapéutico como método de intervención estaría en este sector, siendo quizás los que mejor expresen su objetivo los que trabajan bajo el paradigma del potencial humano.

Sus aportaciones en el campo de la intervención confirman nuestra tesis:

- Capacitación individual para el análisis, reflexión, relajación, expresión, etc.
- Capacitación y mejora de las posibilidades —mediante el grupo— de la relación, intercambio, utilización de la comunicación para resolver problemas, programación, gestión y evaluación de la acción, capacitación para la negociación, etc.
- Capacitación y mejora mediante la formación y asesoramiento, del desempeño de roles educativos, de dirección, de organización, etc.

3) Un último grupo, menos conocido y quizá menos numeroso, aporta una nueva matización de lo que es la intervención comunitaria al identificar como eje de su acción la *capacidad de gestión* de la comunidad para autoadministrarse cambios o para mantenerse resistente al mismo.

Nosotros identificamos en este sector las principales aportaciones de la psicología social comunitaria o de la psicología de la intervención social.

Para apoyar nuestra tesis echamos mano de las principales aportaciones hechas en la intervención comunitaria.

- Desarrollo de la capacidad instituyente de los diversos sectores que forman la entidad (institución).
- Desarrollo y capacitación del tejido organizativo en las dimensiones de poder político, económico o social.
- Capacitación e implicación de la comunidad en las problemáticas sociales, sociopatológicas, etc.
- Cobertura de las entidades y ampliación del tejido social en funciones de tipo educativo, social, etc.

Resumiendo: un tipo de intervención comunitaria antepone salud- enfermedad, otro tipo de intervención comunitaria antepone desarrollo individual y comunitario posible frente a desarrollo real, un tercer tipo antepone capacidad e incapacidad de gestión de cambio o de resistencia al mismo. Y cada uno de ellos ha elaborado

una multiplicidad de programas como vías de mantener su propia concepción comunitaria.

Tercer problema: ¿Qué entiende el psicólogo por cambio comunitario?

Nuestra postura es que el cambio que propone el psicólogo tiene dos concepciones. Una específica o psicosocial y otra que participa de la concepción de cambio propio de la acción social¹. Estas dos concepciones no son contradictorias aunque en los momentos de la intervención pueden colisionar.

1) De forma muy resumida la concepción de cambio propuesta por la acción social está basada en la idea de la dialéctica entre los grupos, o la diferencia de intereses que éstos tienen, como camino de producir cambios y reorganizar las dimensiones de poder.

2) La concepción de cambio propuesta por la intervención psicosocial se sitúa, se concreta, dentro del grupo. La contradicción nace entre el sistema adaptativo dominante y los otros sistemas adaptativos, no dominantes, que coexisten en un mismo grupo. La contradicción está entre el sistema organizado de pautas de significación, de relación y de producción *dominantes* y los sistemas *alternativos* de organizar las pautas de significación, relación y productivas.

3) La dialéctica de la acción social trabaja con las oposiciones entre grupos, la dialéctica de la intervención psicosocial trabaja con los sistemas adaptativos alternativos que coexisten en un grupo

4) Para el psicólogo, provocar cambios en la comunidad querrá decir, fundamentalmente, potenciar el abandono de un sistema adaptativo por otros más adecuados para el grupo. Y esto dentro de la perspectiva de capacitar al grupo para que entre en procesos dialécticos. En definitiva, intervenir es profundizar en las contradicciones entre las pautas alternativas que coexisten en un mismo grupo en un mismo individuo.

5) El problema desde la óptica psicosocial no puede desvincularse de la implicación del grupo en el propio cambio, pues son las conductas que mantiene las que él debe cambiar por sus alternativas. La experiencia acumulada, la habituación a ellas, la economía psicosocial de tender a repetir lo que nos asegura éxito, etc., actuarán de activadores de la *resistencia* al cambio, con lo cual el psicólogo afrontará un sistema adaptativo mantenedor y, al tiempo, resistente al cambio. (Esta es la base de la contradicción).

6) Las formas que tiene de manifestarse la resistencia son múltiples y eficaces, capaces de neutralizar cualquier intervención del exterior.

7) Son los tres ejes reguladores de la comunidad (salud- enfermedad, desarrollo real-potencial y capacidad-incapacidad de gestión) los que concretan las ideas de cambio que aquí exponemos.

8) Puede existir colisión entre la dialéctica de la acción social de dirección a los grupos, y la dialéctica de la intervención psicosocial de calidad a los grupos.

9) La dialéctica de la acción social no es patrimonio de ninguna profesión, la utilizan sociólogos, asistentes sociales, educadores, militantes, etc., y también la utiliza el psicólogo.

¹ El término acción social sirve para caracterizar a todo aquel que trabaja en el desarrollo y organización de la comunidad; se apoya en un paradigma dialéctico

Cuarto problema: ¿Qué modelo de relación con la comunidad asume el psicólogo?

El modelo técnico de relación entre el psicólogo y la comunidad es otro de los problemas objeto de discusión. Lo simplificaremos para poderlo discutir:

1) El estereotipo más conocido sobre el psicólogo proviene de la práctica clínica, especialmente privada, muy influenciada por el psicoanálisis y caracterizada como mínimo por: una relación dual, contractual, esperar que alguien se reconozca como usuario, nos reconozca como persona adecuada para resolver el problema, y se establezca una relación en función de la demanda (*modelo demanda*).

2) Actualmente se le antepone otro estereotipo que niega la pasividad del modelo anterior anterior y afirma la capacidad de prevenir y, por ello, *ofrece* respuestas y *activa* la colaboración de la población en las mismas. La psicología de la salud de la comunidad, la psicología escolar, etc., —más influenciadas por los parámetros conductuales— han sido sus principales inductores (*modelo oferta-activación*).

3) El modelo anterior aparece como insuficiente cuando el psicólogo interviene en problemáticas psicosociales como la marginación, minorías étnicas, grupos con orientación sexual no dominantes, colectivos de parados de larga duración, terror nuclear, etc., por ello han incluido como un elemento de su encuadre el *posicionamiento*. El posicionamiento es la utilización del saber y del hacer científico del psicólogo para intervenir en la resolución de los problemas sociales *desde la población afectada*. (*Modelo posicionamiento*).

El psicólogo, desde una postura de posicionamiento no interviene resolviendo el problema, interviene en la población afectada, *buscando y desarrollando* en ella las capacidades que *tiene y que no utiliza*, para que sea esa misma población la que modifique las condiciones que inducen y mantienen el problema.

Mientras se da este proceso puede asumir a su vez un papel activo frente la sociedad, sensibilizando y buscando solidaridad, al tiempo que, frente a la autoridad, actúa como denunciante y demandante de respuestas.

Quinto problema: Identidad profesional del psicólogo cuando trabaja en la comunidad

Ante el parámetro salud-enfermedad, ¿qué aporta

el psicólogo que permita diferenciarlo de los educadores, animadores, etc?

Ante el parámetro capacidad-incapacidad de automantener el proceso de cambio, ¿qué aporta el psicólogo que lo diferencia del militante, del vecino, del sociólogo, del antropólogo, etc.?

Nuestra postura es que el psicólogo tiene una identidad distinta de otros profesionales: asistentes sociales, sociólogos, psiquiatras, militantes, etc. Esta identidad le viene del objeto con el que va a enfrentarse, no de la titulación académica.

El psicólogo cree que un problema social, por grave que sea, es sólo un sistema adaptativo humano adoptado (no necesariamente consciente) y que toda resolución de un problema social es, a su vez, un sistema adaptativo adoptado alternativo al anterior.

El paso de un sistema *dado* a un sistema *alternativo* consiste en deshacer aquellos elementos que mantienen el sistema y posibilitar que elementos no utilizados hasta el momento constituyan y mantengan el nuevo sistema. Descubrirlos, establecer caminos para provocar su desarrollo así como intervenir en el desarrollo de los mismos, serán los elementos que darán identidad al psicólogo. Por todo eso el psicólogo mantiene que no resuelve los problemas sociales, el psicólogo mantiene que su papel es descubrir qué impide la resolución desde el colectivo afectado y devolverle la capacidad para que se enfrente con el mismo.

Tomamos como base de discusión del problema de la identidad profesional los siguientes elementos:

1) Partimos del grupo afectado, buscando descubrir en él, *los elementos* que mantienen el problema social (sistema adaptativo) y también queremos descubrir en el mismo grupo *los elementos* que podrán vehicular una resolución sistema adaptativo alternativo).

2) Desde el saber acumulado por la teoría psicológica, desde la experiencia y la intuición, establecemos *caminos* para provocar un desarrollo, valorando la validez de los mismos en función de los objetivos alcanzados.

3) Interviniendo directamente en el desarrollo de los *elementos* vehiculares de la resolución, incorporando nuestro bagaje específico de técnicas y procedimientos.

Estos elementos nos dan identidad, nos diferencian de otros profesionales (antropólogos, sociólogos, asistentes sociales, educadores, etc.) al tiempo que sientan las bases para una colaboración interdisciplinaria.

Un problema todavía a debatir es la diferencia entre

un militante político y un psicólogo que interviene en la comunidad sobre todo si utiliza el modelo *posicionamiento*).

Nuestra postura es que el psicólogo y el militante político, los dos, deben ser definidos como agentes políticos. La diferencia está en que el militante es agente político en relación a los intereses de su partido, mientras que el psicólogo (si quiere mantenerse como tal) es agente político por relación a las dialécticas de cambio.

El psicólogo, a diferencia del militante de un partido, no tiene frente a un problema la mediación de la ideología del partido, la estrategia de la toma de poder, la coyuntura económica, etc. Aunque el psicólogo y el militante pueden coincidir, también pueden no hacerlo cuando los intereses de los afectados por un problema social quieran ser supeditados a la estrategia de un partido. Para mantenernos como psicólogos debemos negarnos a cualquier papel que nos convierta en agentes de partido.

El problema de la entidad profesional todavía plantea un aspecto a debatir: la diferencia con el *afectado*, con el vecino, con el miembro de la comunidad.

Nuestra postura es que todo sistema adaptativo (por malo y negativo que pueda ser) una vez establecido, se resiste al cambio. Toda actuación que se haga desde fuera de él tiende a ser integrada a su favor, reforzando el mismo sistema. Ese afuera del sistema lo constituye todo aquel que no lo incluye.

El psicólogo, como cualquier otro profesional, si quiere mantenerse como elemento inductor del cambio, deberá operar de forma que no pueda ser capturado, asimilado por el sistema a transformar.

Esta es la dialéctica entre los sistemas opuestos que constituyen el psicólogo y el sistema adaptativo en su versión actual. El psicólogo puede actuar porque su función está encaminada a coaligarse con aquellos *elementos* que también están en el sistema, que no son los dominantes y, por lo tanto, pueden constituir el sistema alternativo.

El psicólogo puede actuar:

1) Porque en el problema social (sistema adaptativo) coexisten, junto con el sistema adaptativo actual, posibilidades no utilizadas que son base del sistema alternativo.

2) Porque la intervención del psicólogo consiste en

ligarse a esas posibilidades, potenciándolas, desarrollándolas, etc, en perjuicio de las dominantes.

3) Esas posibilidades, esos elementos, son pautas de significación, pautas de comunicación, relación, etc. No son sujetos. Tal es así que un mismo sujeto (o grupo) pueden mantener el sistema y, al tiempo, basar sobre ellos la alternativa.

Sexto problema: ¿Cuál es la naturaleza de la intervención en la comunidad?

Nuestra postura es que este tipo de intervención es una praxis:

1) Ello significa, en primer lugar, que no es una psicología aplicada de teorías probadas que tiende a omitir la especificidad y las diferencias que presentan cada uno de los problemas. El psicólogo que interviene en la comunidad, ni concibe ni actúa en ésta como si fuera un campo de ensayo de pruebas para verificar sus teorías.

2) La praxis hace que el psicólogo se conciba a sí mismo como una variable más a tener en cuenta para explicar los diversos procesos. Esto quiere decir que *su presencia* ya produce efectos, con lo cual impide la concepción del psicólogo como algo externo, aséptico, neutro, etc, como se establece en el experimento de laboratorio.

3) Como toda praxis, la ordenación de los valores hace que el valor *bien* sea superior al valor *verdad*, cosa que se invierte cuando pensamos en términos de teorías.

La praxis se caracteriza porque el proyecto de trabajo es nuestra hipótesis y porque las pruebas o confirmación de correcto son los resultados obtenidos (o acercamiento a los objetos propuestos).

Séptimo problema: La colaboración con otros profesionales y la participación de los afectados

Nuestra postura es que el problema psico-social se caracteriza en que cada una de las variables se refiere a la otra, siendo a su vez la causa de unas y el efecto de las otras. Con lo cual hace difícil cualquier intervención simplemente tomando una parte del problema. Además, el problema psico-social tiene como caracte-

rística la capacidad de integrar y disolver cualquier acción exterior.

Esos aspectos y otros que, por limitación, no exponemos, hacen que el psicólogo cuando aborde un problema tenga que pensar en una multiplicidad de frentes, planteándosele la disyuntiva *el psicólogo hombre orquesta* o *el psicólogo miembro de una orquesta*. La ética y la exigencia de trabajo científico hace que rechacemos la propuesta de *hombre orquesta*.

El abordaje del problema psico-social hace que se conciba como un trabajo de equipo. Equipo entre los técnicos y los afectados y equipo entre los técnicos.

Equipo entre los técnicos: La primera aproximación del trabajo es la coordinación de acciones, puntos de vista valoraciones, etc. La segunda aproximación es la de subordinación de acciones de acuerdo con una estrategia común (interdisciplinariedad).

Equipo con los afectados: Los afectados son los que mantienen el sistema adaptativo que define el problema, los afectados son los que, a su vez, tienen la posibilidad de una alternativa. El trabajo de equipo con los afectados se hace coaligándose con aquellos aspectos de su comportamiento que son base de la alternativa, y oponiéndose o no colaborando con aquellos aspectos de su pensar o hacer que hemos constatado que tienen un papel activo como mantenedores del problema. El trabajo de equipo con los afectados se hace con una parte, no con la totalidad.

Equipo con los vecinos: Personas de la comunidad

que, estando o no afectadas por el problema, quieren colaborar con nosotros. Nuestro trabajo estará destinado a que asuman el papel de protagonistas de acuerdo con las dialécticas de la acción social, al tiempo que nosotros los apoyamos para que aumente su potencia en el campo de la salud, del desarrollo o de la gestión. No somos un vecino más. Nunca seremos un vecino. Nuestro papel es ser infraestructura para los vecinos.

Finalmente, recordemos:

- 1) ¿Qué entiende el psicólogo por comunidad?
- 2) ¿Qué entiende por intervención comunitaria?
- 3) ¿Qué quiere decir cambio comunitario para el psicólogo?
- 4) ¿Qué modelo hemos de asumir en la relación con la comunidad?
- 5) ¿Tiene el psicólogo una identidad profesional cuando trabaja en la comunidad?
- 6) ¿Cuál es la naturaleza de la intervención?
- 7) ¿El psicólogo *hombre-orquesta* o *músico de una orquesta*?

Ahora el debate está abierto. Lo hemos iniciado reflejando brevemente nuestra posición. Si el lector también se posiciona, avanzaremos en una discusión que necesitamos.

La comunidad como objeto de trabajo del psicólogo abre muchas posibilidades al tiempo que abre muchos interrogantes. Debemos afrontarlos, al menos esta es nuestra posición.