

Empowerment y ayuda mutua. Implicaciones para la intervención comunitaria.

Gonzalo Musitu

Área de Psicología Social - Universitat de València

RESUMEN

En este artículo se hace un análisis de los conceptos de empowerment y ayuda mutua y de sus relaciones e implicaciones en la intervención comunitaria. Se considera que integrar los grupos de ayuda mutua y el empowerment en las actuaciones de los Servicios Sociales y de la Salud, implica una profunda transformación del rol del psicólogo y de los profesionales de la comunidad y un cambio de actitudes de los responsables de la política social.

PALABRAS CLAVE

Potenciación, ayuda mutua, intervención comunitaria, rol profesional, bienestar, salud.

INTRODUCCION

La investigación e intervención sobre el empowerment -a partir de ahora Potenciación- y Ayuda Mutua -A.M.-, se encuentran en España en sus inicios, mientras que en los países anglosajones se remonta a principios de los años ochenta. Por esta razón, nos encontramos en la actualidad con una gran carencia de lecturas, guías y programas para los profesionales de la comunidad y con una tendencia a utilizar los términos de potenciación y A.M. de una manera intuitiva y la mayoría de las veces, equivocada. El peligro de estas carencias y sesgos es que su utilización se convierte en algo trivial o incluso minusvalorado, y su verdadero significado, se diluye entre otros conceptos supuesta e intuitivamente próximos. Así por ejemplo, la potenciación se piensa que es sinónimo de capacitación, de instrucción o incluso de educación, cuando en realidad es algo diferente, aunque en sintonía con los conceptos anteriores, como veremos luego.

Ahora bien, el hecho de considerar que la Potenciación es un recurso importante en la vida individual y comunitaria, no quiere decir que se deba mencionar en cada estudio, o que los psicólogos comunitarios no estudien o trabajen con otros recursos de la comunidad. La potenciación es la puerta de acceso a un amplio abanico de variables de estudio y de implicación comunitaria muy sugerentes como la salud mental, la intervención educativa, la competencia social, la participación social, el apoyo social, las redes sociales, la justicia social, los grupos de ayuda mutua -G.A.M.-, etc. Estas son algunas de ellas, y todas convergen en la esencia de la Psicología Comunitaria: *el sujeto como actor y responsable de su propia conducta, como participante activo y como creador de ambientes que mejoren su calidad de vida.*

En relación con la A.M., una gran mayoría de los trabajadores de la comunidad han estado en contacto, en un momento u otro, con las actividades de esos grupos, pero casi siempre sin establecer relaciones de cooperación y trabajo conjunto, porque, en general, consideran que tienen que ver muy poco con su actividad profesional. La dificultad, a primera vista, es que las dos áreas, los grupos de A.M. y los trabajadores de la comunidad, parecen incompatibles, más por ignorancia que por un conocimiento recíproco. Sea como fuere, el hecho es que el ámbito de las actividades de la A.M. recibe de los trabajadores de la comunidad menos atención de la que merece, mientras que la potenciación cada día despierta un mayor interés, cuando en realidad, es-

tán íntimamente relacionados e incluso son interdependientes, al menos yo así lo creo y es objetivo de este artículo justificarlo.

Sin embargo, nos encontramos con la paradoja de que los profesionales de la comunidad, por una parte, soslayan e incluso ignoran a los grupos de A.M. de su actividad profesional y por otra, es cada vez más frecuente encontrar a esos trabajadores de la comunidad con deseos de implicarse en actividades de A.M., fundamentalmente, porque creen firmemente en el principio de que las personas a través de la participación social, pueden lograr el control de sus circunstancias y en consecuencia, de su propio desarrollo psicosocial. Es probable, que esta situación se deba al hecho de que en España estamos dando los primeros pasos, lo que implica, que para muchos trabajadores de la comunidad resulta una verdadera novedad. Estos profesionales, no tienen todavía una idea clara del funcionamiento y efectos de los grupos de A.M. en el ajuste y bienestar individual y menos aún, de las relaciones entre potenciación y A.M.. En principio, podríamos pensar en una íntima conexión entre A.M., potenciación y trabajo comunitario y considero que no sería controvertido, puesto que numerosos «profesionales de la ayuda», incluyendo psicólogos de la comunidad, se suscribirían a la idea de dar a las personas más poder y control sobre sus vidas.

Una dificultad añadida a las anteriores estriba en que, gran parte de los componentes de los G.A.M. se oponen a la idea de que la potenciación implique a profesionales que dan poder y en algunos grupos estigmatizados tales como homosexuales, enfermos de sida, esquizofrénicos, etc., se percibe la A.M. como un movimiento de liberación y evidentemente, esto puede complicar sus relaciones con los profesionales de la comunidad con los que supuestamente tendrían que crear unos lazos de interdependencia y en ocasiones de dependencia.

Uno de los desafíos para los Servicios Sociales y comunitarios en los próximos años es el desarrollar estrategias coherentes y flexibles que permitan a los trabajadores de la «potenciación» y a los G.A.M. trabajar conjuntamente. En este artículo, analizaré los conceptos de potenciación y A.M., así como sus relaciones e implicaciones con el trabajo comunitario.

LO QUE SE QUIERE DECIR POR POTENCIACIÓN Y A.M.

En la literatura científica sobre A.M., el concepto de potenciación se utiliza con frecuencia para describir uno de los resultados deseados que persiguen los participantes en los G.A.M.. Como sucede con la mayor parte de los conceptos de reciente aparición en Ciencias Sociales, las definiciones son tan numerosas como autores lo tratan. Analizaremos en este apartado aquellas que gozan de un mayor consenso. Para Adams (1990) la potenciación es el proceso a través del cual, un individuo o grupo adquiere recursos y control que le capacitan para implicarse en actividades o modelos conductuales que en un principio trascendían el marco de sus habilidades. La potenciación personal es una condición previa para la acción social, principalmente entre aquellos que se encuentran implicados en los G.A.M..

Powell (1990) lo define como el proceso a través del cual los individuos, grupos y comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de lograr sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad en sus vidas. El proceso de potenciación opera desde un punto de vista ecológico en los niveles individual, familiar, grupal, organizacional y de la comunidad y también, en los diferentes sectores de las vidas de las personas.

La A.M. puede definirse como un pro-

ceso, en un grupo u organización, que comprende un conjunto de personas que se reúnen casi siempre, para compartir una experiencia o problema y con la expectativa de obtener un beneficio individual o mutuo. Puesto que la potenciación comúnmente significa «convertirse en poderoso», la A.M. puede considerarse de este modo como una forma de potenciación. A través de la A.M., los trabajadores de la comunidad y los miembros de esos grupos pueden potenciar a otros y potenciarse ellos mismos.

Riessman (1985) sugería que la potenciación es un aspecto esencial de la A.M. al considerar que, cuando las personas se ayudan a sí mismas reuniéndose con otras que tienen problemas similares para tratar de solucionarlos -bien sean problemas de salud física, mental, o problemas de comunidad o de vecindario-, se sienten potenciadas, es decir, perciben que son capaces de controlar algunos aspectos de sus vidas. Además, considera este autor, que una persona potenciada da en su vida un paso firme hacia adelante, puesto que las competencias que se desarrollan en el nivel más inmediato, se pueden generalizar a los aspectos o procesos más amplios. El verdadero proceso de la A.M., comienza por desarrollar competencias de trabajo conjunto y compartido que después pueden generalizarse a procesos o aspectos más amplios y complejos. La potenciación emerge en el momento en que las personas sienten que son capaces de controlar algunos aspectos de sus vidas.

Otros, también han considerado a la potenciación como la principal característica de los procesos de A.M. (Battaglino, 1987; Gidron et al., 1990). Al discutir las organizaciones de A.M. de otros significativos, Powell (1987) expresaba la necesidad «de construir confianza» y «desarrollar la asertividad» como componentes esenciales de la potenciación. En este sentido, Hatfield (1984) afirmaba que la potenciación de

los usuarios de los servicios de salud mental puede «armar» a los individuos con el conocimiento y la necesaria autoconfianza como para llevar a cabo decisiones que pueden incrementar la satisfacción individual y el bien público.

Para Rappaport, la potenciación es un proceso intencional y en desarrollo centrado en la comunidad local que implica respeto mutuo, reflexión crítica, cuidado y participación en grupo a través del cual, las personas que no comparten o no disponen de recursos valorados, ganan un mayor acceso y control sobre esos recursos. Esta definición que se concibió inicialmente para que se utilice por personas que trabajan con familias de bajos ingresos, posteriormente se aplicaría también a otros contextos diferentes. Lo que se sugiere en ella, es el acceso y control sobre recursos fundamentalmente psicológicos. El control puede entenderse como instrumental, o como una mejora en la identidad y significado que capacita a la persona para comprender mejor su lugar en el mundo. Puede ser un logro o consecución de un colectivo y también, un logro individual.

Rappaport diferencia dos componentes en el constructo de empowerment: 1. La capacidad individual de determinación sobre su propia vida -**autodeterminación personal**- y 2. La posibilidad de **participación democrática** en la vida de la comunidad a que uno pertenece, a través de estructuras sociales como escuela, iglesia, vecindario y otras organizaciones voluntarias como los G.A.M.-**determinación social**-.

Prescindiendo de la forma que tome la potenciación, hay un consenso emergente de que lo fundamental es el **proceso** para conseguir poder o control adquiriendo nuevos recursos o competencias. Dinámicamente, la potenciación significaría el proceso de adquisición de habilidades y capacidades de dominio o control. Así pues, la clave para comprender la potenciación es el **proceso**. Un individuo o un colectivo, no se potencian simplemente a través

de un mayor poder o control sobre su ambiente. La potenciación es consecuencia de las interacciones con el ambiente que ha dado como resultado, una mayor accesibilidad y un mayor control de los recursos. La diferencia no es trivial. Si nos centramos primeramente en aquellos que poseen poder, personal o de otro tipo, corremos el riesgo de soslayar aquellos mecanismos interactivos que conducen a la potenciación. También corremos el riesgo de soslayar a individuos o colectivos que no son «poderosos» si los comparamos con un estándar de vida relativo, pero que están implicados en el proceso de lograr un mayor control sobre sus vidas y en ayudar a otros a conseguirlo.

LO QUE SE HA HECHO SOBRE POTENCIACION Y A.M.

Investigaciones recientes sobre las personas, grupos o colectividades que carecen de cualquier tipo de ayuda, sugieren que la pérdida de poder puede jugar un rol etiológico en el surgimiento de la depresión y en otras enfermedades mentales. Varios estudios han demostrado que las personas con expectativas asentadas en un locus de control externo, pueden ser más vulnerables a los efectos negativos del estrés psicosocial (ver Gracia, Herrero y Musitu, 1995, para una revisión; Turner et al., 1995). Son muchos los investigadores que centran su atención en el desamparo o el aislamiento social, lo cual, aunque positivo, es sólo una cara de la moneda; en la otra, se detecta una notable carencia de investigación respecto de los procesos y efectos de la potenciación o la consecución de accesos y control respecto de los recursos que se necesitan para un mejor bienestar (Zimmerman, 1990). De lo que se conoce, es posible afirmar que un contexto en el que las personas pueden tener la oportunidad de conseguir acceso y control de los recur-

sos, es en las organizaciones de A.M. El problema estriba en que a pesar de la utilización cada vez más frecuente del concepto de potenciación en conexión con la A.M., los trabajos científicos no han demostrado todavía con suficiente claridad los entresijos de tal relación. Los resultados de las investigaciones relacionadas con la participación en G.A.M. sugieren que existe esa relación, pero con un grave sesgo que consiste en que en la mayor parte de esos estudios se ha evaluado el concepto indirectamente a través de otros constructos teóricos tales como «**recursos y resistencias personales**» (Videka-Sherman, 1982), **autoconfianza** (Gottlieb, 1982), **control** (Noh y Turner, 1987), **autoestima** (Musitu y Allatt, 1994; Musitu et al., 1995).

Sin embargo, la investigación relacionada con la eficacia de los grupos de A.M. en el bienestar psicosocial es mucho más abundante y confirmatoria, lo cual no deja de sorprender cómo ante esta evidencia, políticos y profesionales de los Servicios Sociales ignoren los beneficios en la salud y bienestar de estos grupos. Los G.A.M. son un modelo importante que debe integrarse en la intervención comunitaria, en los ámbitos de la salud y en el bienestar psicosocial. En los pasados pocos años, estudios científicos sobre salud y bienestar han demostrado que la amistad, las relaciones interpersonales y el apoyo social, son indispensables para el bienestar y para la salud física y mental (Gracia, Herrero y Musitu, 1995 para una revisión; Sánchez, 1994; Sánchez y Musitu, 1996).

La información sobre la eficacia de los G.A.M. expresado en la mayor parte de las investigaciones, necesita una mayor diseminación y una integración plena en los servicios de salud y otros servicios comunitarios. Creo, no obstante, que se necesita más investigación multidisciplinar sobre cómo el proceso de participación se relaciona con la potenciación y con la salud. En este sentido, Romeder (1990) expresaba

la necesidad de estudios que definan con claridad qué actividades de los G.A.M. proveen ayuda efectiva y por qué son efectivos. Lavoie (1990) también consideraba que el conocimiento de las ventajas y limitaciones de los G.A.M. es vital para evitar políticas de planificación social e intervenciones fundamentadas en premisas falsas. También sería aconsejable una evaluación rigurosa de la eficacia y calidad, una vez que se hayan incorporado los objetivos, mecanismos y estrategias de la A.M. dentro de los rápidos cambios de los sistemas encargados del cuidado de la salud y bienestar comunitario.

CARACTERÍSTICAS EXIGENCIAS DE LOS G.A.M. PRINCIPIOS QUE DEFINEN A LOS G.A.M.

Los G.A.M. expresan, generalmente, varias de las siguientes características, además de la potenciación que surge de la acción con los iguales :

1. **Un problema común.** El problema común capacita a los miembros para identificarse inmediatamente con los otros; cuando los miembros del grupo comparten sentimientos similares sobre sus problemas comunes, pueden experimentar resonancia, es decir, el bienestar psico-afectivo producto de ese compartir.
2. **A.M./Terapia auxiliar.** El término «*principio de terapia auxiliar*» fue acuñado por Riessman en 1965 para describir el aprendizaje de los miembros de los G.A.M. de que al mismo tiempo que dan, reciben ayuda. Recientes investigaciones de psicólogos y epidemiólogos revelan que «los beneficios de ayudar a otras personas, tiene una corriente de retorno hacia la que ayuda». A través de la implicación en grupos de A.M., el problema que veían sólo como una responsabilidad y desventaja, se transforma en un beneficio porque la

experiencia les capacita para empatizar y ayudar a otros (Thiers, 1987; Katz et al., 1992).

3. **Red de apoyo.** Los miembros proveen una red de apoyo emocional y social a través de encuentros regulares, llamadas telefónicas, visitas de amigos..... (Gracia, Herrero y Musitu, 1995).
4. **Información compartida.** A través de los procesos de grupo y material escrito, los miembros captan y perpetúan saberes o enseñanzas para afrontar con éxito otras situaciones estresantes.
5. **Mínimos costos.** Los gastos son compartidos a través de colectas llevadas a cabo en los encuentros, mínimas cuotas de miembros y fondos logrados a través de proyectos.
6. **Amor incondicional.** Los miembros de los G.A.M. se sienten motivados y estimulados para compartir sus más profundos sentimientos en un ambiente caracterizado por «el amor incondicional», un término utilizado para indicar actitudes compartidas y ausencia total de prejuicios y críticas. El pionero de los G.A.M. Leonard Borman, expresaba que el amor incondicional es el mecanismo subyacente en esos grupos.
7. **El concepto "Prosumer" o "consumidor proactivo".** Los miembros de los grupos de A.M. adquieren con frecuencia una habilidad especial para ayudar, basada en su desarrollo como «Prosumers», una palabra acuñada por Alvin Toffler para reflejar la habilidad que tienen los usuarios de la A.M. para acudir a los sistemas formales de cuidado de salud, con la finalidad de intercambiar conocimientos y experiencias, lo cual les potencia para proveer a otros, servicios relacionados a su condición. En aplicación del principio de la terapia auxiliar, este intercambio mutuo potencia a los miembros de los G.A.M. para asistir y colaborar entre ellos de maneras que difieren muy

significativamente, de la ayuda dada por un profesional o un miembro de la población en general.

8. **Igualdad.** Aunque la igualdad no se menciona en la mayoría de las definiciones de los grupos de A.M., la mayor parte de los autores están de acuerdo en que la igualdad es un rasgo común de esos grupos: Dos personas que han experimentado crisis similares tienden a tratarse como iguales, cualesquiera que sean sus diferencias. El espíritu y la práctica de la igualdad se refuerzan e intensifican por la A.M. y la resonancia que la acompaña.

EL ROL DEL PROFESIONAL

Cuando los profesionales de la comunidad asuman con total convencimiento un acercamiento a los recursos y no a los problemas personales y sociales, descubriremos que esta actitud tiene implicaciones importantes en la práctica del trabajo comunitario. Si uno cree que todas las personas, prescindiendo de sus problemas, tienen recursos y habilidades que les pueden servir de gran ayuda para sí mismos y para los demás, entonces, se deben cuestionar las relaciones tradicionales entre quien ayuda y quien es ayudado ¿Por qué se debe situar a las personas en unas relaciones de rol que les fuerzan a ser y percibirse como receptoras de servicios? Esta forma de conceptualizar la intervención, en la que las personas desempeñan el rol de receptoras de servicios como un medio para ayudarles a superar sus «déficits», es más un resultado de fuerzas históricas o socioeconómicas que de una decisión racional (Rappaport et al., 1992).

Si fuésemos a diseñar un sistema de servicios sociales, sin preconceptos respecto de la forma que tomaría la ayuda y con una mayor implicación de las personas usuarias de los servicios y no pensáramos en la conveniencia, prestigio y poder de los diseñadores del sistema, es improbable que el resultado

fuera un plan en el que las personas con problemas, o con necesidad de apoyo, encontrarían ayuda en los lúgubres despachos a donde acuden, aproximadamente durante una hora cada semana, con el fin de obtener ayuda para solucionar sus problemas de personas a las que generalmente se les paga bien o muy bien, con frecuencia de diferentes clases sociales, y que por no tener, no tienen ni experiencia personal y más veces de las deseadas, muy poca idea de los problemas que se les presenta. Son los «**ignorantes atrevidos**» que tanto desprestigian la profesión de Psicólogo. Es también improbable que aislemos a las personas en hospitales o centros asistenciales y de otro tipo y esperemos de ellas que comprendan lo que deben hacer para regresar a su comunidad y vivir con una mínima dignidad; es también poco probable que consumamos grandes cantidades de tiempo categorizando sus «desórdenes y problemas», ofreciendo «tratamientos/respuestas» que aproximadamente y con ligeras variaciones son siempre los mismos, prescindiendo del nombre que le hayamos dado al problema y que gracias al diccionario que el profesional consulta a hurtadillas, sólo él y nadie más que él, sabe de qué habla.

Desafortunadamente, el trabajo social, la psicología y también la psiquiatría, han seguido un formato médico/clínico como una forma de profesionalizar la práctica profesional. Este modelo de ayuda se ha fundamentado en el esquema de tratamiento experto-paciente-diagnóstico, que ha hecho de la medicina una ocupación lucrativa, altamente prestigiosa y muy poderosa - nada tiene que ver este poder con la potenciación-. Otras disciplinas buscan una profesionalización similar y naturalmente, las mismas recompensas materiales, porque las espirituales con ese esquema, tiempo ha que están negadas. Para entender mejor los devastadores efectos de ese esquema, aconsejo al lector que lea los estudios sobre los «profesionales quemados».

La cultura de las «profesiones de ayuda» es paternalista. Tienden a desarrollar relaciones como las de padre-hijo. Generalmente, lo que hacen es metacomunicar a

aquellas personas que buscan o aceptan servicios, la expectativa de que son, por virtud de su necesidad de ayuda, incompetentes e inútiles. -Reflexione, amable lector, sobre los efectos en los clientes del profesional poco informado y cargadito de problemas profesionales y de otro tipo-. En las relaciones de rol experto-cliente, se espera que una persona dé ayuda, la otra se espera que la reciba.

La alternativa a ese esquema podría ser la A.M., puesto que se basa en el supuesto de que las personas pueden ayudar y también ser ayudadas. Con este acercamiento, más que considerar la ayuda como un recurso escaso y costoso, se asume que es infinito y de mínimos costos, puesto que cada persona que está en necesidad, es también un proveedor de ayuda para los otros. Es el principio de la reciprocidad y del equilibrio de poder. Este nuevo estilo de ofrecer ayuda y de hacer intervención, es consistente con lo que entendemos por potenciación (Rappaport, 1985, 1990; Zimmerman, 1990) y con lo que a mi juicio debe ser la función del Psicólogo y muy especialmente del Psicólogo Comunitario.

APRENDIZAJE Y CAMBIO EN LOS G.A.M.

Un aspecto importante en la mayoría de los grupos de A.M., es su particular modelo para ayudar. Se estimula explícitamente a cada persona para que ayude a otras desde el mismo momento en que se hacen miembros del grupo. Una experiencia común que comparten esos ciudadanos es una historia de alienación, una pérdida de control sobre sus propias vidas y una falta de conexión con las fuentes de influencia social. En general, estas personas no han sido capaces de movilizar recursos personales para su propio beneficio o para el beneficio recíproco. El contexto de la A.M. representa un interesante lugar para explorar los mecanismos de potenciación, porque ofrece oportunida-

des para adquirir nuevas competencias en diferentes niveles de funcionamiento. Esto es diferente de otras intervenciones en el ámbito de los enfermos mentales, como puede ser la psicoterapia, donde se ofrece a los clientes la oportunidad de potenciar su control pero sólo sobre sus propias vidas. La terapia de uno a uno, no ofrece oportunidades directas para influir en los otros o en la comunidad. Incluso, la terapia de grupo está limitada porque las interacciones se controlan en última instancia por el terapeuta que ocupa un rol de experto en el grupo. En una organización de A.M. un gran número de miembros desarrollan un sentimiento de responsabilidad para con las otras personas y para la organización que pretende tener influencia social.

Esta operacionalización que Riessman (1965) denominaba el principio de la terapia auxiliar, se ha considerado por algún tiempo como un importante mecanismo en el contexto de la A.M.. Se ha comprobado que los miembros que proveen más conductas de ayuda a los otros en las reuniones de grupos -evaluada por observaciones conductuales detalladas- muestran proporciones más altas de asistencia a las reuniones y una mayor progresión en su ajuste psicosocial y en última instancia de su bienestar a lo largo del tiempo (Roberts, 1989).

La potenciación en los miembros de los G.A.M. se fundamenta no sólo en lo que sus miembros aprenden haciendo, sino también en lo que cambian haciendo. David Robinson (1981) coordinador del estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre G.A.M. en relación con problemas de salud, consideraba que «hacer algo» que cambia a las personas es «ayuda mutua colectiva»: el G.A.M. provee «soluciones prácticas a dificultades específicas y ofrece a los miembros la oportunidad de construir una nueva red de relaciones, e incluso se convierte, para algunos, en un nuevo modo de vida». Los miembros de los G.A.M. que operan inde-

pendientemente, también tienden a asumir la responsabilidad para tratar con sus problemas comunes; se pueden utilizar los recursos externos -tales como los servicios formales de la comunidad-, pero lo que se requiere de verdad, es «la autodeterminación y la autoimplicación en el nivel de grupo básico para solucionar los problemas».

MEJORAR LA COMUNICACIÓN: UN PREREQUISITO

La plena integración de los grupos de A.M. en los objetivos de la política social, depende en gran parte de la cooperación entre los G.A.M. y los proveedores de servicios. Hubo un gran momento en el desarrollo de esa cooperación durante los años ochenta, se bloqueó a principios de los noventa y en la actualidad, el diagnóstico es de una pobre comunicación que se identifica como un obstructor para la colaboración entre profesionales y personas integradas en los G.A.M. que tratan con condiciones de vida amenazantes.

A pesar del trato esmerado que han recibido los G.A.M. en las diferentes publicaciones, encuentros de profesionales de la academia y de la comunidad durante todos estos años, responden con una cierta agresividad y preocupación cuando se les pregunta sobre sus relaciones con los sistemas de salud y bienestar tradicionales. Aunque algunos perciben una mejora en la comunicación, la gran mayoría consideran la relación como muy hostil y con grandes dosis de desconfianza recíproca. Sin embargo, todos coinciden en la importancia de llevar a cabo todos los esfuerzos posibles para apoyar y alimentar el desarrollo de una relación genuina entre salud, servicios sociales y comunidades de A.M. (Romedor, 1990). Una sospecha de los responsables de la política social y de los servicios sociales, es que la propuesta primaria de los grupos de A.M. es buscar alternativas al tratamiento tradicional que ellos

defienden. Una investigación llevada a cabo por Lieberman (1988) mostraba que numerosas personas que participan en G.A.M., también se benefician de los diferentes servicios de apoyo social y profesional. De hecho, se comprobó que los participantes en grupos de A.M. utilizaban tanto el apoyo profesional como el social con más frecuencia que un grupo de no participantes en esos grupos equiparados por el nivel de estrés.

No obstante, en un informe del *American News* de 1989, algunos profesionales de la salud expresaban un cierto escepticismo respecto de la filosofía de esas organizaciones «auto-suficientes» y temían que cualquier información diseminada entre sus miembros, podría ser antimédica e incluso injuriosa. Es más, en 1989 en un workshop sobre salud pública y A.M. en la Universidad de Los Angeles, profesionales de la salud dejaron entrever que sospechaban de esos grupos.

La vieja fórmula de la potenciación como un objetivo de los trabajadores implicados en los G.A.M., genera un dilema en la práctica: si proceder sobre las bases de lo que implica ser un trabajador de la comunidad o en función de los potenciales miembros de los G.A.M.. Y esta es una cuestión muy difícil para la que no hay una fácil respuesta. En la mayor parte de las ocasiones, el acercamiento más realista es mantener un diálogo abierto entre trabajadores de la comunidad y los miembros de los G.A.M. desde los inicios de la posible colaboración, única fórmula para que esta gane en intensidad, efectividad y confianza.

Además, a pesar de los celos y sospechas que suscitan los G.A.M. entre profesionales de diferentes sectores, hemos de aceptar que son una realidad cada vez con más presencia en la comunidad y es desde luego, un gran recurso en la intervención comunitaria en los ámbitos de la salud y de los servicios sociales. Es justamente por ser un gran recurso y además muy barato, por

el que las instituciones públicas flirtean y hasta se «encariñan» de esos grupos. El indicador más claro de esta relación, es la inclusión en Salud 2000 de varios objetivos cuyo contenido manifiesto es el apoyo sin paliativos a los G.A.M.. Este tipo de reconocimiento, legitima la antigua aceptación y apoyo de algunos expertos a esos grupos por las contribuciones a la salud pública, mientras que los aún excépticos, esperan más investigación que documente y justifique su efectividad. A principios de los años 80, Robinson (1981) publicaba una serie de artículos sobre el rol de los G.A.M. en el cuidado de salud primaria. Fundamentado en su investigación, Robinson concluía que el encuentro con otros, ayuda a los miembros del grupo de A.M. a solucionar algunos problemas de salud común. McEwen y colaboradores (1993) sitúan las colaboraciones de los G.A.M. en el contexto de la potenciación de los individuos para que sean agentes activos en el cuidado y promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad, en la detección y tratamiento de la enfermedad, en la restauración de la salud, en la adaptación a una disfunción continua y en el bienestar psicosocial.

LA INTERVENCIÓN EN LA POTENCIACIÓN: PRINCIPIOS GUÍA

Uno de los objetivos de la Psicología Comunitaria es desarrollar una gran teoría de la Potenciación. Han existido otros candidatos como los conceptos de salud mental positiva o competencia, pero se les ha marginado porque están centrados fundamentalmente en la persona lo cual, como bien sabemos, es una contradicción con los principales supuestos de la Psicología Comunitaria y también, porque proceden de la tradición de la Psicología Clínica con la que la psicología comunitaria, mantiene solamente una relación de colaboración.

Rappaport (1987) coincide con otros autores (Trickett, 1984; Kelly y Hess, 1986; Musitu, 1993; Gracia y Musitu, 1993) en que la naturaleza de la teoría en Psicología Comunitaria ha de ser esencialmente ecológica. Esta aproximación ecológica es la que mejor se adapta a los intereses y objetivos de la Psicología Comunitaria, además de ser un excelente hilo conductor en la intervención e investigación. Rappaport describe una serie de proposiciones e hipótesis bajo la perspectiva ecológica que deben guiar el desarrollo teórico y el estudio empírico de los fenómenos de interés de la psicología comunitaria incluyendo los G.A.M. y la potenciación:

- **La potenciación es un constructo con diferentes niveles de análisis.** El estudio de la interacción persona-ambiente, debe realizarse en diferentes niveles de análisis: individual, grupal, organizacional y comunitario, asumiendo además, que existe una influencia mutua entre esos niveles durante el proceso de la intervención, la cual, además, debe ser continua.
- **El impacto entre los diferentes niveles de análisis debe ser la primera idea que rija el análisis y la intervención.** La comprensión de las personas, sus entornos y las políticas sociales, requieren múltiples medidas desde diferentes perspectivas y niveles de análisis. No nos podemos limitar al estudio del individuo; debemos valorar todos los aspectos del contexto que nos permitan un adecuado desarrollo tanto de la teoría como de la práctica.
- **El contexto histórico en el que tiene lugar la intervención, determina en gran parte los resultados de la intervención.** Rappaport considera que existen unas condiciones antes y después de la intervención que están ligadas a la idiosincrasia y desarrollo histórico de la comunidad, las cuales son, a su vez, esenciales en cualquier programa de intervención.
- **La trascendencia del contexto cultural.** La cultura del entorno debe considerarse como un aspecto esencial para comprender la diversidad y la relatividad cultural que ofrecen los diferentes marcos ambientales.
- **El estudio de la comunidad con todos sus componentes, debe hacerse longitudinalmente o de forma continua.**
- **El investigador/trabajador de la comunidad debe ser participante activo del proceso y no un mero observador.** Esta es una idea muy en consonancia con la IAP (Investigación Acción Participativa: Arango, 1995).
- **Se debe utilizar un lenguaje adecuado.** La elección de un lenguaje es muy importante para la comunicación y la metacomunicación, tanto con los otros investigadores, como con los políticos y con las personas objeto de estudio. Este es un aspecto crucial en la teoría de la Potenciación porque el lenguaje contiene aspectos connotativos determinantes. Más que utilizar fórmulas de comunicación, en las que los sujetos perciban que son objeto de ayuda o que se les va a proporcionar servicios y recursos, hay que optar por un lenguaje que transmita a los sujetos la oportunidad que tienen para potenciar sus propias habilidades y de movilizar sus propios recursos.
- **Las condiciones de participación en un entorno tendrán un impacto en la potenciación de sus miembros.** Cuanto más favorables (características del entorno, historia, cultura, etc.) sean las condiciones, mayores serán los efectos en el desarrollo de la potenciación.
- **Una organización que se sustente en la potenciación, desarrollará mejor sus recursos que una organización que actúe bajo una ideología de dependencia.**
- **Los programas que se desarrollan localmente, tienden más a la potenciación que aquellos fundamentados en líneas generales de actuación.**

- **El tamaño de los entornos.** Es un aspecto importante porque a él van asociados otros aspectos como la especificación de recursos, roles de sus miembros, etc.

- **La potenciación se dirige al desarrollo de los recursos de personas y entornos.**

Esto es, la potenciación se fundamenta en la creencia de que las gentes tienen poder para dirigir sus propias vidas y capacidad para involucrarse en la vida de la comunidad. Es éste, precisamente, uno de los objetivos fundamentales de la intervención comunitaria (Hombrados, 1996)

El objetivo de la intervención del psicólogo comunitario es promover la potenciación o lo que es lo mismo, las posibilidades para que las personas, organizaciones y comunidades ganen en dominio y control sobre sus propias vidas. Con la inclusión de la potenciación en la intervención comunitaria, se amplía en realidad el tipo de intervención al que pueden optar los psicólogos comunitarios. Por lo tanto, la intervención centrada en la potenciación está más cercana que cualquier otra al concepto de cambio social. Algunos autores como Livert (1989), muestran una cierta reticencia en considerar la potenciación como uno de los principales recursos de la Psicología Comunitaria, argumentando que la potenciación no es suficiente, que es demasiado unilateral y que se corre el riesgo de sobrevalorar el individualismo, sobre todo si se considera como el único objetivo de la intervención comunitaria. La réplica es simple: nadie dice que la potenciación deba ser el único recurso. Newbrough (1991) considera que es un paso importante en el desarrollo de una nueva teoría en Psicología Comunitaria, pero que debe dirigirse más específicamente a la comunidad, una idea que compartimos la gran mayoría de los psicólogos comunitarios.

A MODO DE CONCLUSION

El tópico de desarrollar políticas que apoyen a los G.A.M. ha generado tradicionalmente una gran preocupación, incluso alarma -a mi juicio injustificada,- en la comunidad de esos grupos. Los miembros de estos grupos temen que los servicios formales limiten o deformen el natural crecimiento y libertad del germen de su frágil movimiento. Yo creo que es posible desarrollar una política social que potencie los G.A.M. para poblaciones vulnerables, para lo cual, se debe informar adecuadamente y en profundidad sobre el tema y crear accesos inmediatos a la información sobre esos grupos, de forma que se puedan comprender las formas a través de las cuales responden sus miembros a sus propias necesidades. Es más, la formulación de propuestas con la intención de construir un camino que conduzca a un último objetivo, en este caso el de incrementar la potenciación a través de los G.A.M., es uno de los grandes retos de los psicólogos comunitarios.

Parece que esta suficientemente demostrado que la potenciación es el resultado de la participación. No obstante, quedan algunas respuestas sin contestar que son además de gran trascendencia para comprender mejor el proceso de los G.A.M. y para la planificación e implementación de programas de intervención comunitaria fundamentados en esos grupos. Preguntas tales como: ¿Cuál es el proceso específico a través del cual se logra la potenciación a partir de la participación en un G.A.M.?... ¿Cómo median las variables situacionales y disposicionales en ese proceso?... ¿Cuál es la relación entre potenciación personal y social?... ¿En qué condiciones surge?... Las respuestas a estas cuestiones ayudarán a los investigadores y trabajadores comunitarios a identificar los beneficios específicos y únicos de la participación en los G.A.M., así como también, el tipo de personas

que se beneficiarían con mas probabilidad de esa participación.

Debido a la popularidad y al atractivo del concepto de potenciación, existe el peligro de vincularlo a las actividades del trabajo comunitario de un modo inapropiado y de reducir su alcance y su poder para mejorar la calidad de vida de las personas. Por ejemplo, el filo de la navaja del concepto de

Los miembros de estos grupos temen que los servicios formales limiten o deformen el natural crecimiento y libertad del germen de su frágil movimiento

potenciación, está en la tendencia a referirse a él como si fuera algo así como otra forma de actuación para capacitar a los profesionales. La potenciación se puede aplicar no sólo a los clientes de los grupos de A.M., sino también a los mismos trabajadores de la comunidad, todo lo cual es perfectamente válido, pero se corre el riesgo de desviar la atención de los clientes que deberían ser el principal foco de las actividades de la potenciación, un riesgo al que el trabajador de la comunidad debe prestar especial atención.

Para finalizar, creo que es importante desarrollar una visión de la potenciación a través de la A.M. puesto que en él se integran los objetivos e ideología de los psicólogos comunitarios y de los miembros de los G.A.M. Idealmente, la potenciación como proceso, debería aglutinar a todas las partes integrantes

del trabajo comunitario: trabajadores, clientes, organizaciones, miembros de los G.A.M. y todas las redes sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Adams, R. (1990). Self-help, social work and empowerment. London, MacMillan.

Arango, C. (1995). El rol del psicólogo comunitario en la Comunidad Valenciana. Tesis Doctoral, Dir: G. Musitu y J.R. Bueno. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

Battaglino, L. (1987). Family empowerment through self-help groups. En A.B. Hatfield (Ed.), Families of the mentally ill: Meeting the challenges. 43-52. San Francisco, Jossey-Bass

Gidron, B., Guterman, N.B. y Hartman, H. (1990). Participation in self-help groups and empowerment among parents of the mentally ill in Israel. En T.J. Powell (Ed.), Working with self-help. Maryland, Nasw Press

Gottlieb, B.H. (1982). Mutual-help groups: Members' views of their benefits and of roles for professionals. En L.D. Borman et al. (Eds.), Helping people to help themselves. 55-67. New York, Haworth Press.

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). El apoyo social. Barcelona, PPU.

Hatfield, A.B. (1984). The family. En J.A. Talbott (Ed.), The chronic mental

patient: Five years later. New York, Grune & Stratton.

Hombrados, M.I. (1996). Introducción a la psicología comunitaria. Málaga, Aljibe.

Katz, A.H., Hedrick, H.L., Holtz, D., Thompson, L.M., Goodrich, T. y Kutscher, A.H. (1992). Self-Help. Concepts and applications. Philadelphia, The Charles Press.

Kelly, J.G. y Hess, R. (1986). The ecology of prevention: Illustrating mental health consultation. New York, Haworth

Lavoie, F. (1990). Evaluating self-help groups. En J.M. Romeder (Ed.), *The self-help way: Mutual aid and health*. Ottawa, Canadian Council on Social Development.

Lieberman, M.A. (1988). The role of self-help groups in helping patients and families cope with cancer. *CA-A Cancer J. Clinicians*, 38, 3, 162-168.

Livert, D. (1989). Implications for an empowerment ideology for community psychology. Peabody College of Vanderbilt: Nashville.

McEwen, J., Martini, C.J.M. y Wilkins, N. (1993). Participation in health. London, Croom Helm.

Musitu, G. (1993). Dimensiones de la comunidad. En *Intervención colectiva en Servicios Sociales*. Centre Cultural Bancaixa. 135-154.

Musitu, G. y Allatt, P. (1994). Psicosociología de la familia. Valencia, Albatros

Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M. (1995). Autoconcepto Forma-A. Madrid, TEA.

Newbrough, J.R. (1991). Hacia una teoría de la comunidad para la psicología

comunitaria. *Revista Interamericana de Psicología*, 25, 1-22.

Noh, S. y Turner, R.J. (1987). Living with psychiatric patients: Implications for the mental health of family members. *Social Science and Medicine*, 25, 3, 263-272.

Powell, T.J. (1987). Self-help organizations and professional practice. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

Powell, T.J. (1990). Working with self-help. Silver Spring, MD: National Association of Social Workers.

Rappaport, J. (1985). The power of empowerment language. *Social Policy*, 15, 4, 15-21.

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 117-148.

Rappaport, J. (1990). Research methods and the empowerment social agenda. En P. Tolan et al. (Eds.), *Researching community psychology*. Washington, D.C., American Psychological Association.

Rappaport, J., Reischl, T.M. y Zimmerman, M.A. (1992). Mutual help mechanisms in the empowerment of former mental patients. En D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice*. New York, Longman.

Riessman, F. (1985). New dimensions in self-help. *Social Policy*, 15, 3, 2-4.

Riessman, F. (1965). The helper therapy principle. *Social Work*, 10, 2, 27-32.

Robinson, D. (1981). Self-help groups in primary health care. *World Health Forum*, 2, 2, 185-191

Romeder, J.M. (1990). *The self-help way: Mutual aid and health*. Ottawa, Canadian Council on Social Development.

Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria*. Barcelona, PPU.

Sánchez, A. y Musitu, G. (1996). *Intervención comunitaria: Aspectos científicos, técnicos y valorativos*. Barcelona, EUB.

Thiers, N. (1987). Self-help movement gains strength, offers hope. *Guidepost*, 30, 9: 1, 8, 16.

Trickett, E.J. (1984). Toward a distinctive community psychology: An ecological metaphor for the conduct of community research and the nature of training. *American Journal of Community Psychology*, 12, 261-280.

Turner, R.J., Lloyd, D.A. y Wheaton, B. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review*, 60, February, 104-125.

Videka-Sherman, L. (1982). Effects of participation in self-help groups for bereaved parents: Compassionate friends. En L.D. Borman et al. (Eds.), *Helping people to help themselves*. 68-77. New York, Haworth Press.

Zimmerman, M.A. (1990a). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions. *American Journal of Community Psychology*, 18, 169-177.

Zimmerman, M.A. (1990b). Toward a theory of learned hopefulness: A structure model analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24, 71-86.