

Intervenció psicosocial i promoció de la salut

Constanza Jacques Aviñó

PID_00200380



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	10
1. Marc conceptual	11
1.1. Com coneixem, com actuem	11
1.1.1. Teories socials	13
1.2. Models de salut	16
1.2.1. Model biomèdic	16
1.2.2. Model biopsicosocial	18
1.2.3. Enfocament ecològic	19
1.3. Repàs per la psicologia social i psicologia comunitària	20
1.4. Promoció de la salut	26
1.4.1. Models d'educació per a la salut	28
2. Les lectures	35
2.1. Compromisos de la psicologia social	35
2.1.1. Necessitats socials	35
2.2. Investigació acció participativa	36
2.2.1. Salut comunitària	38
2.2.2. Empoderament	39
2.3. Desigualtats socials en salut	42
2.4. Divers i igual. Un desafiament a la pluralitat	44
2.5. La necessitat de visibilitzar i analitzar: relacions de gènere i salut	47
2.5.1. Enfocaments de gènere en salut	50
2.6. Qualitat de vida i percepció de salut	51
Resum	53
Bibliografia	55

Introducció

“La cura consistia, pues, en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehúsa a tolerar. Que la mitología del chamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también creen ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta o, mejor, ella jamás los ha puesto en duda. Lo que no acepta son dolores incoherentes y arbitrarios que, ellos sí, constituyen un elemento extraño a su sistema, pero que gracias al mito el chamán va a colocar de nuevo en un conjunto donde todo tiene sustentación.

Pero la enferma, al comprender hace algo más que resignarse: se cura...”

L. Strauss, 2005, pp. 119-120.

En moments de constants transformacions socials, avenços de noves tecnologies, canvis socioeconòmics, de reivindicacions identitàries, auge de migracions internacionals, canvi climàtic i d'una infinitat d'esdeveniments històrics, la salut es continua entenent com la mesura del nostre benestar. Això significa entendre que la concepció de salut canvia entre diferents contextos culturals, socials, econòmics i entre els individus mateixos. És més, el que entén per *salut* una sola persona pot fins i tot canviar durant la seva pròpia vida. Amb això, en iniciar aquesta assignatura és important iniciar la reflexió entorn de què entenem per *salut*? Quines són les influències de l'ambient i la biologia? De l'entorn social i cultural? Quins són els determinants de la salut? Quines estratègies s'haurien d'aplicar per a fer intervencions psicosocials en salut? Què és l'equitat en salut? Com podem treballar en promoció de la salut? Quin paper ha de tenir la comunitat en les pràctiques d'atenció en salut? Com podem abordar la intervenció en col·lectius culturalment diferents? Com podem incorporar la perspectiva de gènere en fer intervenció en salut? Per què cal incloure-la? Etc.

Totes aquestes qüestions, com assenyala Eduardo Menéndez (2003), situen la salut en un procés que implica una comprensió sobre les pràctiques i significats que les persones fan sobre salut, malaltia i atenció. És a dir, l'anàlisi involucra un enteniment de la diversitat més enllà de l'individu i del cos, des d'una construcció social i històrica que l'incorpora. Això requereix comprendre que les dinàmiques relacionals es constitueixen sota certs eixos d'hegemonia i subordinació emmarcades dins d'un determinat context sociopolític. D'aquesta manera s'assumeix que la salut articula diferents significats que s'han d'entendre més enllà de l'absència de malaltia i del benestar físic, mental i social complet, com encertadament va formular en el seu moment l'OMS: incorporant una anàlisi des de diferents perspectives, com és el de la comunitat, les institucions sanitàries i les estructures polítiques i econòmiques mateixes d'un territori determinat. La intervenció sobre les persones es completa i engrandeix amb la

Bibliografia recomanada

E. Menéndez (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud colectiva*, 8, 1, 185-207.

intervenció ecològica sobre les organitzacions, les comunitats i els contextos (Fernández Ballesteros, 1982; Krasner, 1980). Aprofundirem sobre això més endavant.

El nom de l'assignatura, **Intervenció psicosocial i promoció de la salut**, si bé incorpora un enfocament principalment pràctic, comporta un posicionament teòric en plantejar determinades accions socials per a l'assoliment del benestar de la comunitat. Això és fonamental considerar-ho. Relacionarem intervenció amb canvi i transformació social. Amb això assumim un enfocament que vol mobilitzar determinades pràctiques i actuacions per apostar per més **equitat en salut**. Amb això, les intencions d'una intervenció mai seran neutres.

“La equidad en la salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse.”

Whitehead, 1991, p. 6

El terme *inequitat* té una dimensió moral i ètica segons Whitehead, ja que s'entén que hi ha diferències innecessàries i evitables, i que a més es consideren injustes. És important considerar que la noció del que és just canvia en cada societat o cultura i, amb això, cada context hauria d'arribar a un nivell de prou consens sobre el que significa *equitat* per dur a terme accions efectives per a reduir les inequitats (OPS, 2001).

Al seu torn, entenem que parlar de **promoció de la salut** significa potenciar els recursos necessaris per a la vida diària. Si bé és un enfocament que es relaciona amb el de prevenció, en el qual es vol evitar que un problema social o de salut es manifesti en un entorn determinat, nosaltres ens enfocarem en el de promoció, ja que ens sembla rellevant generar propostes i oferir un enfocament positiu sobre la salut, justament per a prevenir. És a dir, totes dues perspectives, prevenció i promoció, es poden entendre com dues cares de la mateixa moneda.

Per tant, entendrem la salut com un procés global que va més enllà de la salut mental, el resultat de la qual implica considerar múltiples factors que incidiran sobre allò que és potenciador de la salut.

És a dir, la salut no és cosa només del sector de salut, sinó també de l'educació, de l'ocupació, l'habitatge, dels mitjans de comunicació, la família, etc.

Carta d'Ottawa (1986)

Promoció de la salut: proporcionar als pobles els mitjans necessaris per a millorar la seva salut i exercir més control sobre aquesta.

Per fer-vos una idea sobre què implica la inclusió dels factors ambientals en salut, considerem les propostes que ha fet l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2009) sobre promoció de la salut. En aquest informe es reprenen les condicions i recursos fonamentals per a la salut, plantejats per la primera Conferència Internacional de Promoció de la Salut a Ottawa. Són els següents:

- Pau
- Refugi
- Educació
- Aliments
- Ingressos
- Un ecosistema estable
- Recursos sostenibles
- Justícia social i equitat

S'afegeix que la millora de la salut requereix una connexió segura en què es puguin donar aquests requisits bàsics. Què penseu sobre aquesta proposta? Com s'hauria d'articular? Quines conseqüències té?

Aquesta assignatura pretén incorporar l'anàlisi dels factors socials i culturals i de la societat en conjunt, per al plantejament d'intervencions psicosocials, i també sensibilitzar sobre la vulnerabilitat i els problemes associats a determinats grups socials. És a dir, generar la inquietud de per què determinats col·lectius contreen una malaltia en aquestes circumstàncies, preguntar-se sobre les seves pràctiques, creences, dinàmiques socials associades, explicacions, etc. Quines són les trajectòries terapèutiques, els factors culturals, polítics i ideològics que incideixen en la concepció de salut i malaltia. Totes aquestes qüestions elementals creiem que les haurien d'incorporar els professionals a la seva tasca. Ens sembla fonamental oferir i generar un espai de discussió per a pensar i debatre com cal proposar accions socials per a millorar la salut de la comunitat o d'una determinada població.

Com veureu, s'abordaran diferents temes que s'han considerat fonamentals per al disseny d'intervencions psicosocials, àmbit especialment complex per la diversitat de factors que influeixen. S'utilitzarà principalment com a referent teòric la psicologia social i comunitària, i també aportacions d'altres disciplines, com ara l'antropologia, l'epidemiologia social, la infermeria comunitària i la sociologia. Al seu torn, part important del contingut d'aquest curs són temes que aborda la salut pública i hi escauen, i les aportacions de la qual han estat de gran rellevància per als estudis i propostes d'intervenció; per la seva banda, la salut pública s'ha nodrit de diferents recerques psicosocials per al desenvolupament de les seves polítiques. Això significa apostar per la **interdisciplinarietat** com una estratègia que pot afavorir el treball de l'acció social.

L'enfocament que predominarà en aquest curs es fonamenta en la idea de potenciar la salut i reconèixer la participació activa dels membres de la comunitat, i també identificar diferents marcs teòrics i metodològics per a incorporar-los a l'àmbit de la investigació i intervenció psicosocial en salut.

Presentació de l'assignatura

L'assignatura *Intervenció psicosocial i promoció de la salut* ofereix eines conceptuals i pràctiques per a l'abordatge en l'àmbit de salut, tant per a professionals d'institucions públiques, com serveis socials, centres d'atenció primària, salut pública, i també per a persones que treballin en ONG o en el tercer sector i que facin intervencions amb poblacions vulnerables. Amb això, no emfatitzem en com s'haurien de fer determinades accions des de determinades estructures laborals, sinó des de la idea que seran aquestes propostes, activitats i reflexions les que permetran a l'estudiant posar en pràctica els coneixements que pugui adquirir durant el curs en el seu propi context.

El material d'aquesta assignatura es divideix en dues parts. Per començar, us trobareu amb un breu marc teòric que us permetrà sobretot contextualitzar la proposta d'aquest curs, introduir-vos en l'existència de diferents perspectives i models que us permetran anar pensant en com plantejar una intervenció. Sempre tenint en compte que hi ha diferents situacions i problemes socials.

La segona part és una guia docent que es basa principalment en la lectura de diferents articles que han estat seleccionats per a donar cos als objectius de l'assignatura. Els apartats es divideixen en sis temàtiques, relacionades amb aquestes lectures, i són:

- 1) Posicions i compromisos amb la salut des de la psicologia social.
- 2) Investigació acció participativa (IAP) i empoderament.
- 3) Desigualtats socials en salut.
- 4) Immigració i salut.
- 5) Perspectiva de gènere i salut.
- 6) Model sociogènesi.

A més, els estudiants podran trobar recomanacions bibliogràfiques presentades al llarg d'aquest material.

“Jamás acepté que la práctica educativa debería limitarse sólo a la lectura de la palabra, a la lectura del texto, sino que debería incluir la lectura del contexto, la lectura del mundo.”

Paulo Freire

Objectius

- 1.** Incorporar la perspectiva ecològica i participativa al disseny de projectes d'intervenció psicosocial i de promoció de la salut.
- 2.** Incorporar els determinants socials i culturals de la salut per al disseny de projectes d'intervenció psicosocial.
- 3.** Conèixer, reflexionar i identificar diferents estratègies de promoció de la salut per a intervencions amb poblacions determinades.
- 4.** Incorporar la interculturalitat com a perspectiva d'intervenció social en salut, tant per al disseny dels programes en salut com en la pràctica professional.
- 5.** Incorporar la perspectiva de gènere com a perspectiva d'intervenció social en salut, tant per al disseny dels programes en salut com en la pràctica professional.

1. Marc conceptual

Aquest apartat es divideix en quatre. En la primera part, amb la intenció que siguem conscients que la ciència té un posicionament pel que fa a la realitat social, parlarem sobre dues perspectives epistemològiques principals. En la segona part, comentarem sobre tres models de salut: model biomèdic, enfocament biopsicosocial i l'ecològic. En la tercera farem un breu repàs sociohistòric sobre la branca de la psicologia que ha donat origen a l'abordatge de les intervencions psicosocials. Finalment, explicarem què entenem per promoció de la salut i proposarem els principals models d'educació de la salut.

Citació

“La ciència de la salut era considerada originalment part de la filosofia, de manera que tant la cura de les malalties com la contemplació de la naturalesa van néixer entre les mateixes autoritats; és a dir, entre els qui la buscaven amb més ànsia [...]”

Cels (Patrici romà, segle I dC)

1.1. Com coneixem, com actuem

Abans d'entrar en matèria, ens hem de detenir a pensar com ens relacionem amb la realitat social i el coneixement que en tenim. Aquesta qüestió, que no té res de trivial, determinarà les nostres formes de fer intervenció social. Per a això, hem de reflexionar sobre la nostra posició epistemològica envers el saber. És a dir, entre la relació del que es vol conèixer i el que coneix.

Si entenem que l'epistemologia respon a la pregunta de com coneixem el que coneixem i ens trobem sota el prisma de les ciències, podem afirmar que es refereix a l'estudi de les ciències o la filosofia de les ciències el qui ens situa en aquesta qüestió.

Epistemologia

Epistemologia ve del grec *episteme* 'coneixement' i *logos* 'teoria'.

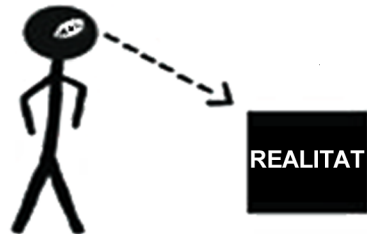
Hi ha una gran varietat teòrica entorn de l'epistemologia i la validació del coneixement, però podríem distingir principalment dues maneres polars de posicionar-nos davant la realitat.

1) La primera, i amb la qual hem estat històricament socialitzats, entén que la realitat és independent de l'observador, i serà el mètode el que ens guia de manera sistemàtica i ordenada cap a aquesta. L'important des d'aquesta òptica és el desig d'aprehendre la realitat i poder replicar l'estudi en qüestió i en funció de l'ús correcte de les tècniques i mètodes d'aproximació cap a aquesta. Des d'aquesta posició, l'observador o el científic produeix coneixements des de l'objectivitat i la lògica de la neutralitat científica. Hi ha una posició

distant entre l'investigador i l'objecte d'investigació i envers l'ús de les tècniques. S'entén que el coneixement que es genera ha de ser imparcial, o almenys intentar ser-ho.

Amb això parlem de veritats més certes que d'altres.

La realitat és independent de l'observador.



Font: Daniela Jacques Aviñó

2) Des d'una altra òptica, es pot plantejar que hi ha tantes realitats com observadors la poden descriure. Per tant, la ciència es construeix sobre la base del llenguatge, i al consens d'aquesta, la metodologia continua essent central, però el coneixement no és *per se*. S'entén que l'observador o el científic concep el coneixement des d'una "objectivitat entre parèntesis" (Maturana i Varela, 1984). S'aplica una lògica que no necessàriament serà igualment replicable i la validesa de la qual està en el reconeixement del consens social. Amb això s'entén que el coneixement és una construcció social creada des del llenguatge. La realitat és un procés interpretatiu i s'entén que les ciències s'han constituït i es constitueixen en relació amb els processos canviants de la vida social.

La realitat depèn de l'observador que la descriu.



Font: Daniela Jacques Aviñó

En aquesta imatge es vol reflectir que la realitat és dependent de l'observador, la realitat és construïda socialment. El coneixement dependrà de diferents factors, tant relacionals com sociohistòrics i polítics. Es planteja que la ciència té ideologia.

Citació

"El lenguaje, desde esta óptica, no reside en el interior de las personas, sino que entre ellas, en tanto las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una

relación particular... Cada idea, cada concepto sólo se concreta en el intercambio social con otros, en y desde el lenguaje. Los significados con los que las personas enfrentan el mundo nacen siempre en y desde un contexto relacional particular.”

Zlachevsky, 2009, p. 29

En la seva esfera teòrica apareixen els paradigmes que tenen relació amb els principis i les idees fonamentals que expliquen la realitat o la unitat d'anàlisi; i en un nivell més pràctic la metodologia que intenta donar resposta a com podem conèixer i quines són les tècniques que s'han d'aplicar, és a dir, tracta sobre el procediment que s'usarà.

Thomas Kuhn (2005) es va referir al concepte de **paradigma** per a referir-se al conjunt de pràctiques que defineixen una disciplina científica durant un període específic de temps. A això podríem afegir que el paradigma respon a una manera de veure i explicar les coses, és una òptica, un model, un conjunt de teories explicatives.

Una **teoria** es pot entendre com un coneixement especulatiu basat en un sistema lògic que s'estableix a partir d'observacions, hipòtesis i postulats. Estableix relacions explicatives sobre determinats fenòmens.

La **metodologia** seria l'instrument que enllaça l'investigador amb l'objecte de la investigació, és la guia que ens condueix al coneixement. La metodologia se sol dividir en quantitativa i qualitativa, i dependrà de la naturalesa de la investigació triar un mètode o un altre.

1.1.1. Teories socials

En relació amb el que hem explicat, repassarem les principals perspectives que han abordat el tema dels problemes socials i les seves estratègies d'intervenció.

1) La **teoria funcionalista** concep la societat com un sistema organitzat i funcionalment interdependent entre si. Amb això les diferents parts de la societat han de respondre a un funcionament que *a priori* respon a una idea del que s'entén com a correcte. Totes les conductes que no s'ajusten a les expectatives socials s'entenen com a desviades, desviades a la norma, i serà la societat mateixa mitjançant les seves institucions (serveis socials, educatius, sanitaris, etc.) i estratègies de control social, la que ho intentarà reajustar. Si ho portem al pla de la salut, entenem que hi ha una mesura homogènia i universal en la qual s'utilitzen paràmetres per a separar el que és sa del que no ho és. Per exemple, en casos de prevenció de l'obesitat, els límits del sobrepès són clars i concisos. Qualsevol nen que no es trobi dins de la norma pel que fa al pes es proposarà que ingressi en un pla de dietes. Aquesta instrucció es farà amb independència del pes dels seus pares, de les seves pautes culturals, etc. Amb això els problemes socials s'entenen com una malaltia social. Hi destaquen autors com Talcott Parsons i Robert Merton.

2) **Perspectives conflictivistes**, que neixen com a resposta a la crítica del sistema capitalista. Té les bases ideològiques en el marxisme. Hi ha una clara consciència sobre les desigualtats socials i d'una estructura de dominació que s'assoleix perquè hi ha una classe que posseeix el capital i els recursos. L'altra part de la població dorm, i el concepte clau és l'alienació a la qual estan subjectes els més desfavorits, mitjançant el poder de la religió, els mitjans de comunicació, etc. Hi ha una situació injusta d'explotació i explotadors. Amb això la intervenció social s'entén com la posada en marxa d'accions socials dirigides envers l'autoconsciència i la participació i mobilització social dels ciutadans per a assolir la transformació social. Les bases teòriques de la psicologia comunitària procedeixen principalment d'aquesta perspectiva. Hi destaquen autors com Fals Borda i Paulo Freire.

3) **Construccionisme social**. Atorga un valor especial al llenguatge, com a sistema social que atorga ordre i simbolismes a la realitat. S'entén que la producció de significats, és a dir, el llenguatge, està determinat per un moment sociohistòric concret i per la cultura. El problema social sorgeix com a construcció social.

Seguint Burr (1995), la perspectiva socioconstruccionista es caracteritza pel següent:

- **Antiessencialisme**: el món i les persones són fruit de processos socials i no hi ha cap essència que els faci ser tal com són.
- **Antirealisme**: no hi ha una relació directa entre coneixement i realitat. La construcció col·lectiva de les versions de la realitat s'atribueix a diferents cultures i societats.
- **Coneixement situat sociohistòricament**: no es pot estudiar la veritable naturalesa social, sinó l'estudi històric de l'aparició de les maneres actuals d'entendre el fet social.
- **Relació entre llenguatge i pensament**: el llenguatge no és una expressió directa del pensament, sinó que les estructures i categories conceptuals que utilitzem estan constituïdes en el llenguatge mateix.
- **El llenguatge com a forma d'acció social**: per al construccionisme el llenguatge produeix el món mateix, és una manera d'acció.
- **Importància de les pràctiques socials**: la comprensió social no resideix ni en la psique humana ni en les estructures socials, sinó en l'estudi de les pràctiques i interaccions socials.
- **Importància dels processos**: el socioconstruccionisme es preocupa pels processos i interaccions humanes.

Prenguem l'exemple de la violència de gènere o violència masclista. Dècades abans els problemes maritals pertanyien al món privat i hi havia la idea que el matrimoni era un refugi i una organització social desitjable per a tot ésser humà, sobretot per a les dones. La violència contra les dones era part d'un escenari natural i fins i tot justificat socialment: s'ha arribat a dir (i en segons quin àmbit es continua amb el discurs) que "ella s'ho ha buscat" o "alguna cosa deu haver fet". És a dir, hi havia una ideologia, un cos d'idees, i per tant un llenguatge que legitimava certes conductes. Avui dia hi ha una desconstrucció d'aquesta visió, la violència de gènere és un problema social, perquè han proliferat altres discursos i maneres d'entendre el món. Parlem de drets, d'igualtat, de no-discriminació i que cap persona, sigui home o dona, homosexual o heterosexual, sigui discriminada per raó del gènere o l'orientació sexual. És a dir, s'ha canviat el discurs per a transformar certes pràctiques socials o la legitimitat d'aquestes pràctiques. Hi destaquen autors com Kenneth Gergen, Peter Spink i Tomás Ibáñez.

4) Perspectiva situada. Enfocament que qüestiona les diferents maneres de definir els agents del canvi social, segons la posició de subjecte. Fa una crítica entre la relació de l'intervingut i l'interventor, ja que la definició del problema social se sol construir des del lloc de l'expert, si fa la intervenció social tant el professional com l'acadèmic. Com assenyala Montenegro (2001), aquesta proposta difereix d'altres formes d'intervenció social perquè qüestiona la definició mateixa de condicions problemàtiques, i proposa que és un assumpte polític, mentre que configura i és configurat per les relacions socials en contextos determinats. Amb aquesta proposta s'intenta pensar en com involucrar agents socials de diferents àmbits en la definició del que és digne de transformació i no solament en els qui formen part dels sistemes d'intervenció (com ara equips interventors i institucions que els donen suport). Amb això, el que és digne de transformació no solament afecta un grup definit com a mancat o deficitari, sinó que és d'interès de/transformar totes les posicions de subjecte involucrades en moments determinats. Es proposa considerar que hi ha multiplicitat de veus i possibilitats de relació i que les formes de relació tenen a veure amb inclusions/exclusions, negociacions, aliances i també allunyaments, depenent dels diferents continguts que es tractin en processos d'intervenció/articulació. Hi destaquen autors com Judith Butler, Laclau i Mouffe; Donna Haraway.

5) Acció social. Es refereix a l'exercici de presa de posicions dels involucrats mateixos en un problema o temàtica d'interès; per tant, es discuteixen els eixos que porten a fer aquestes accions. L'inconformisme amb certs aspectes de la societat resulta el motor principal per a impulsar les accions destinades a la transformació social. És a dir, que són els protagonistes mateixos que defineixen el problema social els qui s'autogestionen i organitzen per a la transformació. No hi ha interventor extern o aliè al problema. Alguns exemples d'això són: els moviments de resistència global (ATTAC), CADTM (Comitè per l'Anul·lació del Deute del Tercer Món) o l'XCADE (Xarxa Ciutadana per l'Abolició del Deute Extern), moviments d'usuaris de drogues, el 15-M, etc.

Plantejar-nos els posicionaments descrits ens porta a pensar què és un problema social i qui el defineix, pensar en els conflictes d'interessos i en l'heterogeneïtat d'intervinguts i interventors. No és sobrer recollir aquesta reflexió de Montero abans de pensar com es constitueix un problema social:

“Muchas personas, muchos grupos sociales, a veces naciones enteras, pueden tener largas historias de sufrimiento en las cuales la «normalidad» de su vida ha estado marcada por excesos de poder de uno de los extremos o polos en pugna en esa sociedad. En tales situaciones construyen su vida diaria, aprenden a moverse y manejarse generando formas de ejercicio del poder que causan infelicidad a amplios sectores de la sociedad y que les niegan otras posibilidades de vida.”

Montero, 2006, p. 32.

Consum de drogues

Les drogues, de conceptualització no tan fàcil, han estat històricament plantejades com un problema social que varia segons el moment, el context i la droga en si mateixa. En els debats ni tan sols arriba a quedar del tot clar si el problema es troba en el consum, en els traficants, en els camperols plantadors de fulla de coca, en les lleis, en la corrupció, en l'oci, en una vida percebuda com cada vegada més exigent, hedònica, etc.

1.2. Models de salut

Els models de salut fan referència a explicacions, actuacions i relacions del procés de salut/malaltia/atenció. S'aborden fonamentalment tres models. En la bibliografia us podeu trobar amb més variabilitat d'enfocaments, crítiques als models i altres definicions.

1.2.1. Model biomèdic

El model biomèdic, de fortes arrels positivistes, s'ha constituït com el referent tradicional i hegemònic de les nostres societats. Ha estat l'eix central del coneixement, les seves contribucions a la investigació i al tractament davant els problemes de salut han estat i són d'indubtable aportació. S'entén que per a abordar la malaltia s'ha de focalitzar i fragmentar la vida i experiència humana. Es descontextualitza el continu espaciotemporal en el qual ocorre la malaltia. Els estudis i les intervencions des d'aquesta perspectiva es transformen en ahistòrics i arelacionals. Solen assumir una concepció binominal de l'ésser humà: en termes de ment i cos. D'altra banda, es basa en el paradigma de la causalitat, l'èmfasi de la qual està en la cerca de les causes, entenent-les com a objectives i deslligades de la persona i de la comunitat (Breilh, 2007). S'aborda l'individu desconsiderant el context social. En aquest sentit, s'assenyala que els processos culturals complexos es redueixen a variables esquemàtiques i quantificables. Des d'una perspectiva sociocultural, se li critica la falta de legitimitat que atorga a sistemes mèdics diferents al del model hegemònic.

Ens sembla rellevant observar el curs d'alguns fets com a conseqüència d'aquest model. Aquest és el cas de la **medicalització**. El concepte de *medicalització* té Ivan Illich com un dels seus pioners. Va utilitzar el terme per a analitzar les iatrogènies (concepte que es refereix a qualsevol tipus de malaltia, afecció causada o provocada per un acte mèdic, bé sigui per acció directa o

secundària a ús de medicaments), la intervenció d'una hegemonia biomèdica i el seu desenvolupament tecnològic en la formació d'una dependència excessiva de la població. És a dir, que en diferents etapes del cicle vital es van aplicant estratègies intervencionistes, independentment de l'existència concreta de senyals o símptomes patològics i amb conseqüències perjudicials pròpies de la intervenció. D'aquesta manera, la medicalització es defineix com el procés pel qual problemes no mèdics s'acaben tractant com a tals, normalment en termes de malaltia o trastorn. És important destacar que aquests processos extremadament cartesians, reduccionistes i mecanicistes, segons Giddens (2006), privilegien el model biomèdic de salut, el qual es basa, segons l'autor, en tres pressupòsits principals:

- En primer lloc, la malaltia es considera una avaria que es produeix dins del cos humà i que l'aparta del seu estat "normal"; així doncs, per a retornar la salut al cos cal aïllar i tractar la causa de la "malaltia".
- En segon lloc, sota aquest model de salut, la ment i el cos es poden tractar per separat; el pacient representa un cos malalt (una malaltia) i no un individu en conjunt, l'èmfasi es posa en la curació de la malaltia en comptes del benestar de l'individu. D'aquesta manera, el cos malalt pot ser manipulat i tractat aïlladament sense tenir en compte altres factors.
- Finalment, els especialistes mèdics són els únics que tenen la capacitat de sanar, ja que posseeixen coneixements especialitzats i proporcionen l'únic tractament vàlid.

El resultat d'aquesta extensió terapèutica i les conseqüències d'aquests processos de medicalització han desembocat en la invenció de noves malalties i la dependència dels individus dels medicaments, i per conseqüència, en un estil de vida consumidor de drogues. Fer creure a la gent que està malalta pot ser una substanciosa font de diners?

Fe en el medicament

La fe en el medicament té les arrels en el final del segle XIX, quan els descobriments en microbiologia porten a abandonar la tradició higienista. L'aparició de productes com la penicil·lina i els antibiòtics generen el debat, entre les tesis socials i ambientalistes, sobre les causes de les malalties, però seran aquestes últimes les qui marcaran el curs de la medicina. D'aquesta manera, certs medicaments passarien a ser controlats pels experts, mentre que d'altres serien de venda lliure en farmàcies.

D'aquesta manera, hem de considerar com es defineixen les malalties, i es converteixen de vegades afeccions ordinàries o problemes socials en problemes mèdics. Parlem de fòbia social, l'addicció a Internet, la prevenció del colesterol alt, el sobrepès, la fatiga i la cada vegada més diagnosticada depressió (malenconia, buit existencial) o la "síndrome de Sissi", que consisteix que persones que ho tenen tot confereixen el seu benestar als medicaments o a les drogues.

1.2.2. Model biopsicosocial

En el model biopsicosocial –encunyat per Engels el 1977– es comprèn que l'individu està inserit en un complex entramat de sistemes interdependents entre si i en el qual l'entorn té un paper clau per a l'anàlisi. Es desplaça la mirada posada en la malaltia o afecció per a centrar-se en la persona. S'inclouen no solament els factors biològics, sinó també psicològics (creences, emocions, etc.) i socials en l'anàlisi del procés de salut/malaltia/atenció.

El model biopsicosocial recull els fonaments de la teoria general dels sistemes (TGS). És a dir, hem d'analitzar la confluència de diferents factors per a comprendre, i per tant intervenir-hi, una població.

Les característiques principals del model biopsicosocial (Gomez i Ceitlin, 1997) són:

- a) No existeix l'observador objectiu i prescindible.
- b) La presència de l'observador i els seus instruments influeixen en el fenomen d'una manera poc determinable.
- c) No hi ha un fenomen en si mateix; la conjunció entre el professional i el fenomen produeix una nova condició en la qual apareixen fenòmens que són productes de tots dos.
- d) La causalitat de tot fenomen és múltiple. Les relacions de causalitat són complexes i no lineals.
- e) S'introdueix el concepte d'*incertesa*.
- f) No és possible fragmentar un fenomen per a estudiar-lo. Els fenòmens han de ser presos sempre com a totalitats.
- g) Sempre cal tenir en compte el context.
- h) La subjectivitat de l'observador és part del procés.

Alguns investigadors de l'antropologia mèdica diferencien (Vargas, s/d) entre el següent:

- La malaltia.
- Tenir una malaltia.
- Sentir-se malalt.
- Ser reconegut com a malalt.

Lectura recomanable

M. D. Engel George (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*.

D'altra banda, la medicina social i l'epidemiologia crítica emfatitzen les qüestions relacionades amb la ideologia. Una ideologia és molt més que una *weltanschauung* (ideologia) estable o la –falsa– consciència derivada d'un conjunt particular de relacions socials i materials. És més, les ideologies conformen la posició dels professionals de la salut, els investigadors, els pacients i d'altres, en relació amb les concepcions de salut-malaltia (Briggs, 2005).

1.2.3. Enfocament ecològic

Per a aquesta assignatura, i assumint el model biopsicosocial, utilitzarem com a referent l'enfocament **ecològic**. Aquesta perspectiva constitueix una teoria explicativa del desenvolupament humà en què l'individu s'entén com a part d'un conjunt de diferents nivells d'interaccions que al seu torn estan organitzats en sistemes.

Vegem l'exemple que ens posa Herrero (2004) en exposar un dels principals autors d'aquest model: Urie Bronfenbrenner.

Les nines russes de Bronfenbrenner

Els sistemes socials, per a Bronfenbrenner, mostren un patró de relacions que opera en diferents nivells. Com a primera intuïció, els sistemes presenten una estructura imbricada en cercles concèntrics. Al centre hi ha la persona en desenvolupament i es veu afectada per entorns que van dels més immediats –són els cercles més propers– als més distants –són els cercles exteriors. Són com les nines russes, en les quals les més internes estan condicionades per la mida de les més externes i, per tant, influïdes pel que passa en aquestes. Per exemple, no podem deixar de traslladar totes les nines si canviem l'emplaçament de la que les conté totes. Encara que la persona en desenvolupament es trobés en la nina més interior, posem per cas una formiga, i depengués de manera immediata de les condicions de temperatura, humitat, espai, etc. d'aquesta nina interior, aquestes condicions estan al seu torn influïdes per les condicions de les nines que la contenen. En altres paraules, el que succeeix en un sistema social –en una nina– influeix en el que succeeix en altres sistemes socials –les altres nines– i tot això, al seu torn, influeix en la persona en desenvolupament –en el nostre cas, la formiga.

L'ecologia del desenvolupament humà comprèn l'estudi de l'acomodació mútua progressiva entre un ésser humà actiu, en desenvolupament, i les propietats canviants dels entorns immediats, mentre que aquest procés es veu afectat per les relacions que s'estableixen entre tals entorns i pels contextos principals en els quals estan inclosos.

Aquesta definició de *desenvolupament humà*, juntament amb el seu marcat caràcter ecològic, té profundes implicacions en l'anàlisi de l'ajust psicosocial de la persona i en el paper que l'entorn té en aquest ajust. La concepció de l'humà s'entén segons Herrero (2004) com:

1) **Actiu**. En general, les persones no es limiten a respondre a les demandes ambientals; més aviat construeixen els seus propis mons en funció de les situacions per les quals travessen –o malgrat aquestes. Aquesta activitat és inherent a la persona, per la qual cosa cal esperar que, amb les condicions adequades, les persones busquin i trobin les solucions més convenientes en cada situació.

La passivitat és més una resposta a la situació que una condició humana; per tant, és fonamental disposar dels recursos personals i socials adequats per a evitar que s'inhibeixi l'activitat.

El paper de l'educació per a la salut hauria de ser potenciar recursos (personals i socials) que permetin aquest desenvolupament.

2) La influència dels entorns. La teoria postula que no solament els entorns més propers a la persona exerceixen influència, sinó que també ho fan els més distants i, fins i tot, la relació entre els diferents entorns. No solament ens influeix el que experimentem directament, sinó el que experimenten aquells amb els quals ens relacionem i, fins i tot, la possibilitat que ens puguem relacionar amb persones d'altres àmbits amb altres percepcions i experiències.

En cert sentit, el nostre canvi conductual descansa en la naturalesa del sistema social més ampli –per exemple, la societat–, ja que d'aquest sorgeixen els patrons d'intercanvi que condicionen la nostra experiència diària. La societat dinàmica estableix mecanismes que afavoreixen la interacció entre sistemes molt diversos, de manera que s'enriqueix l'experiència personal de cadascun dels seus membres.

El benestar psicosocial de la persona es potencia quan la societat en la qual viu li permet desplegar tota la seva activitat. Per a Bronfenbrenner (1989), són les polítiques socials les que defineixen els possibles cursos d'acció que permeten desplegar la màxima activitat; per tant, la tasca dels psicòlegs no solament se centra a intervenir en les persones –i els contextos–, sinó també en les polítiques socials.

En altres termes, la teoria de Bronfenbrenner és un model sobre la realitat social de les persones, compost de diferents sistemes en diferents nivells: microsistema, mesosistema, exosistema i macrosistema, que mostren un patró d'interrelacions i influències mútues (Bronfenbrenner, 1987). Aquests sistemes reflecteixen una estructura ecològica concèntrica. L'individu és al centre, immediatament després els diferents mitjans amb els quals interactua directament i, més enllà, un conjunt extern d'influències d'altres sistemes socials, en el contorn dels quals es troben la ideologia i les institucions socials de cada societat (Herrero, 2004).

1.3. Repàs per la psicologia social i psicologia comunitària

La psicologia social és una disciplina que es caracteritza per integrar el context social i cultural com a referent d'anàlisi, considerant les relacions socials i interpersonals i les interaccions amb el medi social en general. Intenta comprendre el valor que tenen els conceptes des del seu significat social i la seva di-

mensió simbòlica. Com assenyala Ibáñez (1990), qualsevol cosa que denominem *social* està íntimament i necessàriament relacionada amb el llenguatge i la cultura. D'aquesta manera, es van transformant els problemes i el seu sentit.

Per aquest motiu la **psicologia social de la salut** contribueix a l'estudi de la construcció social de la malaltia i la salut, i també a la manera com afecta les persones, participa en el disseny, planificació i avaluació de programes sanitaris i a desenvolupar estratègies psicosocials per a l'augment de la qualitat de vida de la població. També es preocupa per la desigualtat socioeconòmica, la desigualtat en la distribució de recursos sanitaris i els problemes de salut generats per la seva desigualtat d'accés.

El desenvolupament d'aquesta disciplina sorgeix amb les aportacions que aquesta ofereix a la psicologia de la salut; molts dels estudis van començar a tenir força per si mateixos i van ampliar el camp de la salut fent ús de les seves teories i models explicatius. De tal manera que la psicologia social de la salut contribueix a les demandes del vessant més clínic de la psicologia i a l'estudi de la definició de la realitat com a referent a condicionants de tipus social. Es comprèn així que les persones i els serveis (sanitaris) són part de l'organització de determinats processos socials i que el seu coneixement permet proporcionar eines per a la interacció i benestar de les persones.

Es pot definir la psicologia social de la salut, segons Rodríguez i García (1996), com l'aplicació específica dels coneixements i tècniques de la psicologia social en la comprensió dels problemes de salut, i al disseny i posada en pràctica de programes d'intervenció en aquest marc. Aquesta disciplina aporta i utilitza coneixements provinents de la teoria de la comunicació persuasiva, els principis de l'aprenentatge social, teories sobre la formació i canvi d'actituds i teories de l'atribució. En la psicologia social de la salut, segons Rodríguez i Neipp (2008), s'identifiquen cinc camps d'estudi: la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, el procés de malaltia, la conducta de malaltia i de salut, les relacions entre el professional de salut i el malalt, i la millora del sistema de cura de salut i política sanitària.

Des de la psicologia social aplicada va néixer la **psicologia comunitària**, corrent que es relaciona amb les accions socials i que s'ha caracteritzat per ser una disciplina aplicada i preocupada pels problemes socials. Aposta per una intervenció cooperativa i interdisciplinària. Es considera fonamental la participació dels implicats per a transformar l'entorn, ja que es concep la interrelació individu-ambient com a part de l'anàlisi i de la comprensió dels problemes que els afligeixen. Això sense desatendre un context de profundes desigualtats i la perspectiva cultural. Des d'aquest camp d'intervenció, s'estableix el desenvolupament de la comunitat com una premissa central, en què la salut de la població és part dels objectius d'acció comunitària.

Nota

Assumim que les persones o grups socials han de tenir un paper protagonista, ja que entenem que és primordial conèixer i reconèixer el col·lectiu en el qual es vol fer la intervenció i viceversa.

Les primeres referències de la psicologia comunitària es troben als Estats Units al final del segle XIX i el començament del XX, quan es comença a identificar i a estudiar la relació entre problemes de salut mental i desigualtats socials, ja que les persones que eren tractades fora del seu entorn, encara que poguessin evidenciar millores, tornaven a recaure en certs trastorns quan tornaven al seu medi social. A partir d'aquestes experiències es va constatar que calia treballar en el mateix context on vivia l'individu, ja que hi havia factors socials que incidien en els problemes de salut mental. L'any 1963, en la Conferència de Swampscott, en la qual es van abordar aquestes temàtiques amb més profunditat entre psicòlegs i altres professionals, es va impulsar la creació dels primers centres de salut mental comunitària. Aquesta data ha estat clau per al naixement de la psicologia comunitària.

Segons Rappaport, la **psicologia comunitària** es defineix com “una disciplina que acentua la importància de la perspectiva ecològica de la interacció, sosteniendo la posibilidad de mejorar la adaptación entre las personas y su ambiente por medio de la creación de nuevas posibilidades sociales y a través del desarrollo de recursos personales en vez de hacer hincapié exclusivamente en la supresión de las deficiencias de los individuos o de sus comunidades.”

Rappaport, 1977, p. 66.

És important considerar que l'objecte d'estudi de la psicologia comunitària i el seu desenvolupament canvia segons el context sociopolític en el qual es dugui a terme. Amb això no solament hem de pensar en la diferència entre països i la seva idiosincràsia, o en com s'articulen les institucions i la societat civil, sinó també hem de considerar que les polítiques i els governs incidiran en la possibilitat de seguir una línia d'intervenció o una altra.

En el cas dels Estats Units, els projectes comunitaris s'han vist avortats segons la presència dels governs demòcrates o republicans. Però en termes generals solen tenir un enfocament basat en la responsabilitat individual al canvi, un marcat caràcter assimilacionista (adaptació d'un col·lectiu al model dominant) i amb una manca d'intervencions amb la comunitat en si mateixa. D'altra banda, aquesta branca de la psicologia ha ocupat un interessant espai per a l'estudi i la discussió des de l'Associació Nord-americana de Psicòlegs (American Psychological Association). De fet, s'han editat dues de les revistes principals de la disciplina en aquest país, l'*American Journal of Community Psychology* i el *Journal of Community Psychology*, a més d'altres publicacions dedicades a la psicologia social aplicada i als problemes socials.

L'Amèrica Llatina, per la seva banda, s'ha caracteritzat per les accions socials que sorgien des de les bases comunitàries mateixes. El desenvolupament de la psicologia comunitària té dues figures emblemàtiques: Paulo Freire al Brasil, als anys setanta, i Fals Borda a Colòmbia, al final dels cinquanta, sobre investigació acció. En la base d'aquest corrent hi ha la consciència d'un sistema caracteritzat per profundes desigualtats socials i un accés diferenciat de la població als recursos. A més, cal considerar el pes i la repressió de les dictadures que van patir molts pobles a l'Amèrica Llatina. Parlem a més d'organitzacions i estructures socials menys institucionalitzades, en què el treball en xarxa i

Bibliografia recomanada

P. Freire (1979). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

O. Fals Borda (1959). *Acción comunal en una vereda colombiana*. Bogotá: Monografías Sociológicas.

la necessitat d'enfortir la comunitat eren les formes principals de subsistència. Per exemple, un cas seria el de les *ollas comunes* a Xile, anomenades *ollas populares* a l'Argentina o *club de madres* al Perú, per esmentar-ne alguns. Va ser una pràctica que es va desenvolupar en els sectors desfavorits, en la qual s'organitzaven, sobretot, dones per a cuinar i aconseguir aliments i oferir-los a la comunitat. D'aquesta manera, es va fer un treball públic i polític en la comunitat, no estatal, que igual que en la resta dels països de la regió, s'ha caracteritzat per l'acció social. Els professionals comunitaris, d'aquesta manera, han enfortit, acompanyat i han servit de pont o de mediador amb les estructures estatals.

A Espanya, per la seva banda, té un origen recent, i igual que en el cas anterior, es construeix sobre la base del canvi social i polític. La bibliografia atorga un canvi qualitatiu i quantitatiu de l'exercici de la psicologia a la dècada dels setanta. Però és a partir de la Constitució de 1978, en la qual s'impulsa la descentralització del poder central i una organització amb base territorial, és a dir, des de les comunitats autònòmiques, quan comença un desenvolupament dels serveis socials. D'aquesta manera, professionals del món social i de la salut mental comencen a enfortir el treball en la comunitat. Això no vol dir que prèviament no hi hagués treball comunitari, però l'existència en termes formals i acadèmics de la psicologia comunitària a Espanya data del final dels anys vuitanta. Actualment, i en paral·lel amb l'enfortiment de les recerques qualitatives, la psicologia comunitària i social va tenint més i millor recepció tant a escala formativa/teòrica com en la intervenció. Al seu torn, ha anat passant per profundes reflexions i avaluacions metodològiques i teòriques. El seu desenvolupament s'enforteix a partir de l'experiència que constitueixen les diferents realitats i problemes socials als quals s'enfronten els professionals.

En concret, a Espanya, els professionals que s'adscriuen com a psicòlegs comunitaris i socials solen treballar sobretot en l'àmbit públic i des dels serveis socials. També va augmentant la seva presència en ONG i altres àmbits d'índole social.

Transferència de coneixement

La tensió entre ciències i el seu ús pràctic no és una discussió nova ni en el món de l'acadèmia, ni en de la investigació. Des de la psicologia social s'entén que es va transformar en aplicada al moment en què es va plantejar que els problemes socials també escauen a les ciències, amb la qual cosa les investigacions haurien de tenir un sentit que anés més enllà del coneixement pel coneixement. La psicologia social aplicada data més o menys dels anys setanta, coincideix amb l'aparició d'altres línies de treball com la psicologia ambiental, la psicologia de la salut, la psicologia jurídica, etc. Encara que l'aparició des de les ciències socials de disciplines interessades sobre els problemes socials sigui anterior, és des d'aquesta dècada quan comença a créixer als Estats Units l'interès per aquest camp d'estudis, es publiquen diferents revistes i manuals dedicats a treballar sobre desigualtats i context social, com ara *Journal of Applied Social Psychology*, *EvaluationQuarterly*, etc.

Algunes referències bibliogràfiques sobre psicologia social aplicada

J. L. Álvaro, A. Garrido, i J. R. Torregrosa (Eds.). (1996). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: McGraw-Hill.

F. Expósito i M. Moya (Coords.). (2005). *Aplicando la Psicología Social*. Madrid: Pirámide.

J. F. Morales; A. Blanco; J. M. Fernández Dols, i C. Huici (Eds.). (1985). *Psicología Social Aplicada*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

S. Oskamp i P. W. Schultz (1998). *Applied Social Psychology* (2a. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

S. W. Sadava i D. R. MacCreary (1997). *Applied Social psychology*. Upper Saddle River, NeJ: Plenum Press.

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

W. Schultz i S. Oskamp (2000). *Social Psychology: An Applied Perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

G. R. Semin i K. Fiedler (Eds.). (1996) *Applied Social psychology*. Londres: Sage.

Maritza Montero, referent llatinoamericà i internacional en psicologia comunitària, planteja que el desenvolupament comunitari (concepte, per cert, bastant discutit en el món de les ciències socials) cerca:

- La presa de consciència de la comunitat sobre la seva situació i els seus problemes, i també de la possibilitat de resoldre'ls conjuntament.
- Motivació de la comunitat perquè s'involucri en les accions necessàries.
- Desenvolupament de la capacitat de decidir, controlar i fer l'acció transformadora. Això es relaciona amb l'autodeterminació, autodirecció i identitat de grup.
- Socialització de la capacitat de consciència del treball comunitari.

Segons Montero (1980), el desenvolupament comunitari s'entén com una acció sobre els actors, amb ells i a partir d'ells, que busca satisfer les necessitats d'una comunitat. És a dir, implica una integració dinàmica i dialèctica de participació, canvi social i individual.

Podem entendre que la psicologia comunitària és un model que es basa principalment en els principis següents (Montero, 2004):

- Practicoteòric: s'ocupa de construir un cos de coneixements íntimament relacionats, el contingut dels quals conforma el producte d'una praxi que genera acció, maneres de fer explicacions i interpretacions sobre aquests.
- Ontològic: defineix la naturalesa del subjecte cognoscent.
- Epistemològic: busca definir el caràcter del coneixement produït i el tipus de relació de producció d'aquest coneixement.

- Metodològic: fa aportacions referents al mètode que cal aplicar per a produir el coneixement.
- Ètic: es dirigeix a definir la naturalesa de la relació entre investigadors-interventors i les persones que formen les comunitats, aquelles que en la investigació tradicional són anomenades *subjectes*, en tant que són objecte de coneixement i acció, i el caràcter actiu de la qual en la producció del coneixement és un aspecte fonamental per a aquest model.
- Polític: dóna lloc a l'expressió de diferents veus dins de fer i conèixer i inclou aspectes com ara l'autoria i la propietat del coneixement produït.

Específicament, la **psicologia comunitària de la salut** assumeix una comprensió de la salut i els problemes associats, des d'una perspectiva ecològica, en la qual considera els factors econòmics, ambientals, socials, polítics, culturals, laborals, familiars i individuals com a determinants en la salut de la població. Aquest corrent pretén fomentar la promoció de la salut i ajudar que les persones, assumint decisions i responsabilitats, siguin participants del seu propi benestar. Així mateix, es busca entendre les seves necessitats i demandes socials, i generar xarxes entre les institucions i els ciutadans per a contribuir a millorar la seva qualitat de vida.

Cal considerar que la psicologia comunitària de la salut no es caracteritza per tenir un cos conceptual i teòric consolidat, sinó més aviat és la seva metodologia i posicionament el que li atorga força en la comprensió multidimensional dels problemes vitals i col·lectius de les persones.

La psicologia social de la salut és l'estudi de la conducta de la salut i la malaltia en interacció amb altres persones o amb productes de la conducta humana.

La psicologia comunitària de la salut es basa en un cos de coneixements i accions orientats a promoure la salut en la població, integrant la seva participació en la presa de decisions i benestar general.

El que sol diferenciar les intervencions psicosocials no és la disciplina des de la qual es treballi, sinó la visió dels problemes socials, la concepció de societat i individu i, per tant, l'elecció d'una metodologia sobre una altra. És a dir, serà fonamental el tipus d'anàlisi que es faci sobre una situació en concret.

En resum, és important considerar que el sorgiment de la psicologia comunitària o social comunitària neix com a resposta a la falta d'adequació i efectivitat dels enfocaments individualistes per a solucionar els problemes de salut mental de la població. Inclou els factors socioeconòmics i culturals en l'anàlisi dels problemes. També qüestiona la ciència com a neutra i objectiva, incorpora la mirada dels subjectes, del subjectiu en la intervenció. La comunitat deixa de

Citació

"Un problema mal plantejat no té solució."
Albert Einstein

ser objecte d'investigació i passa a ser subjecte d'investigació. Finalment, assumeix un posicionament crític davant les desigualtats socials i les seves accions aniran dirigides, mitjançant metodologies participatives, a potenciar la comunitat i a desenvolupar més benestar social, sobretot per als més desfavorits. Si bé el desenvolupament de les comunitats ha tingut un enfocament relacionat sobretot amb el desenvolupament econòmic, actualment hem d'incloure factors com ara els mediambientals, de l'entorn urbà i el canvi en les relacions socials com a xarxes de suport.

Però, malgrat tot, què entenem per *comunitat*?

El concepte de *comunitat* és complex. Com assenyala Bauman (2006), avui dia la comunitat és aquell bé desitjat. Tenim un desig romàntic de sentir que pertanyem a alguna cosa, que rebem suport, de sentir-nos cuidats, etc. L'autor mateix planteja les paradoxes que aquest desig genera en coartar la llibertat dels membres pertanyents a la comunitat. Històricament, la idea de comunitat ha estat associada a un àmbit geogràfic, però avui dia podem parlar de nexes i relacions.

Segons Montero (1998, p. 12) la comunitat seria "[...] un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines".

1.4. Promoció de la salut

Des de les propostes de l'OMS i des de certes entitats públiques sanitàries, s'ha destacat la importància de les activitats de promoció i prevenció en el tractament de la salut i la malaltia poblacional. En aquestes iniciatives s'han inclòs processos i estratègies generals de mobilització i gestió comunitària com el foment de la participació i la cohesió social, la potenciació dels recursos comunitaris mateixos o la formació de coalicions com a forma de col·laboració entre diferents agents comunitaris per a fer front als problemes i necessitats de salut de la població.

De fet, s'ha plantejat a Espanya (Ministeri de Sanitat i Consum, 2003) que la promoció de la salut és un nivell necessari per a l'atenció integral i imprescindible per a una resposta eficaç als problemes de salut més relacionals i d'origen social. En aquest sentit, l'**educació per a la salut** seria l'instrument necessari per a cadascun dels nivells d'atenció, també i sobretot de la promoció de la salut, de la qual se serveix tècnicament i metodològicament.

Què és la promoció de la salut? És un procés mitjançant el qual les persones, famílies i comunitats aconsegueixen millorar el seu nivell de salut en assumir més control sobre si mateixes. S'inclouen les accions d'educació, prevenció i foment de salut, en què la població actua coordinadament en favor de polí-

tiques, sistemes i estils de vida saludables, per mitjà de l'advocacia, empoderament i construcció d'un sistema de suport social que li permeti viure més sanament (font: Cartes d'Ottawa i Jakarta).

Per tant, entendrem que la promoció de la salut constitueix un procés polític i social global que abraça no solament les accions adreçades directament a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb la finalitat de mitigar-ne l'impacte en la salut pública i individual. La promoció de la salut és el procés que permet a les persones incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i, en conseqüència, millorar-la. La participació és essencial per a sostenir l'acció en matèria de promoció de la salut (OMS, 1998).

La promoció de la salut es basa implícitament en diversos valors¹:

- Una definició de la salut holística.
- L'equitat i la justícia social.
- Arriba a tota la gamma de determinants de la salut.
- Reconeix la influència dels entorns sobre la salut.
- Faculta les persones i enforteix la capacitat individual i col·lectiva.
- Té per objecte millorar la participació social de les persones.
- Implica la col·laboració intersectorial.

⁽¹⁾Font: Agència de Salut Pública de Barcelona (2012)

En aquest sentit, en societats canviants i cada vegada més diverses, la promoció de la salut implica analitzar prèviament els determinants i necessitats d'una població diversa per tal de transformar les condicions de salut. En la taula següent podem observar diferents tipus d'intervencions.

Tipus d'intervenció en promoció i educació per a la salut en la comunitat

Consell i assessorament (*counselling*, *aconsellament*): dirigit a persones que acudeixen a una consulta professional per plantejar una demanda o buscar solució a determinats problemes. És una intervenció breu feta, habitualment, aprofitant una oportunitat en l'atenció individual. Per exemple, abans i després de fer-se el test de VIH/sida s'informa sobre la infecció i s'acullen els dubtes o sentiments que puguin aflorar en la persona en fer-se la prova.

Educació per a la salut individual: sèrie organitzada de consultes educatives programades que es pacten entre el professional i la persona. Es poden aplicar tècniques de reflexió, expressió, d'anàlisi, d'informació i de desenvolupament d'habilitats socials. Es fomenta la presa de decisions en pro de la salut.

Educació per a la salut grupal o col·lectiva: intervencions dirigides a un grup determinat, amb la finalitat de millorar la seva competència, per a abordar un determinat problema o aspecte de salut. També es preveuen les intervencions dirigides a col·lectius de la comunitat desenvolupant tallers, cursos o sessions per a augmentar la seva consciència sobre els factors socials, polítics i ambientals que influeixen sobre la salut. El grup és una bona instància per a generar discussions, recerques, intercanvi d'opinions i anàlisis que contrastin diferents punts de vista.

Informació i comunicació: inclou l'elaboració i utilització de diferents instruments d'informació (fullets, cartells, murals, còmics, enregistraments, calendaris...) i la participació en els mitjans de comunicació (premsa, ràdio, TV, Internet), especialment de caràcter local.

Acció i dinamització social: per al desenvolupament comunitari. Des de l'enfocament de la participació dels ciutadans i el treball cooperatiu en xarxes, aliances i plataformes amb associacions i grups de diferents tipus, es desenvolupen eines per a transformar la realitat en la qual viuen.

Mesures d'advocacia per la salut en la promoció de salut local: per al desenvolupament d'estratègies intersectorials, modificacions organitzatives dels serveis i engegada de mesures legislatives, econòmiques o tecnicoadministratives.

Font: Modificació pròpia a partir de la taula del Ministeri de Sanitat i Consum, 2003

Com veieu, les accions en salut impliquen assumir un paper professional amb capacitat de treballar en equips interdisciplinaris, desenvolupar capacitats comunicacionals, apoderar persones i comunitats, de formular projectes que siguin sostenibles en el temps i potenciar una cultura amb capacitat al diàleg i d'innovació, amb la finalitat d'enfortir l'educació i promoció de la salut.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'educació per a la salut com “una activitat educativa dissenyada per a ampliar el coneixement de la població en relació amb la salut i desenvolupar els valors i habilitats personals que promoguin salut”.

L'educació per a la salut és una de les estratègies fonamentals per a treballar en promoció, en la qual es fomenta la formació, informació i l'accés als serveis i recursos perquè la població augmenti el control sobre la seva salut, la capacitat de decisió i en millori el benestar. A continuació comentem breument els principals models teòrics que s'utilitzen com a referents per a l'educació en salut. No són excloents, ni tampoc esmentem els d'índole comunitària i socioconstructivista, ja que en això es fonamenta el gruix del nostre material.

Abans hem de considerar el següent:

- En quin tema o àmbit volem treballar: salut sexual, violència de gènere, consum de drogues, prevenció del tabaquisme, etc.
- Amb quina població: edat, gènere, ètnia, classe social, etc.
- Quina estratègia: mitjançant formació de grups i tallers, al carrer, mitjançant formació de *peers* (parells), ús de mitjans de comunicació, artteràpia, etc.

Aquestes preguntes ens porten inevitablement a plantejar-nos els objectius que volem aconseguir.

1.4.1. Models d'educació per a la salut

Teoria social cognitiva de Bandura

Aquesta teoria es desenvolupa a partir de la crisi, als anys cinquanta, que generen els models conductistes, les bases explicatives dels quals es basaven en tècniques de laboratori i l'anhel dels quals era imitar, sobretot, les ciències naturals. La seva gran aportació va ser la d'analogar el comportament humà al d'un ordinador, i d'aquesta manera s'inclouen els processos cognitius i el processament de la informació com a factors determinants en la conducta.

Citació

“La salud es aquello que todos saben lo que es hasta el momento que la pierde o cuando intenta definirla.”
Piédrola Gil, 1979

Bandura, considerat com un dels teòrics més importants del cognitivisme, va contribuir al desenvolupament teòric per a explicar les diferents estratègies d'aprenentatge que adquireixen els humans, i va identificar els factors cognitius i els estímuls de l'entorn. La teoria social cognitiva descriu diversos factors personals fonamentals que formen part del procés d'anàlisi d'influències, missatges o models oferts per l'entorn (Breinbauer i Maddaleno, 2008). Malgrat la seva aportació, se li crítica la falta d'inclusió dels processos evolutius i del factor emocional en el seu marc d'anàlisi.

Per a Bandura (1986), el procés d'autoreflexió és tal que permet a les persones avaluar les seves experiències i processos de pensament propis. A partir d'això, el que els individus saben, les habilitats que posseeixen, o el que han aconseguit en la seva història prèvia no sempre és avaluat com a bon predictor dels assoliments futurs, a causa que les creences que ells sostenen sobre les seves capacitats influeixen poderosament en la manera en què ells actuen (Breinbauer i Maddaleno, 2008). A partir d'això, Bandura assenyala que la manera en què actua la gent resulta el producte de la mediació sobre les creences entorn de les seves capacitats.

Els conceptes clau d'aquesta teoria són (Breinbauer i Maddaleno, 2008):

- Determinisme recíproc: es refereix a la manera com la gent interpreta els resultats de les seves accions, cosa que proporciona informació dels seus ambients, i els altera, i també les seves creences personals, que al seu torn proporcionen informació sobre el seu acompliment posterior, i l'alteren. És a dir, és la interinfluència que tenen els factors socioambientals, cognitius i conductuals.
- Aprenentatge observacional: capacitat per a aprendre observant els altres.
- Imitació de model: es refereix al canvi de conducta que es fa a partir de la mostra de models que superen obstacles de manera eficaç.
- Reforç indirecte: es refereix a l'aprenentatge observacional que genera consciència donada les recompenses rebudes a altres persones com a conseqüència de les seves pautes conductuals.
- Reforç extern: és l'esdeveniment o episodi que es proveeix com a possible reforç.
- Reforç intern: és l'experiència pròpia de la persona que un acte o conducta té algun valor.
- Expectatives sobre el resultat: es refereix a la percepció sobre el que s'espera d'una conducta i els seus resultats.

- **Valoració dels resultats:** es refereix al valor que atribueixen les persones a determinades conseqüències d'una conducta determinada.
- **Competències conductuals:** és la valoració de tenir la capacitat de fer una conducta com a resultat del coneixement adquirit sobre aquesta conducta i de les habilitats de fer-la.
- **Autoeficàcia:** és la capacitat de les persones de crear i desenvolupar les seves autopercepcions pròpies sobre la seva capacitat, la qual cosa es converteix en el mitjà pel qual segueixen les seves metes, i controlar el que ells són capaços de fer, com el seu propi ambient.

Teoria de les xarxes socials i del suport social

Un dels autors que ha estudiat la importància del suport social i el seu impacte en les persones és John Cassel. La seva preocupació fonamental era vincular les condicions ambientals nocives –amuntegament, veïnats deteriorats, etc.– amb l'aparició de desordres psicològics i malalties físiques. Aquesta estratègia és precisament la que van adoptar els primers estudis epidemiològics. A més, Cassel estava molt influït per les investigacions sobre l'origen de les malalties microbianes i els aspectes ambientals que incidien en la vulnerabilitat de l'organisme envers la malaltia (Breinbauer i Maddaleno, 2008). D'aquesta manera, va començar a estudiar la relació entre els entorns desorganitzats –l'estrès– i els canvis fisiològics i psicològics. Per a això va utilitzar un concepte ampli de *malaltia* que, a més, va relacionar amb la informació que l'organisme posseeix sobre com cal comportar-se en situació d'amenaça.

Els diferents estudis van comprovar que l'existència de xarxes socials significatives per a les persones ajudaven a enfrontar en millors condicions situacions adverses (Breinbauer i Maddaleno, 2008). D'aquesta manera, el suport social es converteix en una important estratègia de suport social, que segons l'autor fa referència a la informació que rebem de les persones importants del nostre entorn. L'existència d'aquesta informació està condicionada per l'existència d'aquestes relacions, i la pèrdua d'aquestes fa vulnerables les persones davant una malaltia o situació viscuda com a conflictiva.

D'altra banda, autors com Heaney i Israel (2008) van donar importància al suport emocional i el van relacionar amb la bona salut i el benestar. Ells proposen quatre maneres d'enfortir les xarxes socials i el suport social:

- Establir nous vincles a les xarxes socials en cas que no n'hi hagi prou amb el suport existent.
- Millorar els vincles existents en les xarxes socials mitjançant un canvi d'actitud envers els proveïdors del vincle.

- Millorar les xarxes de suport en l'àmbit comunitari mitjançant processos participatius per a la resolució de problemes.
- Millorar les xarxes per mitjà de col·laboradors naturals, que són membres de la comunitat a qui es demana consell o suport.

Teoria de la difusió d'innovacions, models de comunicació per al canvi conductual i mercadeig

La teoria de la difusió d'innovacions analitza la manera de propagar noves idees i pràctiques dins de les comunitats i entre aquestes. El 1958 el sociòleg Daniel Lerner va dur a terme un estudi amb dades entorn de 50 països sobre la pèrdua de la "societat tradicional" i el seu pas a la "modernització". Va comprovar l'existència d'una correspondència evident entre el desenvolupament nacional i la comunicació social. Va trobar que aquesta transició es donava en les etapes següents: urbanització (lligat a industrialització); participació de la gent en la comunicació massiva; alfabetisme, i participació en política. Va sostenir que la comunicació era alhora inductora i indicadora de canvi social (Loreti *et al.*, 2007). Pocs anys després (el 1962) Rogers va divulgar la seva teoria de la difusió d'innovacions com a motor de la modernització de la societat. Va definir la innovació com una idea percebuda com a nova per una persona i comunicada als altres membres d'un sistema social. Va afirmar que perquè la innovació s'assolís l'individu havia de passar per aquestes etapes: percepció, interès, avaluació, prova i adopció. Va afegir que la difusió de la innovació depenia de la taxa d'adopció d'aquesta. I va comprovar que els innovadors eren, en general, els qui posseïen elevats índexs d'ingrés, educació, cosmopolitisme i comunicació. Va advertir que en el principi del procés només hi havia uns quants adoptants i al final uns quants no resultaven adoptants però, a la meitat del període, la majoria de les persones es feien adoptants, si bé molt lentament. I va trobar que en cadascuna de les etapes del procés la comunicació complia un paper clau per via de diversos mitjans (Beltrán, 2005).

Durant l'últim temps s'ha donat un interès particular a la funció que exerceixen el mercadeig social i els mitjans de comunicació en massa en la difusió de missatges innovadors sobre la promoció de la salut, i ha guanyat atenció especial el concepte de *comunicació per al canvi conductual*, com a estratègia per a difondre idees i pràctiques innovadores a un públic nombrós. Aquest sistema permet treballar sobre la base d'engegar grans campanyes, per a transformar certes pautes conductuals o prevenir-les sota la idea d'una comunicació personalitzada, emocionalment convincent, incloent-hi models de referència, apropiant-se de les expectatives socials i culturals del lloc i considerant els factors que obstaculitzen i faciliten els nous patrons de conducta (Breinbauer i Maddaleno, 2008).

Model Precede

Aquest model s'ha construït sobre la base de diferents disciplines per a analitzar els problemes socials, de salut i els factors del comportament que seria necessari modificar en pro de la salut. S'identifiquen vuit factors clau en els individus que s'haurien de considerar per a fer educació sanitària:

- El coneixement que configura les creences i l'actitud.
- Creences de susceptibilitat percebuda, gravetat percebuda, beneficis percebuts, barreres percebudes (sempre anteriors a la conducta).
- Actitud.
- Autoeficàcia.
- Intenció.
- Habilitats existents.
- Balanç de decisió.
- Creences d'influència social directa i indirecta.

Per al desenvolupament d'una intervenció, aquest model considera dues etapes fonamentals per a l'acció en promoció a la salut (García *et al.*, 2005):

a) Precede fa referència al diagnòstic i avaluació dels factors determinants de la qualitat de vida de la població objectiu.

b) Proceed es compon de quatre fases que es dirigeixen a analitzar les polítiques, normes i estructures de les organitzacions com a part de l'ambient que influeix en el comportament poc saludable. A més d'avaluar el programa de salut, el seu impacte i els seus resultats.

Model Proshaska

Aquest model, conegut també com a *model transteorètic de canvi*, té les arrels en la teoria cognitivoconductual i explica com la motivació canvia al llarg del temps i les etapes per les quals passa un individu abans d'afermar una conducta saludable. És un enfocament que es caracteritza per la seva capacitat de planificar i executar intervencions de canvi conductual en pro de la salut.

Segons Prochaska i DiClemente (1982), es proposa que els subjectes transiten per cinc etapes per a modificar conductes. A més s'afegeix una altra etapa en el cas de no complir el manteniment de la conducta desitjada; aquesta etapa és la de recaiguda, que implica un nou inici del cicle en el model (Miller i Rollnick, 1999).

a) **Precontemplació.** Desconeix que certes conductes posen en risc la seva salut i l'existència d'un problema de salut. Coneix l'existència d'un problema de salut però no està decidit a fer canvis en la seva conducta.

b) Contemplació. El subjecte adverteix que certes conductes posen en risc la seva salut o bé adverteix l'existència d'un problema de salut i es troba disposat a fer canvis dins de 6 mesos.

c) Determinació. El subjecte pensa seriosament a modificar la seva conducta en un futur proper (dins de 30 dies).

d) Acció. El subjecte treballa activament en les modificacions de les conductes que concerneixen a la seva salut, o bé en el problema de salut identificat.

e) Manteniment. El subjecte adopta habitualment les conductes adquirides. Es considera que ha arribat a manteniment quan la nova conducta roman per més de sis mesos. El subjecte l'ha de practicar contínuament per a no retrocedir a etapes anteriors.

f) Recaiguda. En aquesta etapa l'individu inicia novament el cicle, és a dir, l'individu deixa d'emetre la conducta desitjada, la qual cosa és atribuït a l'escassa motivació i l'ús d'una estratègia de canvi inadequada

L'elecció d'un model o un altre dependrà de factors com l'objectiu de la intervenció, el posicionament dels professionals, el tema que es vol tractar, les característiques de la població que rep la intervenció, etc. En aquest sentit, és rellevant considerar els principis següents des d'un punt de vista ètic a l'hora de dissenyar accions de promoció de la salut.

Principis ètics per a accions de promoció per a la salut i educació de la salut

Autonomia de les persones

- Respectar les decisions individuals, encara que es tracti de comportaments que puguin ser nefastos per a la salut: no es tracta de voler imposar una norma.
- No culpabilitzar.

Efectes positius (assegurar-se que la nostra intervenció resultarà positiva)

- Utilitzar coneixements científics demostrats (no difondre missatges que no estiguin comprovats).
- Assegurar-se que no poden produir efectes negatius.

Evitar els efectes negatius (assegurar-se que la nostra intervenció no causarà danys)

- Reflexionar sempre sobre els mitjans utilitzats, independentment dels objectius ("la fi no justifica els mitjans").
- Assegurar-se que la nostra intervenció no tindrà conseqüències nocives en altres àmbits que no siguin el de la salut (exemple: desorganització social, familiar, cultural, etc.).

Igualtat i justícia social

L'educació sanitària no ha d'aguditzar les desigualtats socials en matèria de salut ni crear noves desigualtats. Per tant, és important adaptar els missatges perquè siguin accessibles a tots i que els comportaments recomanats siguin també accessibles (accessibilitat econòmica).

Avaluar

el programa regularment per a poder fer-hi ajustos.

Font: J. Gueguen *et al.* (2010). *Guia pràctica para los proyectos de salud*

Com a exercici final, us presentem un test (Gueguen *et al.*, 2010) que us pot ajudar a reflexionar sobre quin tipus d'educació per a la salut us resulta més adequat. No hi ha respostes bones ni dolentes.

Quin tipus d'educador sou?

Per a vosaltres, l'educació sanitària consisteix a...

- a. ajudar la població a respectar les instruccions i consells dels metges.
 - b. transmetre coneixements sobre salut i malalties.
 - c. ensenyar les persones a controlar els riscos que corren.
 - d. ajudar la població a participar en les decisions polítiques relacionades amb la salut pública.
-
- a. alertar nens, joves i adults dels riscos que corren en adoptar determinats comportaments que són perjudicials per a la seva salut.
 - b. animar les persones a adoptar comportaments favorables per a la salut, explicant-los el funcionament de l'organisme i les seves necessitats.
 - c. fer possible que les persones prenguin decisions amb coneixement de causa en matèria de salut, ajudant-los a desenvolupar el sentit crític enfront de la informació que reben.
 - d. definir juntament amb la població respostes adaptades a les seves necessitats i a les seves expectatives en matèria de salut.
-
- a. presentar models de comportament saludables.
 - b. explicar com funciona el cos humà i les conseqüències positives o negatives que tenen diferents comportaments.
 - c. ajudar nens, joves i adults a conciliar els desitjos amb les necessitats que tenen.
 - d. permetre a cada persona l'accés a les fonts d'informació que afecten la seva salut i la de la comunitat.
-
- a. informar les persones del que han de fer per a mantenir-se sanes.
 - b. posar a la disposició del públic en general informació aprovada científicament sobre les causes, les conseqüències i els tractaments de les malalties.
 - c. conscienciar les persones sobre la seva responsabilitat individual i col·lectiva en l'àmbit de la salut.
 - d. procurar que la població interioritzi els coneixements i les competències necessàries per a la promoció.

La salut

S'ha de considerar que els sistemes de classificació sobre els processos de salut i malaltia estan presents en tots els grups humans, amb la qual cosa el seu significat i les explicacions associades no tenen un caràcter universal.

2. Les lectures

2.1. Compromisos de la psicologia social

Abans de formular una estratègia encaminada a solucionar un problema, hem de pensar què ens porta a prioritzar les nostres intervencions i sobre la base de quins criteris definim el que és digne de transformar.

El capítol “El compromiso social” del llibre *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud* es proposa com a lectura per a iniciar la reflexió sobre el significat de la responsabilitat social. Aquest aspecte hauria d’assumir la psicologia social i en general, les ciències socials d’índole aplicada, vinculada als problemes socials i les necessitats socials.

No ens detindrem a desenvolupar aquest apartat, ja que la primera part dels materials de l’assignatura ha explicat els models teòrics relacionats amb problemes socials.

2.1.1. Necessitats socials

La concepció de necessitats socials sol ser l’eix vertebrador dels serveis socials i dels projectes que s’encaminen a oferir prestacions per al benestar social. Té un vessant teòric i pràctic i en la base ens trobem en una dialèctica que implica l’articulació de tres actors socials en joc i que convergeixen davant la pregunta *què s’entén per necessitat social?*

- Per als usuaris o beneficiaris dels programes.
- Per a la institució des de la qual s’ofereixen les propostes de millora.
- Per al professional que fa les accions en una realitat determinada.

En aquest sentit, qualsevol programa de salut que es vulgui formular requereix considerar els diferents posicionaments sobre la concepció de necessitats socials.

Programa de salut

“Conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizados simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar objetivos determinados, en relación con problemas de salud precisos y ello con para una población definida.”

Pienault (1990)

Lectura recomanada

M. Gil (2007). El compromiso social. A *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud* (pp. 321-385). Saragossa: Prensas Universitarias de Zaragoza.

Vegeu també

Vegeu l’apartat “Models de salut”.

Encara que no resulti fàcil definir les necessitats, ja que canvien segons el moment històric, polític, econòmic i entre diferents poblacions i individus, les podríem definir com la diferència entre el que existeix i el que és desitjable. En el nostre cas ho relacionarem en termes d'estat de salut, serveis o recursos.

El concepte respon sempre al factor percebut, sigui material o sentit. Encara que en la bibliografia se solen diferenciar les necessitats de supervivència o les normatives, com aquelles definides per un paràmetre extern i socialment validat, assumim que les necessitats percebudes les inclouen i integren, ja que assumeixen el factor cultural, subjectiu, i per tant dependent de la posició de la comunitat. En altres paraules, les necessitats sempre són percebudes.

És important identificar els factors que caracteritzen els tipus de necessitats i que es relacionen amb els problemes de salut, que afecten la morbiditat i qualitat de vida de les persones i poblacions.

Les necessitats es poden dividir entre individuals i socials. Aquestes últimes tenen un caràcter històric i social compartit per un determinat grup de persones o context.

2.2. Investigació acció participativa

Un dels objectius fonamentals dels programes i iniciatives d'intervenció sociocomunitària és la millora de la salut de la població. En termes epidemiològics implica que es transformen en indicadors, i en termes psicosocials, en aquells factors que afavoreixin el benestar social de diferents grups socials, per minoritaris que siguin.

El debat sobre l'aplicabilitat del coneixement és un eix central en les propostes d'intervenció social. Com assenyalen Wallerstein i Duran (2010), en les últimes dècades es podria arribar a parlar d'un paradigma transformador en investigació basat en la participació comunitària (*community-based participatory research*, CBPR) que serveix de pont entre la ciència i el compromís de la pràctica comunitària i l'acció social per a l'equitat en salut.

La investigació acció participativa, a partir d'ara anomenada IAP, és un procés complex de construir coneixement i dur a terme intervenció. Kurt Lewin, una de les figures emblemàtiques de la psicologia social moderna, ha estat reconegut com un dels precursors de la IAP. Entre els seus plantejaments va assenyalar que no es podien estudiar éssers humans fora del seu context o hàbitat. Deia que el comportament humà és conseqüència d'un conjunt de circumstàncies ambientals. Va desenvolupar la teoria del camp, les principals característiques de la qual serien: l'ocupació d'un mètode constructiu més que d'un tipus classificatori; l'interès en els aspectes dinàmics dels fets; un enfocament psicològic abans que físic; una anàlisi que parteix de la situació global; la necessitat de distingir entre problemes sistemàtics i històrics i la representació matemàtica del camp. Dit en altres paraules, l'entorn, ambient o camp té un caràcter dinà-

Lectura recomanada

T. Alberich (2008). Active-Research Action, networks and social maps: from Research to social intervention. *Portu-laria*, VIII, 1, 131-151.

Lectura recomanada

K. Lewin (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, 2, 34-46.

mic, per la qual cosa el comportament és fruit de la interacció dels individus i grups en un espai i en un moment donat. En el pla de la investigació, això es traduiria en un treball d'espiral en la qual hi ha una tornada contínua al terreny que permeti anar comprovant els resultats.

D'aquesta manera, la IAP trenca amb la clàssica relació d'investigador i objecte d'estudi, ja que la realitat social que es vol conèixer, que en el nostre camp implica una aproximació a grups humans, formen part de l'equip d'investigació. Aquesta participació s'inicia des de la definició dels problemes, la metodologia, les propostes i l'aplicació dels resultats.

La IAP és un procés de coneixement que s'inicia i finalitza en la pràctica, ja que la seva força es troba en la possibilitat de recollir informació des del terreny, per a ser retornada en termes de proposta per al mateix entorn. Amb això la pregunta següent que ens hauríem de formular és el paper que tenen els professionals per a plantejar una intervenció d'aquestes característiques. En la base hi ha:

- El professional trenca amb la figura d'expert del problema social, i seran els membres implicats els qui tindran el coneixement sobre la seva pròpia realitat social. És a dir, el professional s'introdueix en la comunitat des d'una relació no jerarquizada ni d'amo del saber, sinó sobre la base d'una posició cooperativa.
- La intervenció psicosocial l'entendrem com una coconstrucció del coneixement. Això significa que no podem entendre els resultats com a correctes o incorrectes, sinó com un procés d'identificació dels diferents punts de vista dels actors socials implicats.
- La base de la IAP és la participació de les persones, la qual cosa implica també una participació del professional o equip de professionals implicats en la investigació. Segons la perspectiva que s'adopti es trenca la relació investigador-investigat.

Kemmis i Mc Taggart (1988) a Latorre (2007) plantejaven que les característiques resumides de la IAP són:

- És participativa. Les persones treballen amb la intenció de millorar les seves pràctiques pròpies. La investigació segueix una espiral introspectiva: una espiral de cicles de planificació, acció, observació i reflexió.
- És col·laborativa. La fan en grup les persones implicades.
- Crea comunitats autocrítiques de persones que participen i col·laboren en totes les fases del procés d'investigació.

- És un procés sistemàtic d'aprenentatge, orientat a la praxi (acció crítica-ment informada i compromesa).
- Indueix a teoritzar sobre la pràctica.
- Sotmet a prova les pràctiques, les idees i les suposicions.
- Implica registrar, recopilar, analitzar els nostres propis judicis, reaccions i impressions entorn del que ocorre; exigeix portar un diari personal en el qual es registren les nostres reflexions.
- És un procés polític perquè implica canvis que afecten les persones.
- Fa anàlisis crítiques de les situacions.
- Procedeix progressivament a canvis més amplis.
- Comença amb petits cicles de planificació, acció, observació i reflexió, i avança envers problemes de més envergadura; la inicien petits grups col·laboradors, i s'expandeix gradualment a un nombre més gran de persones.

Des de la seva constitució, les agències internacionals de salut han reconegut la participació comunitària com un ingredient essencial dels programes per a la millora de la salut de la població (Fernández i Arroyo, 1991). Si relacionem la IAP com una metodologia de recollida d'informació amb implicació de la comunitat, des de l'àmbit de la salut podem trobar similituds amb el concepte de **salut comunitària**.

Aquesta perspectiva sol ser estudiada i aplicada majoritàriament per professionals sanitaris. D'altra banda, la salut comunitària porta inherent la idea de participació, la qual cosa significa que un psicòleg clínic, encara que treballi des del sistema d'atenció primària o en serveis socials i amb un enfocament centrat més aviat en l'individu, tindrà molt a dir a l'hora de valorar els problemes de la població. D'altra banda, un psicòleg social que treballi en contextos més amplis es pot nodrir sobre el que plantegin les persones del barri i els professionals que hi treballin.

2.2.1. Salut comunitària

La salut comunitària és un model d'acció social en el qual participa la població amb el propòsit d'identificar les necessitats de salut de la seva comunitat i generar propostes per a solucionar-les.

Encara que de vegades els termes de *psicologia comunitària* i *salut comunitària* es puguin confondre, podem trobar experiències interessants que es relacionen amb els nostres objectius.

Per la seva banda, Costa i López (1986) plantegen quatre dimensions de la salut comunitària que comparteix amb la psicologia comunitària, i que defineixen així:

- Subratllen la importància dels ecosistemes físics, biològics i socials, com a lloc obligat en el qual es troben els riscos per a la salut i la vida humana, i també les oportunitats per al creixement i la salut.
- Destaquen la urgència de la prevenció i de l'educació per a la salut. Assenyalen, a més, que per a dur a terme aquestes tasques no n'hi haurà prou amb la intervenció sobre cada individu, sinó que caldrà la cerca dels ciutadans en les organitzacions socials en les quals viuen.
- Destaquen la participació necessària activa i organitzada de la comunitat en l'avaluació dels problemes i necessitats de salut i en la seva solució.
- Tracten de desenvolupar una adequada organització i funcionament dels sistemes de serveis de salut perquè guiats per recerques epidemiològiques, planifiquin i gestionin les accions i programes de salut, amb la cobertura i l'accessibilitat adequades.

2.2.2. Empoderament

Es considera empoderament el procés per mitjà del qual els individus obtenen control sobre les seves decisions i accions relacionades amb la salut; expresen les seves necessitats i es mobilitzen per obtenir més acció política, social i cultural per a respondre les necessitats, alhora que s'involucren en la presa de decisions per la millora del seu benestar i el de la comunitat. Això es refereix als processos pels quals les persones prenen consciència dels seus propis interessos i de com aquests es relacionen amb els interessos d'altres, amb la finalitat de participar des d'una posició més sòlida en la presa de decisions i influir en aquestes decisions.

L'empoderament es pot donar a petita escala, i uneix persones que viuen situacions similars mitjançant l'autoajuda, l'educació i el suport, o mitjançant la creació de grups i xarxes d'acció social; o a una escala més gran, per mitjà de l'organització de la comunitat, la realització de campanyes, sobre els òrgans legislatius, la planificació social i el desenvolupament de polítiques (Parsons, 1991).

Autores feministes han descrit la manera com les persones a les quals es nega sistemàticament el poder i la influència en la societat dominant fan que s'interioritzin els missatges que reben sobre com se suposa que han de ser, i com aquestes persones arriben a creure que aquests missatges són certs. Aquesta "opressió interioritzada" s'adopta com un mecanisme de supervivència, però es converteix en una cosa tan arrelada que els seus efectes es confonen amb la realitat. D'aquesta manera, per exemple, una dona que és sotmesa a abusos violents quan expressa les seves pròpies opinions, les pot començar a abandonar, i finalment arribarà a creure que no té opinions pròpies. Quan el control s'interioritza d'aquesta manera, l'ús obert del "poder sobre" deixa de ser necessari.

L'empoderament implica, llavors, donar el més ampli abast a tota la gamma de capacitats i potencials a un humà. Com han mostrat científics socials, les capacitats que s'atribuïen a un determinat conjunt de persones són, en gran manera, una construcció social. L'empoderament implica desfer les construccions socials negatives, de manera que les persones afectades s'arribin a veure com a posseïdores de la capacitat i el dret d'actuar i tenir influència.

Per mitjà de l'empoderament, les persones i els grups aconseguirien tres tipus de poder (De la Cruz, 1998):

- Social: informació, coneixements, accés a les xarxes socials i a recursos financers.
- Polític: accés als processos democràtics de presa de decisions que els afecten.
- Psicològic: presa de consciència del poder que tenen les dones individualment i col·lectivament. S'aconsegueix mitjançant l'autoestima personal i la dignitat.

Com assenyala Segura (2010), la salut de les persones i de les poblacions no depèn exclusivament de les intervencions del sistema sanitari, sinó que són molt sensibles als determinants biològics, ambientals i socials. L'objecte d'una participació ciutadana que pretengui millorar la salut de la població es pot orientar envers els aspectes globals de la societat: economia, habitatge, treball, educació, transport, etc.

Un cas d'IAP i empoderament: Projecte Riu, un riu de cultures, un riu de salut

En general, no és fàcil trobar experiències d'IAP a Espanya; com hem vist, és un procés complex i que requereix l'articulació de diferents actors socials, a més de temps i recursos econòmics.

A continuació us explicarem breument l'experiència d'una IAP en salut feta al País Valencià.

Enllaç d'interès

Iniciativa de promoció de la salut a Astúries "A pie de calle". Disponible en el web: http://www.apiedebarrio.es/v_juventud/apartados/apartado.asp?te=5249

El projecte tenia com a objectiu general facilitar i millorar l'accés i la utilització adequada dels serveis i programes de salut per a la població d'un barri de la província de València amb alta vulnerabilitat social, el Raval d'Algemesí (condicions socioeconòmiques desfavorables, pluralitat ètnica i distanciament entre cultures, llunyania territorial del municipi, etc.). D'aquesta manera, es van basar en els processos d'investigació acció comunitària utilitzant els cicles continuats de captació i formació-acció de persones amb perfil de lideratge com a estratègia per a desenvolupar un procés grupal i comunitari.

Els objectius específics van ser:

- Formar i mantenir una xarxa intersectorial de professionals del municipi per a adequar el projecte a les característiques de l'entorn comunitari (necessitats i problemes de salut), el seu suport i avaluació.
- Identificar, seleccionar i motivar un grup de dones de diferents cultures de la comunitat proposades pels integrants de la xarxa intersectorial.
- Capacitar el grup de dones seleccionades com a agents de salut de base comunitària (ASBC).
- Dissenyar i fer l'anàlisi participativa de les necessitats i problemes de salut del barri que havien de fer les ASBC i dur a terme un informe d'activitat.
- Preparar les accions de mediació en salut de suport a professionals de la salut: individuals, de traducció i interpretació en consulta i de textos, grupals i de sensibilització.
- Coordinar l'execució de les accions amb responsables i professionals dels serveis de salut, de l'Administració (serveis socials, policia local i centres culturals i educatius), teixit associatiu relacionat amb la població vulnerable (ONG i associacions) i serveis (oficines de farmàcia).
- Executar les accions de mediació amb el monitoratge de la persona coordinadora de la capacitació.
- Avaluat les accions identificant canvis produïts en les dones participants i en la qualitat de l'atenció en els serveis de salut en relació amb la població en situació de vulnerabilitat social (equip de professionals de serveis de salut participants en el projecte, equip tècnic coordinador d'aquest, professionals d'entitats i organitzacions col·laboradores).

De l'abril al juliol de 2008 es van mantenir diverses reunions per a adaptar el projecte a la realitat del barri, definir el perfil de les dones candidates a participar i com calia fer la selecció. Finalment, es van seleccionar 24 dones, les quals van rebre formació sobre diferents temes: salut i els seus determinants, desigualtats socials en salut, alimentació, exercici físic, salut bucodental, habitatge i ocupació, autoestima, salut maternoinfantil, habilitats de comunicació, recursos socials, accés i ús de serveis i programes de salut; i el bon ús dels tractaments; i, promoció de la igualtat i prevenció de violència de gènere. La fase següent va consistir que les dones preparaven sessions, materials, presentacions i participació en l'organització d'activitats de salut en població del barri, general i fira de la salut o altres entorns.

El projecte es va fonamentar en la mediació intercultural, en l'estratègia de l'educació entre iguals, l'aplicació de models de formació orientats a l'acció i la investigació participativa. De manera transversal en totes les fases del projecte es va incorporar la perspectiva de gènere i la diversitat cultural. Aquest model ha estat aplicat amb èxit en altres entorns de vulnerabilitat.

Les ASBC van triar i van exposar el tema "La salut de les persones del barri i l'ús dels serveis de salut" i també els factors que influeixen en l'àmbit de salut triat. Van identificar informants clau que poguessin aportar la seva visió i coneixement del tema triat. Van dissenyar una entrevista semiestructurada per a fer a les persones informants clau. Preguntes com:

- 1) Què penses de la salut de les persones del barri?
- 2) Quins problemes de salut hi ha?
- 3) Quines són les seves causes?

- 4) Què penses de la salut de les dones del barri?
- 5) Hi ha diferències entre persones de diferents cultures?
- 6) Les persones del barri utilitzen els centres de salut?
- 7) Quines accions creus que cal fer per a millorar alguns d'aquests problemes?

Un aspecte de gran rellevància va ser l'adequació del projecte a les característiques de l'entorn comunitari (segons les necessitats i problemes de salut existents), donar suport a l'execució i avaluació. Per a això, es va considerar necessari constituir i mantenir una xarxa intersectorial de professionals dels serveis i programes de salut i dels serveis relacionats amb la població vulnerable del barri. Les participants van fer una anàlisi participativa de la realitat del barri, dels problemes de salut i l'ús de serveis sanitaris seguint una metodologia d'investigació acció participativa. A partir de l'anàlisi del barri, es van dissenyar i van executar diferents accions de mediació en salut amb població vulnerable per a donar suport al treball de professionals de la salut: individuals, grupals en format taller, de sensibilització i de traducció i interpretació de textos i en consulta. El resultat va ser altament satisfactori, especialment les accions grupals i de sensibilització.

Aquest model va provocar canvis quant a la millora dels coneixements del grup de dones ASBC sobre els serveis de salut i funcionament, especialment els d'atenció primària i salut sexual i reproductiva; sobre professionals que hi treballen; i també en la capacitat d'accedir adequadament a aquests serveis.

2.3. Desigualtats socials en salut

Parlar de desigualtats socials requereix fer una anàlisi complexa sobre estructures i jerarquies de poder sobre la base de factors socials, històrics i econòmics. Les desigualtats socials es tradueixen en la desigualtat que tenen les persones tant a l'accés de recursos (sanitaris, educatius, legals, laborals, etc.) com a les posicions que ocupen en una societat.

Aquestes desigualtats es relacionen amb la salut en evidenciar que persones procedents de nivells socioeconòmics més baixos tenen pitjor salut que les procedents d'un estrat social alt. Si ho pensem en termes mundials, segurament no ens crida l'atenció que néixer al Txad o a l'Afganistan comporta tenir una esperança de vida 32 anys menys que si naixéssim a França o al Canadà. És a dir, al primer dels països tenim la possibilitat de viure fins a una mitjana de 49 anys i en els dos de desenvolupats fins als 81. Però què succeeix si aquesta diferència la mesuréssim dins d'un mateix territori. I més encara, si ens preocupéssim d'estudiar-ho en un país desenvolupat. La resposta seria que les desigualtats també existeixen, i que no és el mateix viure en un barri que en un altre. Amb això ens referim a qualsevol ciutat de l'Estat espanyol o Europa. A Barcelona, per exemple, una persona que neix a Sarrià té 7 anys més d'esperança de vida que si naixés al barri del Raval a Ciutat Vella. D'aquesta manera, entendrem la desigualtat en salut com les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, gènere, territori o ètnia, la qual cosa indica la pitjor salut dels col·lectius menys afavorits. (Borrell *et al.*, 2004)

Lectura recomanada

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2011). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac. Sanit.* doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

Per tant, s'entén la salut com el procés i el producte d'una sèrie de condicionants que són inherents a les persones en la seva qualitat de subjectes immersos en una determinada estructura social. És a dir, com assenyala Sánchez (2005), la salut es veu influenciada pel tipus de treball que es té i sobretot, per les condicions en les quals es fan aquests treballs, per les possibilitats d'aconseguir un habitatge digne, per les oportunitats que tenen els fills de rebre una bona educació i els grans de tenir una vida autònoma. També es veu influenciada, des de l'òptica de les societats del benestar, per la importància que l'Estat dóna a la salut i a la qualitat de vida de la població, i per les polítiques sanitàries que es duen a terme per a tenir un bon sistema sanitari.

En termes d'intervenció psicosocial i considerant les propostes de la Comissió per a Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya, hauríem de considerar el següent:

- 1) Fer visibles les desigualtats socials en salut i els seus determinants en tots els nivells de la presa de decisions, en els diversos àmbits dels serveis i administracions involucrades, i en la societat en general.
- 2) Adequar els serveis a les necessitats dels diferents grups de població,
- 3) Dur a terme l'avaluació de l'efectivitat i l'eficiència de les intervencions per a reduir les desigualtats en salut.
- 4) Engegar l'avaluació de l'impacte en salut de polítiques públiques tant del sector sanitari com del no sanitari.
- 5) Determinar les necessitats d'investigació en aquest camp.

Joan Benach i Carles Muntaner (2011) resumeixen en un entrevista els principals factors relacionats amb determinants socials, crisi econòmica i salut.

Algunes dades de l'entrevista se citen textualment a continuació:

- L'impacte dels determinants socials s'inicia des d'abans de néixer, i es va acumulant al llarg de la vida en constant interacció amb la genètica, la biologia i els factors psicològics fins a assolir l'edat adulta, la vellesa i el moment final de la nostra mort.
- L'experiència de ser pobre durant la infància, per exemple, afecta la capacitat cognitiva que després tindrà aquesta persona ja adulta per mitjà de la producció d'estrès fisiològic crònic, que és possible mesurar per mitjà del sistema hormonal i altres indicadors fisiològics.
- Habitualment usem dues metàfores que ajuden a visualitzar el que volem dir: "els factors socials es fiquen sota la pell" o, també, que "els factors socials s'incorporen al cos". Des que naixem fins que morim "incorporem"

Desigualtats socials

Les desigualtats socials en salut són aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits socialment, econòmicament, demogràficament o geogràficament (Solar, 2007).

Enllaç d'interès

Es recomana accedir a l'entrevista completa en l'enllaç següent: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=4249>.

en els nostres cossos i els nostres cervells uns factors socials que finalment s'acabaran expressant en inequitats de salut, que són biològiques i psicològiques.

- Així doncs, els processos socials “patogènics” danyen la biologia humana, generen malaltia i augmenten el risc de morir. Els mecanismes que van des del punt de vista social al biològic són múltiples. Per exemple, les relacions socials generen una exposició diferencial per classe social i altres formes d'estratificació social en relació amb factors de risc físics o químics (per exemple, l'amiant), biològics (per exemple, el VIH), i psicològics (per exemple, tenir falta d'autonomia en el treball). Encara que cada disciplina biomèdica o sanitària sol anar pel seu costat (la genètica, la psicologia, la medicina, etc.), hem de veure les persones com a part d'un tot integrat biopsicosocial, la qual cosa, és clar, fa també imprescindible integrar el coneixement de moltes disciplines de tipus social, psicològic i biològic.

2.4. Divers i igual. Un desafiament a la pluralitat

“Es difícil empezar una terapia cuando ninguno de los participantes logra satisfacer las expectativas del otro.”

Gailly, 2009, 21

Començar amb aquesta frase resulta interessant perquè ens fa pensar qui som i què volem que sigui l'altre. Inevitablement ens posa en qüestió sobre què acceptem com a propi i què com a diferent. La diferència cultural, en aquest sentit, no es pot entendre només des del punt de vista del nadiu o del professional, sinó també des de la posició de la persona immigrada. És a dir, tots dos (autòcton-estranger o professional-usuari) responen a determinades preconcepcions i valors sobre el que entenem com a culturalment diferent. Tots som subjectes culturals. Però aquesta idea de vegades es difumina. Per aquest motiu acabem veient natural la nostra pròpia cultura, és a dir, naturalitzem una cosa que en rigor no procedeix de la naturalesa sinó d'una construcció i un aprenentatge social, o almenys planteja el debat. Doncs bé, això com es relaciona amb la salut i la immigració?

Comencem per intentar definir què entenem per *immigrant* i preguntar-nos si és diferent d'un estranger. A partir d'aquí, podrem desentranyar com cal fer intervenció psicosocial amb poblacions culturalment diferents. Aquest aclariment conceptual no és trivial. Com explica l'estudi de Malmusi i Jansà (2007), no tots els sistemes d'informació identifiquen d'igual manera els usuaris d'origen estranger. Ni tampoc tots els experts en matèria d'immigració ho conceptualitzen igual. D'altra banda, la definició d'*immigrant* proposa que s'ha de diferenciar *nacionalitat* de *país de naixement*, a més d'evitar la relació directa d'immigració procedent d'un país pobre o emigrat per raons de pobresa. Vosal-

Lectura recomanada

O. Romani (2002). La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la Antropología. *FMC. Form. Med. Contin. Aten. Prim.*, 9, 7, 498-504.

tres què en pensem? Els fills d'espanyols nascuts a l'estranger són immigrants? Un fill de pares estrangers s'ha d'anomenar *immigrant de segona generació*? És que ha immigrat? Les raons que motiven la immigració què determinen?

Com veiem, un concepte usat habitualment desperta certes inquietuds. Els projectes psicosocials dirigits a poblacions culturalment diverses solen apostar per la integració, com a eix de benestar en salut, però a més a més, ens hem de plantejar el concepte de convivència, on s'inclouen tots els grups socials. Sobre aquest tema entre els diferents models sobre gestió de la immigració se sol suggerir el de l'interculturalisme.

L'interculturalisme és un model que parteix del reconeixement i el respecte de totes les cultures, promou el contacte i el diàleg envers la igualtat, i sorgeix d'una visió crítica de totes les cultures començant per la pròpia. Aposta per la cohesió grupal i les identitats diferenciades, en un projecte compartit però no per això exempt de conflictes, que caldria afrontar des del diàleg, la negociació i una democràcia respectuosa amb les minories.

Continuem. El que ens interessa ara és pensar com abordem una relació d'intervenció amb algú culturalment diferent de nosaltres. Amb això, no solament pensem en aquelles persones procedents d'altres països, ja que, tal com es va esmentar anteriorment: tots som subjectes culturals. En clau psicològica, tots tenim diferents experiències de socialització. Per tant, podem trobar proximitats i diferències amb altres persones amb independència del seu lloc de naixement. Això és important tenir-ho clar, ja que ens alleuja quilòmetres de prejudicis i estereotips. En aquest sentit, també és important plantejar-se treballar no solament amb persones immigrades, sinó també amb els autòctons, sobretot si veiem que hi ha fragmentació social, problemes de convivència, etc. Com diferenciem, opinem, creiem i sentim sobre l'altre divers?

Algunes recomanacions que cal prendre en compte en dissenyar un projecte sobre diversitat cultural i salut:

- Diferenciar per país, cultura (dins del país), religió, edat, sexe, nivell d'estudi, ocupació i any d'arribada.
- Conèixer els motius que van iniciar el procés migratori i les expectatives actuals.
- Incloure com a factor d'anàlisi les xarxes socials de suport de què disposen les persones.

- Diferenciar morbiditat i els seus indicadors, incloent-hi els autòctons, per a comparar dades epidemiològiques.
- Considerar la identitat cultural (grau de vincle i identitat social amb els seus parells) en l'anàlisi de les intervencions.
- Considerar la inclusió de mediadors culturals.
- Sobretot, estudiar i conèixer la població amb la qual es vol treballar (la seva història, política, llengua, religió, etc.).

L'accés a la salut dels estrangers és una peça fonamental de qualsevol estratègia d'integració que lluiti contra la vulnerabilitat i exclusió social.

El text que es proposa com a lectura, *La salud de los inmigrantes y la salud de la sociedad. Una visión desde la Antropología*, d'Oriol Romaní, ens introdueix en la reflexió conceptual i metodològica de la intervenció amb diversitat cultural. La invitació és posar en qüestió els nostres models etnocèntrics i els judicis socials que es reproduïxen, que doten de natural la cultura, i d'obvi el problema social. La salut des d'un punt de vista holístic requereix reconèixer tota la complexitat que subjeu sota les diferents històries de vida amb què ens podem trobar.

Immigració

Segons estudis de l'Organització de les Nacions Unides, 1 de cada 33 persones és un migrant al món, la qual cosa vol dir que 1 persona de cada 33 es troba en una nació que no és la seva, almenys per naixement. L'article 13 de la Declaració universal de drets humans diu que "tota persona té dret a circular lliurement i a triar la seva residència al territori d'un estat" i afegeix a continuació que "tota persona té dret a sortir de qualsevol país, fins i tot el propi, i a tornar al seu país". És a dir, defineix clarament el dret de tota persona a sortir del propi país, però no afegeix que tingui dret a ser rebut en un altre. Estableix el dret d'emigrar però no a immigrar, i això és una contradicció, perquè si se surt d'un país s'ha d'entrar inevitablement a un altre; però no és un descuit: aquesta és una de les limitacions conscients que conté la Declaració universal.

Avui 1 de cada 33 persones al món és un migrant. Organització Internacional per a les Migracions (OIM).

Alguns suggeriments o preguntes que haurien d'estar presents en una intervenció social –des del punt de vista de l'organització laboral– amb persones immigrades, segons Sanitat (2011), són:

- 1) Hi ha un mapa o guia de serveis dirigits o que donen atenció als grups de població immigrant, atès des dels diversos dispositius, accessible a tots els components de l'equip i altres institucions?
- 2) Es genera o participa en fòrums de discussió, formació o en activitats promogudes per altres dispositius, ONG, etc., que treballen amb població immigrant?

3) Es revisa o s'inclou de manera sistemàtica en les reunions de coordinació, intra i interequips, la revisió de casos i temàtiques relatives a població immigrant?

4) Es treballa activament per evitar que quedin "ocultes" i desprotegides persones immigrants que sofreixen un trastorn mental?

5) Hi ha establerts contactes sistemàtics amb altres serveis comunitaris per conèixer i atendre aquest grup de persones?

Una altra proposta: etnoepidemiologia

L'etnoepidemiologia és una fusió de l'antropologia i l'epidemiologia. Ens permet integrar una mirada sobre la diversitat, sobretot quan parlem d'estudis poblacionals i problemes de salut. En aquest sentit, considerar aquest posicionament ens permet reflexionar sobre les dades que manegem a l'hora de formular determinats projectes, habitualment recollits sense més profunditat, sobre les diferències socioculturals de les persones.

L'etnoepidemiologia o epidemiologia sociocultural és un corrent que s'ha desenvolupat sobretot al nord i sud d'Amèrica, contextos amb poblacions culturals diverses per a incorporar els significats sobre malalties, afeccions i pràctiques associades a solucionar-les. Aquesta informació contribueix a conèixer i dissenyar polítiques de salut per a les necessitats de la gent, i s'aconsegueix que siguin més efectives i properes.

2.5. La necessitat de visibilitzar i analitzar: relacions de gènere i salut

El gènere ha estat un d'aquests conceptes usat diversament i amb usos inadequats del terme. El gènere no és una categoria o variable que es pot entendre com a home o dona, ni tampoc no és sinònim de dona, ni de feminisme. Com assenyala Stolcke (2003), les nocions de *gènere* i de *cultura* són avui tan ubiqües com ambigües, s'han convertit en paraules penjador, una espècie de comodins que s'empren amb intencions i significats d'allò més diversos.

Els éssers humans som socialitzats sota determinades normes socials que són legitimades en cada grup social o cultural, s'estipulen creences del que hem de fer enfront del que no està permès, i d'aquesta manera l'aprenentatge es desenvolupa en funció dels comportaments que solen obeir a aquestes expectatives socials. Judit Butler (2001) planteja que el gènere és performatiu i que el cos sexuat o biològic també és producte d'una construcció social. En aquest sentit, és molt interessant la seva crítica de voler entendre o de formular el sistema de gènere només en terme binari –homes i dones– i plantejar-lo des d'una complexa relació d'identitats i significats que existeixen més enllà d'un sistema heteronormatiu.

Gènere

El gènere com a construcció social s'entén sota l'anàlisi de tres eixos:

- La identitat de gènere (com un es veu i se sent a si mateix).
- Els papers de gènere (format per les expectatives socials de cada cultura/territori en funció del quefer masculí o femení).

Bibliografia recomanada

J. Breihl (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Lectura recomanada

S. Velasco (2009). La aplicación del enfoque integrado de género en programas de salud. A *Sexos, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud* (pp. 201-223). Madrid: Minerva Ediciones.

- L'orientació sexual (desig sexual envers el mateix sexe o diferent del d'un mateix).

Entendrem el gènere com una categoria analítica que ens permet conèixer i interpretar les diferències i desigualtats entre homes, dones i “trans” en relació amb ells mateixos i entre ells.

Relacional	No es refereix a dones o a homes aïlladament, sinó a les relacions que es construeixen socialment entre unes i els altres.
Asimètric/jeràrquic	Les diferències entre homes i dones no són neutres, tendeixen a atribuir més importància i valor a les característiques i activitats associades amb la masculinitat. Es tradueixen en relacions desiguals de poder.
Canviant	Els papers i les relacions es modifiquen al llarg del temps i l'espai, i són susceptibles a canvis per intervencions.
Contextual	Hi ha variacions en les relacions de gènere d'acord amb ètnia, classe, cultura, etc.
Institucionalment estructurat	Es refereix no solament a les relacions entre homes i dones a escala personal i privada, sinó a un sistema social que es recolza en valors institucionals, legislació, religió, etc.

Font: Adaptació OPS, 2004

Com es relaciona la perspectiva de gènere amb la salut? Com assenyala Borrell (2004), les diferències de salut entre homes i dones inclouen factors socials (papers de gènere) i diferències biològiques que exerceixen un paper en la morbiditat i mortalitat diferencial entre els sexes. En aquest sentit, l'estudi dels determinants socials és essencial per a entendre les desigualtats socials en salut segons el gènere. S'ha posat de manifest que malgrat que les dones tinguin una esperança de vida més llarga, elles solen presentar un estat de salut pitjor que el dels homes, factor que pot canviar segons el tipus d'indicador de salut, el grup de dones seleccionades i el moment del cicle vital considerat. Davant aquesta evidència, com ho interpretem?

Vegem alguns exemples de problemes de salut diferenciats per sexe i intenteu fer una anàlisi amb perspectiva de gènere:

- Més quadres depressius, ansiosos i fòbics entre les dones, mentre que entre els homes són més freqüents els trastorns de personalitat i els derivats del consum d'alcohol i altres substàncies (Montero, 2004).
- Increment de la morbiditat psiquiàtrica en dones casades de mitjana edat, en comparació de les solteres, associació que s'observa com un tret característic de les dones, però que no apareix en els homes, per als quals l'estat civil “casat” es comporta com un factor de protecció enfront del desenvolupament de trastorns mentals (Weissman, 1993).

Quins exemples podríeu aportar vosaltres? Com s'explica la diferència en la morbiditat en clau de gènere?

Exemple d'estigmatització social

Cap cultura ofereix una sola manera de ser home o de ser dona, però els diferents models ofereixen diferents possibilitats d'autorealització i a més s'ordenen jeràrquicament. D'aquesta manera, l'existència d'una forma predominant i reconeguda de ser home o de ser dona oculta el fet de l'existència de formes alternatives, que manquen de prestigi i que reben sanció. L'existència de les formes estigmatitzades, com per exemple, l'homosexualitat en el cas dels homes, o la prostitució en les dones, actuen en el sentit de reforçar la normativitat del model hegemònic (Juliano, 2002).

Diversos estudis han denunciat de quina manera la discriminació pot afectar directament la salut de les persones. Des de l'àmbit laboral, Artazcoz (2004) planteja que en la pràctica, hi continua havent una segregació tant a escala horitzontal com vertical en el mercat laboral, la qual cosa repercuteix en l'estat de salut de manera diferenciada en homes i dones (ja que els riscos als quals estan exposats són diferents), i la precarietat laboral és un dels elements l'impacte dels quals ha estat més gran en el gènere femení, sobretot per raons d'adversitat psicosocial i econòmica, sumat a la reproducció dels models tradicionals en la repartició de papers

Equitat de gènere

D'aquesta manera, l'equitat de gènere en l'àmbit de la salut es traduiria en l'absència de disparitats remeixables i injustes entre les dones i els homes, que s'associen amb desavantatges sistemàtics d'un o un altre sexe en el context socioeconòmic (OPS, 2004).

La referència en l'àmbit de la salut involucra diverses dimensions, que segons l'OPS (2004) serien determinants socioeconòmics, estat de salut, atenció de la salut i participació en la gestió de la salut –entre altres indicadors–:

- En l'àrea dels **determinants socioeconòmics** de la salut, l'equitat de gènere significa igualtat d'accés i control sobre els recursos que fan possible l'exercici del dret a la salut (aliment, habitatge, ambient sa, educació, informació, treball, remuneració, tecnologies i serveis, entre altres).
- En matèria d'**estat de salut**, l'equitat de gènere es reflectiria en nivells de salut i benestar comparables en dones i homes, no solament entre ells, sinó en relació amb els nivells assolibles en poblacions específiques, això és, els nivells de salut de les dones i els homes dels grups de més privilegi social.
- En l'**atenció de la salut**, l'equitat de gènere implicaria el següent:
 - Els recursos s'assignen d'acord amb les necessitats específiques d'homes i dones.
 - Els serveis es reben segons les necessitats particulars de cada gènere, independentment de la capacitat de pagament.

- Dones i homes aporten al finançament dels serveis de salut segons la seva capacitat econòmica, i no segons els riscos o necessitats propis de cada sexe i cada etapa del cicle vital.
- En la **participació en la gestió de la salut**, l'equitat de gènere demana un balanç just en la distribució entre homes i dones del treball (remunerat i no remunerat), de les compensacions associades amb aquest treball, i del poder en la presa de decisions.

Diferència i desigualtat no són sinònimes

Les diferències desiguals que ocupen les persones estan associades a factors com són l'ètnia, l'orientació sexual, la classe social, edat, etc. En aquest sentit parlem d'**interseccionalitat**, terme que va encunyar Kimberlé Williams per a fer visibles les discriminacions que limiten les oportunitats de les poblacions més vulnerables. Es refereix a la intersecció de múltiples identitats i experiències d'exclusió i subordinació.

Des de la perspectiva de la justícia social i des dels principis dels drets humans, no és de cap manera suficient ni coherent enfrontar les desigualtats entre grups econòmics o ètnics, sense abordar paral·lelament les desigualtats injustes entre homes i dones que hi ha en aquests grups.

2.5.1. Enfocaments de gènere en salut

Les característiques dels models d'atenció des de les teories crítiques a la salut entenen la persona considerant que té un conjunt d'experiències, en què el que li ocorre i els seus símptomes tenen significats i estan relacionats amb el seu context. Es desplaça la mirada única sobre el cos envers l'escolta del subjecte –subjecte social i subjecte psíquic (Velasco, 2009). Des d'aquest paradigma s'inclou el model biopsicosocial, que incorpora els diferents vessants que donen lloc a la comprensió i explicació dels processos subjectius d'emmalaltir.

Vegem els tres models clàssics d'enfocament de gènere de l'àmbit de la salut. La taula següent ens ho resumeix:

	Salut de les dones	Desigualtats de gènere	Anàlisi de determinants de gènere
Fonament	Les dones tenen problemes específics que requereixen atenció específica.	La situació social dels sexes és diferent i discriminatòria i comporta desigualtat i inequitat.	Les actituds, vivències i maneres de viure, emmalaltir, consultar i morir estan influïdes pels determinants psicosocials de gènere.
Objectiu	Les dones. Atendre els problemes de salut propis de les dones: reproducció, climateri, etc. saber què passa a les dones.	Els homes, les dones i la discriminació. Aconseguir la igualtat i equitat entre els sexes. Saber què és diferent i desigual entre sexes.	Els homes, les dones i les seves relacions. Transformar relacions de poder-subordinació i posicions subjectives de dones i homes. Saber per què són les diferències entre sexes.

Font: Esquema modificat i ampliat d'OXFAM International, citat per Carmen de la Cruz, 1998.

Biaix de gènere

Bàsicament es refereix a no considerar que les manifestacions verbals, simptomàtiques i emocionals de la persona estan relacionades amb condicions psicosocials i per tant amb el gènere, i altres determinants.

	Salut de les dones	Desigualtats de gènere	Anàlisi de determinants de gènere
Mètode	Identificar necessitats i proporcionar recursos específics diferenciats per a dones.	Identificar desigualtats per sexes i visibilitzar diferència en morbiditat. Prendre mesures sociopolíticosanitàries per a la igualtat i equitat.	Analitzar i transformar els determinants de gèneres socials (models) i psíquicosubjectius (papers, actituds i significats subjectius).
Productes	Programes d'atenció a problemes de la dona.	Investigació i atenció a morbiditat diferencial i desigualtats d'accessibilitat, atenció: biaixos de gènere, amb elecció de variables amb potencial explicatiu de gènere.	Investigació de determinants i promoció de models d'intervenció col·lectiva i clínica per a canviar les actituds de determinants de gènere.

Font: Esquema modificat i ampliat d'OXFAM Internacional, citat per Carmen de la Cruz, 1998.

La introducció de la perspectiva de gènere proposa assumir la salut des d'un model biopsicosocial, amb la qual cosa s'ha de parlar esment al següent:

- Els factors que visibilitzen la morbiditat diferencial, (biològics, anatòmics).
- Els determinants socials relacionats amb els estereotips i papers de gènere que puguin ser propensos a la vulnerabilitat i riscos en salut.
- Els factors personals relacionats amb la identitat femenina i masculina, entesa com a producte d'una construcció social de gènere.

2.6. Qualitat de vida i percepció de salut

La qualitat de vida o el tema de la "bona vida" s'ha reflexionat des de l'època dels filòsofs grecs fins al present, però la instal·lació del concepte en el camp de la salut és relativament recent, amb un auge evident en la dècada dels vuitanta. De manera anual es publiquen, en revistes relacionades amb la salut, més de 3.000 articles, que posen de manifest tant el gran interès com l'àmplia gamma d'accepcions del terme. Pel que fa a això, cal assenyalar que una de les grans aportacions sobre els estudis de qualitat de vida és la importància que té la percepció sobre el benestar o malaltia en les persones.

PNUD

La qualitat de vida també s'utilitza com a indicador (índex de desenvolupament humà) de les Nacions Unides per a mesurar el grau de desenvolupament dels països, el càlcul del qual s'estableix a partir de l'esperança de vida, l'educació i el PNB *per capita*.

La qualitat de vida, en termes globals, és una cosa difícil de conceptualitzar. Depèn en gran mesura de l'escala de valors de cada individu i dels recursos emocionals i personals de cadascú. A més, està sotmesa a determinants eco-

nòmics, socials i culturals i se sol modificar, amb el pas dels anys, en una mateixa persona. D'una manera més específica, la qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS), o **salut percebuda**, integra aquells aspectes de la vida directament relacionats amb el funcionament físic i mental emocional i amb l'estat de benestar.

La millor manera d'afrontar la mesura de la CVRS és fent-ho a partir d'un enfocament multidimensional. Es pot valorar l'estat de salut des de la funcionalitat i a partir de la interacció de l'individu amb el seu medi, i també amb aspectes que engloben el sentit general de satisfacció de l'individu i la percepció de la seva pròpia salut. El mètode tradicional per a determinar i avaluar la sensació de benestar és l'administració de qüestionaris. Per mitjà d'aquests, s'ha posat de manifest que l'estat de salut de les persones no sempre es correspon amb les dades que proporcionen els paràmetres biològics utilitzats habitualment per a l'avaluació clínica, i que els índexs clàssics d'activitat de la malaltia no sempre són bons predictors de la qualitat de vida de les persones. És important considerar la complexitat de disposar d'un instrument vàlid i la necessitat que sigui conforme amb la cultura en la qual s'apliqui (Esteve i Roca, 1997)

Qualitat de vida

La qualitat de vida té diferents accepcions; la podem entendre com una avaluació que fa una persona sobre la seva experiència, sobre la seva vida quotidiana, la seva vida social i sobre la seva salut. És més aviat un sentiment. En definitiva, remet a la "qualitat de la vivència que de la vida fan els individus".

La lectura *Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud* que es proposa al final d'aquest material ens convida a qüestionar els paràmetres convencionals d'entendre la qualitat de vida. És una proposta que ens introdueix a reflexionar sobre la conducta humana, en tant que no té relacions bidireccionals que ens permetin predir de manera certa el seu futur.

Resum

En aquest curs s'ha pretès que els estudiants hagin assolit els objectius d'aprenentatge següents:

- Incorporar el model ecològic en la intervenció psicosocial, en el qual es considera que els subjectes estan inclosos en diferents nivells i sistemes de relacions, des d'interpersonals fins a ideològics, polítics i econòmics.
- Conèixer l'existència de diferents perspectives a l'hora de dissenyar un projecte d'intervenció, assumint que tota acció té un posicionament que l'avalua. No hi ha intervencions neutres.
- Conèixer els fonaments de la psicologia social i comunitària en l'abordatge de la salut i incloure la perspectiva participativa a l'hora de dissenyar i aplicar programes de promoció de la salut.
- Considerar la rellevància de les desigualtats socials com a determinants en la salut de la població i els individus.
- Considerar un enfocament intercultural en l'exercici teòric i pràctic de la intervenció social.
- Considerar la perspectiva de gènere en l'exercici teòric i pràctic de la intervenció social.
- Assumir un esperit crític i constructiu en la integració conceptual i teòrica com a pràctica dels models de salut.

Bibliografia

- Agencia de Salud Pública de Barcelona (2012). *Pla de salut comunitària i promoció de la salut de Barcelona*. Barcelona.
- Artazcoz, L. et al. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 24-35.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Nova York: Prentice-Hall.
- Bauman, Z. (2006). *Comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil*. Madrid: Siglo XXI.
- Beltrán, S. (2005). *La comunicación como desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo*. III Congreso Panamericano de la Comunicación, 12-16 juliol. Buenos Aires, Argentina.
- Benach, J., Muntaner, C. (2011). La equidad en salud es un indicador clave para valorar la justicia social. Entrevista disponible en el web: [http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=\(4249\)](http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=(4249)) [data de consulta: 02-4-2012]
- Blech, J. (2005). Se inventan enfermedades para ganar dinero. *La Vanguardia*, 14-1-2005.
- Borrell C., Garcia-Calvente M., i Marti-Bosca J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18 (1), 2-6. Agència de Salut Pública de Barcelona.
- Breihl, J. (2007). *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Intercultural*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Breinbauer, C. i Maddaleno, M. (2008). La teoría social cognitiva. A C. Breinbauer i M. Maddaleno, *Jóvenes: opciones y cambios*. Washington: OPS/OMS
- Briggs, C. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *Ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. A R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development* (vol. 6, pp. 187-249). Greenwich, CT: JAI Press.
- Burr, V. (1995). *Introducció al construccionisme social*. Barcelona: Editorial UOC.
- Butler, J. (2001). *El Género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Carta d'Ottawa (1986).
- Codern, N. (2006). Acción comunitaria para la salud. A X. Úcar i A. Llena (Coords.). *Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria*.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010, maig). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Costa, M. i López, E. (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Cruz, C. (1998). *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*. Vitòria: Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer. Disponible a: http://www.emakunde.euskadi.net/u72-publicac/es/contenidos/informacion/pub_guias/es_emakunde/adjuntos/guia_genero_es.pdf [data de consulta: 28-5-2010]
- Engel, G. M. D. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*, 196, 129-136
- Esteve, M. i Roca, J. (1997). *Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta*. Barcelona: Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Med. Clin. Doyma.
- Fernández, V. i Arroyo, P. (1991). La participación comunitaria en los programas de salud. A T. Lartigue (Comp.), *Salud Comunitaria: Una visión Panamericana*. Mèxic: Universidad Iberoamericana.

- Gailly, A. (2009). La atención sensible a la cultura. A J. M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete i M. Mascarella (Comps.), *Migraciones y salud*. Tarragona: Publ. URV.
- García, J., Owen, E., i Flórez, L. (2005). Aplicación del modelo PRECEDE-PROCEED para el diseño de un programa de educación en salud. *Redalyc. Psicología y Salud*, 15 (1), 135-151. Mèxic: Xalapa.
- Giddens, A. (2002). *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gomez, T. i Ceitlin, J. (1997). *Medicina de Familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: FVV-CIME.
- Gueguen, J., Fauvel, G., Luhmann, N., i Bouchon, M. (2010). *Educación para la salud. Guía práctica para los proyectos de salud*. Unidad de apoyo, Analisis e Incidencia Política (S2AP). Médicos del Mundo.
- Heaney, C. A. i Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. A K. Glanz, B. K. Rimer i K. Viswanath. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4a. ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Herrero, J. (2004). La perspectiva Ecológica. A G. Musito, J. Herrero, L. Cantera i M. Montenegro. *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona, Universitat Oberta de Catalunya (UOC)
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Juliano, D. (2002). *La prostitución: el espejo oscuro*. Icària, Institut Català d'Antropologia.
- Kuhn, T. S. (2005). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica de España.
- Lalonde, M. A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Latorre, A. (2007). *La investigación-acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Ed. Graó.
- Loreti, D., Mastrini, G., i Barabchuk, M (Comp.). (2007). *Participación y democracia en la Sociedad de la Información. Actas del III Congreso Panamericanos de Comunicación*. Buenos Aires: Prometeo.
- Malmusi, D. i Jansà, J. M. (2007). Recomendaciones para la investigación e información en salud sobre definiciones y variables para el estudio de la población inmigrante de origen extranjero. *Rev Esp Salud Pública*, 81, 399-409.
- Márquez, S. i Meneu, R. (2007, gener). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, II (8). Disponible en el web: <http://www.revistadefilosofia.org> [data de consulta: 12-11-2011]
- Maturana, H. i Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano*. [Edició revisada, 1992]
- Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y saúde colectiva*, 8 (1), 185-207.
- Miller, W. i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparación para el cambio de conductas adictivas*. Ed. Paidós.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Madrid: Promoción de la Salud y Epidemiología, Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud*. Madrid.
- Mintzes, B. (2002). For and against: Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *For. BMJ*, 324 (7342), 908-909.
- Montenegro, M. (2001, abril). Conocimientos, agentes y articulaciones. Una mirada situada a la intervención social. *Athenea Digital*, 0.

- Montero, I. *et al.* (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* [en línia], 18 (1), 175-181. ISSN: 0213-9111.
- Montero, M. (1998). Comunidad como objeto y sujeto de la acción social. A A. Martín (Ed.), *Psicología Comunitaria: fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Montero, M. (2006). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Ed Piados Tramas Sociales.
- Moore, H. (1991). *Antropología y Feminismo*. Madrid: Cátedra.
- Moynihan, R. i Cassels, A. (2006, maig). Nuevas técnicas publicitarias de la industria farmacéutica. Para vender medicamentos, inventemos enfermedades. *Revista Le Monde Diplomatique*, 10.
- Musito, G. *et al.* (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: UOC.
- OPS i OMS (2004). *Indicadores básicos para el análisis de equidad de género en Salud. Unidad de Género, etnia y salud*. Washington, DC: OPS/Paltex. Disponible en el web: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/indicadoresbasicos.pdf> [data de consulta: 04-4-2012]
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Disponible en el web: <http://iom.int/jahia/Jahia/about-migration/facts-and-figures/lang/es> [data de consulta: 10-12-2011]
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Disponible en el web: <http://www.iom.int/jahia/Jahia/facts-and-figures/lang/es> [data de consulta: 15-3-2012]
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ginebra. Disponible en el web: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf [data de consulta: 9-10-2011]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). *Equidad y salud materno-infantil en Nicaragua. Proyecto ELAC. Investigaciones en Salud Pública. Documentos Técnicos*. Disponible en el web: <http://www.paho.org/Spanish/Hdp/HDR/serie36composite.pdf> [data de consulta: 05-11-2012]
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004). *Módulo 1: Sexo y género. Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores*. Disponible en el web: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/Workshosp-Module1.pdf> [data de consulta: 06-4-2012]
- Ortiz, T. (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. A E. Ramos (Ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.
- Parsons, R. J. (1991). Empowerment: Purpose and practice principle in social work. *Social Work with Groups. A Journal of Community and Clinical Practice*, 14 (2).
- Pineault, R. i Daveluy, C. (1990). *La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias*. Barcelona: SG / Masson.
- Prochaska, J. O. i DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Rappaport, J. (1977). *Community Psychology: Values, research and action*. Nova York: Holt, Rinehart and Winston.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisca, J., i Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en Salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- Rodríguez, J. i García, J. M. (1996). *Psicología Social de la Salud*. A J. R. Torregrosa, *Psicología Social Aplicada*. Espanya: Mc Graw Hill.
- Rodríguez, J. i Neipp, M. C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- San Martín, H. (1989). *Salud Pública y medicina*. Barcelona: Masson.
- Sánchez, C. (2005). Les desigualtats socials i la salut a Catalunya. A *Estructura social i desigualtats a Catalunya. Volum II*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill / Ed. Mediterrània.

- Segura Benedicto, A. (2010). La participación ciudadana, la sanidad y la salud. *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12, 55-62.
- Solar, O. i Irwin, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Discusión paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007*.
- Stolcke, V. (2003). La mujer es puro cuento: La cultura del género. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* (Sèrie monogràfics "A propòsit de cultura", 19).
- Strauss, L. (2005). Los chamanes como psicoanalistas. A J. Narby i F. Huxley (Comp.). *Chamanes a través de los tiempos*. Barcelona, Kairós.
- Vargas, P. *El modelo biopsicosocial: un cambio de paradigma. Importancia de trabajar con familias*. Libros Virtuales Intramed. Disponible en el web: http://www.intramed.net/sitios/libro-virtual13/pdf/librovirtual13_6.pdf [data de consulta: 07-11-2012]
- Velasco, S. (2009). *Sexo, género y salud. Teorías y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ed.
- Wallerstein, N. i Duran, B. (2010). *American Journal of Public Health*, 100 (1), S1
- Weissman, M., Bland, R., Joyce, R. P., Newman, S., Wells, J. E., i Wittchen, H. U. (1993). Sex differences in rates of depression: crossnational perspectives. *J. Affect. Dis.* 29, 77-84.
- Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y Principios de la Equidad en la Salud. Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP)*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization (2009). *WHO Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences*. Ginebra.
- Zlachevsky, A. M. (2009). *El lenguaje –visto desde Ortega y Heidegger–, y la fundamentación filosófica de la psicoterapia conversacional*. Tesis doctoral. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de postgrado, Departamento de Filosofía.