

# Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y la gestión del conocimiento

---

Revisión en los campos de la salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad y los servicios sociales

*Fernando Fantova*

Texto de la ponencia presentada en las III Jornadas de Intervención y Políticas Sociales (2004) y preparado para la correspondiente publicación, próximamente en la editorial CCS (2005)

## Introducción

En las siguientes páginas intentamos atisbar en qué sentido, de qué manera y en qué medida un determinado cambio importante y de largo alcance en el campo de las acciones pro bienestar social (como es el que tiene que ver con el desarrollo, la adopción y la aplicación de los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios) ha estado, está o puede estar imbricado en un proceso de gestión del conocimiento.

Para ello adoptamos la posición de un observador y cronista selectivo que intenta rescatar y narrar algunas trayectorias relacionadas con dichos enfoques en diversos ámbitos (como, por ejemplo, la salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad o los servicios sociales) y pretende descubrir experiencias representativas de una u otra forma de gestión de uno u otro tipo de conocimiento.

Para ello nos inspiramos en la línea de estudio que se ocupa de las relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad e intentamos captar y analizar las dinámicas mediante las cuales van interactuando en cada caso fenómenos como los siguientes:

- La producción de conocimiento científico y de otras formas de conocimiento.
- La situación y problemática social presente en los diferentes momentos y entornos.
- La intervención en sus niveles político, de gestión u operativo.

Aunque cabe, ciertamente, referirse al enfoque de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y su construcción o aplicación en campos diferentes de los tres escogidos, intentaremos, en general, circunscribirnos a ellos, tratando de ver parentescos o influencias recíprocas y también desarrollos independientes en los que muchas veces, como se comprobará, lo que se hace en un ámbito se desconoce en otro.

Un tema como el que nos hemos propuesto abordar podría ser, fácilmente, objeto de una tesis doctoral, de modo que simplemente vamos a intentar dar unas pinceladas descriptivas y enhebrar algunas reflexiones sueltas. Tómese lo que sigue como una exploración tentativa y como una invitación a que cada lector o lectora siga averiguando, por su cuenta, en torno a alguna de las cuestiones que le proponemos.

Comenzaremos por referirnos al enfoque de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y a la gestión del conocimiento para luego explorar los tres campos mencionados, terminando con una recapitulación conclusiva y la mención de la bibliografía consultada.

## **Los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios**

Cuando hablamos de los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios nos referimos a una gran diversidad y variedad de aproximaciones y propuestas que comparten un *aire de familia* y que coinciden en subrayar las potencialidades de las relaciones interpersonales familiares y comunitarias como herramienta para mejorar el bienestar, la salud, la calidad de vida o la integración de las personas.

Al pensar en los antecedentes de este enfoque cabe remontarse, al menos, a los finales del siglo XIX, en el contexto del proceso de industrialización, pues cabe hablar de “una antigua nostalgia por formas más directas de relación, por estilos más personalizados de apoyo (...), por modelos diferentes de intervención (...), movimiento (...) del que dieron cuenta los más renombrados nombres de la ciencia social: Ferdinando Tönnies, Emile Durkheim, Georg Simmel, Max Weber, Karl Marx” (Blanco Abarca, 1988: 11). Podría decirse que la primera evidencia científica del vínculo entre el apoyo social y la salud fue obtenida por Durkheim (1897-1951) en su estudio sobre el suicidio.

Se ha definido la comunidad como un “sistema o grupo social de raíz local, diferenciable en el seno de las sociedades de que es parte en base a características e intereses

compartidos por sus miembros y subsistemas que incluyen: localidad geográfica (vecindad), interdependencia e interacción psicosocial estable y sentido de pertenencia a la comunidad e identificación con sus símbolos e instituciones. Está generalmente dotada de una organización institucional relativamente autónoma, que concretiza la mediación institucional entre sociedad e individuos, prestando las funciones sociales (socialización, comunicación, etc.), con relevancia local. Sus miembros desarrollan relaciones y lazos horizontales -vínculos interpersonales y cohesión social- y verticales -sentido de pertenencia al grupo e identificación con él-, psicológica y socialmente significativos” (Sánchez Vidal, 1991: 84). A esta definición cabría hacer la matización de que quizá la referencia espacial física no sea imprescindible, por la existencia de comunidades virtuales.

Según Sánchez Vidal, referente en el campo de la psicología comunitaria, la “teoría y la investigación en el campo comunitario se agrupan en torno a seis núcleos conceptuales y temáticos básicos:

1. (La) comunidad.
2. Salud mental positiva (y conceptos relacionados como “bienestar social” y “calidad de vida”).
3. Prevención.
4. Estrés psico-social.
5. Apoyo social.
6. Competencia” (Sánchez Vidal, 1991: 67).

Junto a ellos apunta también el concepto de *empowerment* (empoderamiento) acuñado por Rappaport.

## **La gestión del conocimiento**

Es conveniente comenzar señalando que existen diferentes tipos de conocimiento (aunque en la realidad aparezcan entremezclados), en el entendido de que no sólo el conocimiento que podemos denominar científico es un conocimiento útil para las acciones humanas en general y para las acciones pro bienestar social en particular. Así, por ejemplo:

- Existe, ciertamente, un conocimiento conceptual y teórico de carácter científico, producido siguiendo las normas y los códigos vigentes en las diversas comunidades científicas.
- Existe también un saber hacer o un saber cómo (*know how*) hijo en buena medida de la experiencia práctica.
- También cabe hablar de conocimientos de tipo filosófico, principios referenciales fruto de la reflexión humana que, sin embargo, no son susceptibles (o no han sido objeto) de demostración científica.
- Podemos hablar, asimismo, de conocimiento técnico en tanto en cuanto exista un cierto grado de formalización establecida acerca de la manera de operar en algún ámbito, en alguna medida como aplicación de conocimiento científico y en alguna medida como sistematización de un saber hacer a partir de la experiencia.

A la hora de pensar en la manera en la que se alcanza el conocimiento, partimos de la base de que el conocimiento, como tal, no puede transmitirse. En palabras de Francisco Varela, “el conocimiento no es, en modo alguno, una cosa que se pueda tratar como una provisión simbólica susceptible de ser transmitida. No se pueden pasar los conocimientos de un lado a otro. El conocimiento se construye siempre sobre la base de un ovillo de acciones” (Assmann, 2002: 42). Por ello, en la literatura sobre gestión del conocimiento es frecuente la diferenciación entre datos, información y conocimiento y cabría decir que lo que podemos transmitir es, como mucho, información, pero que para que algo pueda ser considerado como conocimiento, ha de ser construido (si se quiere, reconstruido) activamente por el sujeto (individual o colectivo) cognoscente.

Por otra parte, cabe hablar de conocimiento tácito y conocimiento explícito, pudiendo tener, tanto el uno como el otro, carácter individual o colectivo. Se considera que es Michael Polanyi el primer autor que habla, en los años cincuenta del siglo pasado, de conocimiento tácito. Entre los referentes principales sobre gestión del conocimiento, es Ikujiro Nonaka quien ha hecho interesantes aportaciones sobre la diferenciación entre conocimiento tácito y conocimiento explícito y sobre la dinámica de transformación de conocimiento tácito en explícito y viceversa, así como la transformación de conocimiento individual en colectivo y viceversa.

En la medida en que el conocimiento se vuelve un patrimonio relativo o comparativamente más valioso, se torna más importante su gestión. El concepto de gestión del conocimiento cobra fuerza en un momento de rápidos progresos en lo que

tiene que ver con las tecnologías de la información y la comunicación, de disminución de los costes de transacción, de incremento de la conectividad y de apertura de nuevas oportunidades para nuevos agentes y dinámicas en la construcción, difusión y aplicación del conocimiento. Así, podríamos llamar gestión del conocimiento a un conjunto de procesos que se desarrollan en una organización, sistema o red y que se ocupan de diseñar, dinamizar y evaluar los procesos de construcción de conocimiento. Dentro del proceso de gestión del conocimiento proponemos diferenciar momentos o subprocesos como los siguientes:

- Planificación y evaluación.
- Obtención, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información.
- Reflexión desde la acción.
- Formación.
- Investigación, desarrollo e innovación.
- Aplicación.

Una vez que hemos perfilado brevemente nuestros *términos de referencia* en relación con los enfoques de las redes y los apoyos sociales y comunitarios y acerca del conocimiento y la gestión del conocimiento, vamos a intentar, en los siguientes apartados, ir recogiendo prácticas y discursos de desarrollo y aplicación de estos enfoques en ámbitos como la salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad o los servicios sociales y vamos a intentar ver experiencias de gestión del conocimiento en esos campos.

## **Salud mental**

El florecimiento de la aplicación del enfoque del apoyo social en lo relacionado con la salud mental (y la salud en general) se da a partir, sobre todo, de los años setenta del pasado siglo. La conclusión que podemos adelantar es que el campo de la salud presenta mayor cantidad de investigaciones de carácter científico (estudios epidemiológicos, desde la psicología comunitaria, desde la sociología, por ejemplo) que los otros dos ámbitos evocados en este trabajo.

Tal como señala Demetrio Casado, “en el mundo occidental y tras la Segunda Guerra Mundial, el modo asilar, hegemónico en salud mental, fue objeto de un amplio y sostenido movimiento de críticas e iniciativas de cambio. De la diversidad de las mismas pueden

destacarse estos criterios: rechazo de la segregación hospitalaria permanente y postulación de abordajes grupales o comunitarios” (Casado, 2002: 92).

Por otra parte, se diría que en los años sesenta y setenta del pasado siglo fue cuajando una nueva orientación en el campo de las políticas de salud pública, de modo que se entiende que, para llegar a mejorar la salud de las poblaciones, es fundamental que las personas, las familias y las comunidades participen en la gestión de su salud. Este enfoque tuvo su consagración en la Conferencia Internacional de la Organización Mundial de la Salud que tuvo lugar en Alma Ata en 1978, centrada en subrayar la importancia de la atención primaria de salud. Se ha llegado a hablar, refiriéndose a todo este movimiento, de un giro copernicano en el campo de la salud.

En el campo de la salud mental, el movimiento de la psicología comunitaria y otros paralelos o confluyentes fueron cobrando fuerza en el último tercio del siglo XX debido a diferentes factores. De alguna manera, en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, la envergadura y complejidad de las patologías que se presentan después de dicha conflagración hace entrar en crisis el modelo médico clásico, lo que supone un impulso para que profesionales de la salud mental y diversos grupos sociales busquen nuevas alternativas que intentan ir a la raíces colectivas y ambientales de los problemas. En este proceso pudieron actuar como catalizadores fenómenos como los siguientes:

- La constatación y la reflexión acerca de efectos indeseados del internamiento en hospitales psiquiátricos (subrayados por el movimiento denominado “antipsiquiátrico”)
- Las limitaciones técnicas y, en todo caso, el alto coste de la psicoterapia individual.
- La insuficiente y desigual cobertura de las respuestas clásicas o tradicionales en materia de salud mental.
- El renovado interés que se da en los años sesenta por los problemas sociales tales como la discriminación de las mujeres o de las minorías étnicas o la pobreza y el subdesarrollo.
- El acelerado proceso de urbanización con la consiguiente ruptura y eventual recomposición de grupos primarios familiares y comunitarios.

A estos factores habría que añadir el que más nos interesa analizar en este trabajo, que es el de las investigaciones que fueron poniendo de relieve la relación entre la salud y los vínculos sociales. Escobar afirma que “el estímulo primordial para estos estudios se debe en buena parte al auge de la sociología como rama científica. Los avances de la

epidemiología y la estadística en particular, las nuevas técnicas que facilitaban el muestreo sistemático de largos segmentos poblacionales, el manejo de datos voluminosos y el control de factores “contaminantes” fueron también factores contribuyentes al ímpetu de la investigación en este campo” (Escobar, 1998: 4). Según este autor, en todo caso, “este tipo de investigaciones se llevan a cabo en forma mucho más activa en el ámbito de la medicina y no en el de la psiquiatría” (Escobar, 1998: 4).

Si bien el desarrollo más fuerte de este tipo de estudios comienza a partir de los años setenta del siglo XX, cabe referirse a algunos antecedentes inmediatos. Así, se atribuye a Barnes, en 1954, la primera utilización del concepto de red social, siendo reseñables, también, las aportaciones de Cooley sobre los grupos primarios y los grupos secundarios o la contribución de Festinger también en la década de los cincuenta (sobre la necesidad de comparación social como fuente del deseo de establecer relaciones con personas que comparten una misma situación), o el estudio de los vínculos afectivos de Bowlby, ya en la década de los setenta.

Con todo, suele mencionarse a Cobb, Cassel y Caplan como los autores que marcan un punto de inflexión en relación con los estudios sobre el apoyo social y sus virtualidades para hacer frente a situaciones estresantes. Son estos tres autores los que consiguen que el concepto de apoyo social sea reconocido como clave para la investigación y la intervención. Basándose en la revisión de decenas de estudios previamente realizados (tanto con personas como con animales) ponen de relieve la importancia del apoyo social y los vínculos sociales con los grupos primarios en relación con muy diversas condiciones de salud general y salud mental.

A partir de estas aportaciones se va configurando un marco teórico sobre el apoyo social, aunque no puede decirse que exista un consenso al respecto. Gómez Bobassi y otros recogen la siguiente definición de apoyo social, aportada por Hobfoll y Stokes en 1988: “aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o sentimiento de conexión a una persona (o grupo) que se percibe como querida o amada” (Gómez Bobassi y otros, 2001: 9). Según este mismo autor existen dos perspectivas de aproximación en el campo del apoyo social: la perspectiva estructural y la perspectiva funcional. La primera recibe el nombre de estudio de las redes sociales y se ocupa más bien de la cantidad de las relaciones y de la densidad y composición de las redes. La segunda se ocupa más bien del contenido de los vínculos sociales, de su disponibilidad, de su percepción y de los procesos involucrados.

Según Fernández del Valle y Bravo, “existe un amplio acuerdo entre los investigadores en distinguir al menos tres funciones fundamentales del apoyo social: el apoyo emocional, el apoyo instrumental (también denominado apoyo material o tangible o ayuda práctica) y el apoyo informacional (que incluye además el consejo, orientación o guía)” (Fernández del Valle y Bravo, 2000: 24).

Con todo, pese a que comparativamente con los otros campos a los que nos vamos a referir en este trabajo, éste de la salud mental es aquél en el que está más presente la investigación científica, no cabe suponer que las diversas alternativas de intervención (como los grupos de autoayuda o apoyo mutuo, las comunidades terapéuticas o los programas de apoyo o cuidado a las personas que apoyan o cuidan) se hayan desarrollado necesariamente sobre la base de esa investigación científica. Estos movimientos, muchas veces, han sido espontáneos e incluso han trabajado con escasa ayuda profesional. Precisamente el hecho de que este tipo de grupos se basen en la mutualidad y reciprocidad, en el hecho de que los miembros compartan una experiencia común y se comprometan al cambio o la importancia de la acción por encima de la reflexión los configura muchas veces como espacios autogestionados y autocontrolados.

## **Rehabilitación basada en la comunidad**

En el caso de la rehabilitación basada en la comunidad, como en el del desarrollo comunitario del que hablaremos más tarde, es notoria la importancia del impulso político y técnico de organismos internacionales (concretamente Naciones Unidas). La rehabilitación basada en la comunidad cobra fuerza en los años ochenta a partir de una preocupación centrada prioritariamente en los países en vías de desarrollo, en buena medida por la dificultad económica para implementar en dichos países otros enfoques o metodologías de rehabilitación de uso en países ricos.

Sea como fuere, hay que ubicar y contextualizar la rehabilitación basada en la comunidad en la historia y los movimientos de la atención a la discapacidad y de defensa de los derechos de las personas con discapacidad. Y así, se ha de recordar que ya en la década de los cincuenta del pasado siglo Bank-Mikkelsen, director del Servicio Danés para el Retraso Mental, propone e incorpora a la legislación el principio de normalización, según el cual se considera que lo más beneficioso para las personas con discapacidad es que puedan llevar una existencia tan normal como sea posible. A finales de los años



sesenta el sueco Nirje plantea este principio en términos de hacer accesibles a las personas con discapacidad las pautas y condiciones de la vida cotidiana que sean tan próximas como sea posible a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad. Como tercer hito señalaremos al canadiense Wolfensberger quien señala que la normalización tiene que ver con la utilización de medios culturalmente normativos. Wolfensberger reconceptualizará posteriormente la normalización en términos de valorización del rol social.

Vemos, por tanto, cómo, en el campo de la atención a las personas con discapacidad intelectual (y, en general, a las personas con discapacidad) van planteándose enfoques que tienden al desinternamiento y al desenvolvimiento de las personas con discapacidad en la comunidad, con los apoyos que sean precisos, en el entorno menos restrictivo que sea posible. Los movimientos militantes de personas con discapacidad (en particular de personas con discapacidad física o sensorial), como el denominado *movimiento de vida independiente*, han insistido también en la crítica al internamiento y en el derecho de las personas con discapacidad para vivir en comunidades y entornos verdaderamente accesibles.

En el marco de estas corrientes cabe considerar a la rehabilitación basada en la comunidad, propuesta de origen norteamericano que, como decimos, se ha aplicado principalmente en los países denominados en vías de desarrollo con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud y la UNESCO, instituciones que la entienden como una estrategia de desarrollo comunitario. Si revisamos las propuestas de rehabilitación basada en la comunidad cabe identificar, en general, algunas constantes como las siguientes:

- La referencia al alto coste, la limitada accesibilidad y la incua distribución de las alternativas tradicionales de rehabilitación y la necesidad de complementar dichas alternativas con la rehabilitación basada en la comunidad, particularmente en entornos rurales y urbano-marginales.
- La necesidad de combinar esfuerzos de las personas con discapacidad, las familias, las comunidades y los servicios formales educativos, sociales, laborales y de salud.
- La búsqueda simultánea de sacar el mayor partido de las capacidades de las personas y promover la mayor integración social.
- La utilización combinada de herramientas de planificación participativa, comunicación social, educación y formación y sensibilización y promoción de derechos.

- Un enfoque de rehabilitación basado en los recursos humanos y materiales disponibles en el entorno.

Como decimos, la rehabilitación basada en la comunidad ha sido una estrategia impulsada en gran medida por organismos internacionales y no siempre se ha producido un encuentro fructífero entre las y los técnicos promotores de la rehabilitación basada en la comunidad y los grupos de personas con discapacidad más politizados (con un discurso en torno a conceptos como los de autodeterminación, vida independiente, equiparación de oportunidades o derechos civiles). Estos movimientos en algunos casos incluso han rechazado las aportaciones técnicas en materia de rehabilitación tendiendo a considerar la discapacidad, básicamente, como un problema político.

En cuanto a la gestión del conocimiento en el ámbito de la rehabilitación basada en la comunidad, hemos encontrado algunas sistematizaciones de experiencias y eso nos ha hecho pensar que quizá la sistematización de experiencias pueda ser una forma de gestión del conocimiento especialmente adecuada en el caso de la rehabilitación basada en la comunidad, por el carácter popular y participativo de ambas propuestas. Ahora bien, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de sistematización de experiencias?

Si nos situamos en un contexto español podría decirse que la palabra sistematización se utiliza, en sentido general, para referirse a ordenar, estructurar o formalizar. Sin embargo, aquellas personas que se desenvuelven en el ámbito latinoamericano están más familiarizadas con una utilización más específica y precisa del término sistematización para referirse a una determinada práctica para el acceso a fenómenos o experiencias sociales y la producción o construcción de conocimiento. Quien hace sistematización piensa que se puede aprender de la práctica y que ese conocimiento obtenido ayudará a mejorar esa práctica. Nos planteamos sistematizar cuando entendemos que en una determinada experiencia hay una riqueza oculta no aprovechada en términos de conocimiento útil para el futuro. Junto a esta voluntad de construir un conocimiento que transforme las prácticas sociales, la sistematización suele reclamar para sí una dimensión crítica y un carácter emancipatorio.

Se trata, por cierto, de procesos especialmente atentos a las vivencias y las interpretaciones de quienes participaron o participan en la experiencia a sistematizar. La sistematización, diríamos, reivindica el estatuto epistemológico del saber útil de las personas que están involucradas en la práctica. Subrayaríamos también el carácter

participativo de los procesos de sistematización. Por otra parte y por último, la sistematización tiene siempre una vocación de aprender para compartir, de partir de una experiencia particular para obtener un conocimiento que sea útil en otros contextos. Hay una voluntad de contagio, de multiplicación.

## **Servicios sociales**

Vamos a referirnos, por último, al ámbito de los servicios sociales y comenzaremos diciendo que la presencia de la dimensión del trabajo con la comunidad en el ámbito del trabajo social y los servicios sociales se detecta desde el primer tercio del siglo XX, aunque quepa hablar de un redescubrimiento de la atención comunitaria en el ámbito de los servicios sociales al entrar en crisis el modelo basado casi únicamente en la atención residencial, con la denominada desinstitucionalización vinculada a conceptos como normalización o atención comunitaria (*community care*).

Tradicionalmente se ha considerado el trabajo social comunitario como uno de los tres métodos clásicos de intervención, junto con el individualizado y el grupal. Normalmente, cuando se habla de trabajo social comunitario se hace referencia a un trabajo con la comunidad en el que se busca el bienestar social de la comunidad con la participación activa y directa de esa comunidad, cuyos recursos y capacidades se intenta potenciar sistemáticamente.

Se ha dicho que el trabajo social comunitario tiene como antecedentes las acciones de Organización Comunitaria emprendidas por Robert Owen en Inglaterra y los Estados Unidos o las propuestas de Mary Richmond, pionera del trabajo social, quien, desde un primer momento, subraya la importancia de lo comunitario, aunque, ciertamente, en un sentido bien diferente al de Owen, puesto que la orientación de éste era hacia una comunidad de tipo comunista (aunque no despótica) mientras que el enfoque de Richmond es más bien individualista o personalista. Cabe, en todo caso, recordar, que en la histórica *Charity Organization Society* (C.O.S.) se produjo el debate entre corrientes más partidarias del trabajo de casos y corrientes más orientadas a la organización de la comunidad. Estamos hablando siempre de movimientos y propuestas que tienen lugar a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

En España, las primeras iniciativas de tipo comunitario en el ámbito de la acción social datan de los años sesenta, pudiendo citarse como primer hito el Plan Social Baza

desarrollado por Cáritas. Posteriormente han de mencionarse las experiencias y publicaciones en el ámbito del desarrollo comunitario por parte de Marco Marchioni, que inició uno de los primeros programas en Vélez-Málaga, siendo reseñables también las aportaciones de Ezequiel Ander-Egg. Algunos protagonistas directos de estas experiencias han señalado que, en muchos casos, predominó más la buena voluntad que el estudio de la realidad y la planificación sistemática.

El propio Marchioni señala que, históricamente, la intervención en y con comunidades ha sido patrimonio de una sola profesión social (la de asistente o trabajador social). Asimismo afirma que el trabajo comunitario se ha dividido tradicionalmente en dos ramas: la organización de la comunidad y el desarrollo comunitario. La primera se habría aplicado en situaciones de crecimiento económico y pleno empleo, mientras que la segunda se ha llevado a cabo en zonas y países considerados en vías de desarrollo. Poco a poco ambas líneas se han ido entrelazando (Marchioni, 1999: 10-11).

Como decíamos en el caso de la rehabilitación basada en la comunidad, en el del desarrollo comunitario también cabe hablar de la influencia de Naciones Unidas, en los años sesenta. Efectivamente, en 1965 un grupo de personas expertas procede a una sistematización en la que recoge la siguiente definición: “La expresión Desarrollo de la Comunidad se utiliza para designar el proceso que une los esfuerzos de una población con los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar éstas a la vida de la nación y permitirles así contribuir plenamente al progreso nacional”.

Cabe decir que en las tradiciones evocadas hasta el momento en este apartado (el trabajo social comunitario, la organización de la comunidad y el desarrollo de la comunidad) la comunidad aparece como destinataria de la intervención y no tanto como agente o colaboradora en la intervención con sujetos individuales, subrayado que, como veremos, va a aparecer más tarde en la historia de los servicios sociales.

Y es que, ciertamente, en el ámbito de los servicios sociales, cabe hablar de un cierto redescubrimiento de la comunidad, de la mano, por ejemplo del *Seebom Report* (de 1968, en el Reino Unido) paradigmático en lo relativo al desinternamiento y a la recuperación de la familia y la comunidad como apoyo. El Informe Griffiths, a finales de la década de los ochenta, constituyó otro hito en lo que tiene que ver con la promoción de la atención comunitaria, no exento de debate por ser considerado por parte de algunos

sectores como un aportación funcional a las políticas liberalizadoras de Thatcher. En los últimos años las nuevas tecnologías han venido a reforzar las posibilidades del enfoque comunitario de la mano de programas como los de teleasistencia.

En sistemas de servicios sociales como el británico u otros, en general más desarrollados que el español, podemos decir que la introducción del enfoque comunitario ha ido acompañada de evaluaciones (en ocasiones con fuerte componente económico) que han tendido a comparar la atención residencial y la atención en la comunidad con soportes más o menos formales o informales. Dichas evaluaciones han sido condicionadas también por el debate político entre quienes ven en estas alternativas una forma de desresponsabilizar al sector público de la protección social y quienes las consideran como una forma de reinventar y reforzar la responsabilidad pública en el sector.

También cabe decir que en los sistemas de servicios más avanzados hemos encontrado investigaciones científicas similares a las que mencionábamos para el caso de la salud y por influencia de este campo, aunque en menor cantidad, hablándose de servicios sociales basados en la evidencia ([www.ex.ac.uk/cebss](http://www.ex.ac.uk/cebss)). Una de las líneas de investigación que hemos encontrado aplicada en el ámbito de la intervención social es la del análisis de las redes de apoyo social, del que antes hemos hablado, por ejemplo en el caso de la integración de personas inmigrantes, surgiendo el concepto de cadena migratoria (Martínez García, 2001).

## **Conclusiones**

Finalizamos con una breve recapitulación conclusiva, poniendo de manifiesto que en las trayectorias revisadas encontramos, en ocasiones, desarrollos independientes (aunque muchas veces paralelos) y, otras veces, parentescos entre experiencias y propuestas. También ponemos de manifiesto cómo, en ocasiones, se revela la importancia de determinadas ciencias madre o también de ciencias de segunda generación (habiendo ciencias e investigaciones más básicas o más aplicadas) mientras que, en otros casos, es la intervención o la política la que tira de los avances o progresos, más o menos apoyada en evaluaciones rigurosas.

También observamos cómo, en ocasiones, existen discursos que mitifican o idealizan las redes y los apoyos sociales y comunitarios en un contexto en que no siempre están disponibles en la cantidad y con la calidad deseables. Se echa en falta, en muchas

ocasiones, la perspectiva de género que ponga de manifiesto que, frecuentemente, el apoyo social tiene nombre de mujer. También se hace necesario insistir más en la perspectiva cultural pues la familia y la comunidad tienen significados bien diferentes en los diversos contextos. Familia y comunidad, por otra parte, no son lo mismo.

En todo caso, no cabe duda de que muchos cambios metodológicos en la dirección comunitaria han sido y son fruto de la investigación, la experiencia y la creatividad técnica, en definitiva, de unas u otras formas de gestión del conocimiento, sin las cuales no podrían entenderse muchos de los progresos obtenidos en la promoción y utilización de los apoyos y las redes sociales y comunitarias.

Con todo, el campo de los apoyos y redes sociales y comunitarias adolece todavía de una cierta confusión terminológica y conceptual y persisten serias dificultades para la medición de esos apoyos y la evaluación de esas redes. Se revela, en todo caso, como necesaria una cada vez más sólida e integrada gestión del conocimiento, de los diversos tipos de conocimiento, que nos permita ir conociendo mejor la manera e la que operan el apoyo social y las redes comunitarias. Una gestión del conocimiento que intente unir la relevancia y el rigor (en palabras de Schön). Una gestión del conocimiento que se haga también en red.

## **Bibliografía**

- AGUILAR, M.J. (2004): "Aproximación histórica al desarrollo comunitario en España" (artículo de próxima publicación en libro-homenaje a Demetrio Casado).
- AJUNTAMENT DE BARCELONA y otras (2002): "Las intervenciones comunitarias y el trabajo grupal en el tratamiento de casos. Profundización conceptual" en *Revista de Trabajo Social*, núm. 165, marzo, pp. 6-77.
- ARANDA, C. y otras (2001a): "Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco" en *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, núm. 28(2), pp. 69-74.
- ARANDA, C. y otras (2001b): "Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado en Guadalajara, Jalisco" en *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, núm. 28(3), pp. 169-174.
- ARARTEKO (2000): *Atención comunitaria a las personas con enfermedad mental*. Vitoria.
- ASSMANN, H. (2002): *Placer y ternura en la educación. Hacia una sociedad aprendiente*. Madrid, Narcea.

- BARRÓN, A. (1996): *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI.
- BLANCO ABARCA, A. (1988): "La psicología comunitaria, ¿una nueva utopía para el final del siglo XX?" en MARTÍN GONZÁLEZ, A. y otros: *Psicología comunitaria*. Madrid. Visor.
- CASADO, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid, CCS.
- CASADO, D. y GUILLÉN, E. (2001): *Manual de servicios sociales*. Madrid, CCS.
- ESCOBAR, J.I. (1998): "Apoyo social y redes sociales: impacto sobre la salud física y mental (I, II y III)" en *Avances en Salud Mental*, núm. 1, pp. 4-9; núm. 2, pp. 15-19 y núm. 3, pp. 12-14.
- FANTOVA, F. (1987): "Normalización e integración: valoraciones ideológicas y propuestas de actuación" en EDEJ (Escuela Diocesana de Educadores de Juventud): *I encuentro sobre marginación de Euskadi*, Bilbao.
- FANTOVA, F. (2002): "Intervención social y construcción de redes" en *Documentación Social*, núm. 29, octubre-diciembre, pp. 39-56.
- FANTOVA, F. (2003): "La sistematización como herramienta de gestión" ([www.alboan.org](http://www.alboan.org)).
- FANTOVA, F. (en prensa): *Manual para la gestión de la intervención social. Políticas, organizaciones, sistemas para la acción*. Madrid, CCS.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. y BRAVO, A. (2000): "Estructura y dimensiones de apoyo de la red social de los adolescentes" en *Anuario de Psicología*, vol. 31, núm. 2, pp. 87-105.
- FOLGHERAITER, F. (1994): *Interventi di rete e comunità locale. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*. Trento, Centro Studi Erickson.
- FRANCESCATO, D. (1988): *Fondamenti di psicologia di comunità*. Roma, Nuova Italia Scientifica.
- FUNDACIÓN KALEIDOS.RED (2003): *Equipamientos municipales y de proximidad. Plan estratégico y de participación*. Madrid, Ediciones Trea.
- GARCÉS FERRER, J. (): "Concepto y evaluación del apoyo social en la acción voluntaria" en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, núm. 21, pp. 68-77.
- GÓMEZ BOBASSI, L. y otros (2001): "Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión" en *Psicología Conductual*, vol. 9, núm. 1, pp. 5-38.
- GRACIA, E. (1997): *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, Paidós.
- GRACIA, E. y otros (1995): *El apoyo social*. Barcelona, PPU.
- LAPARRA, M. y AGUILAR, M. (1997): "Intervención social y exclusión" en CÁRITAS: *Políticas sociales contra la exclusión social. Actas del simposio*. Madrid.

- LILLO, N. y ROSELLÓ, E. (2001): *Manual para el trabajo social comunitario*. Madrid, Narcea.
- MALAGÓN, T. (1999): *Fundamentos del trabajo social comunitario*. Sevilla, Aconcagua.
- MARCHIONI, M. (1999): *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Madrid, Editorial Popular.
- MARTÍN POZAS, J.E. (s.f.): "Historia, evolución y futuro de las comunidades terapéuticas" (<http://www.unad.org/documentos/historia.pdf>)
- MARTÍNEZ GARCÍA, M.F. y otros (2001): "Una tipología analítica de las redes de apoyo social en inmigrantes africanos en Andalucía" en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 95, pp. 99-125.
- NAVARRO, S. (2002): "Desde la red social: Nuevos imaginarios y geografías en la intervención familiar" en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, núm. 58, 2º trimestre, pp. 9-31.
- NAVARRO, S. (2004): *Redes sociales y construcción comunitaria. Creando (con)textos para una acción social ecológica*. Madrid, CCS.
- MOREL, J. (2000): "La salud comunitaria: historia, definiciones y metodología" en *Políticas Sociales en Europa*, núm. 8, octubre, pp. 17-27.
- RADTKE, B. (s.f.): "La rehabilitación basada en la comunidad" ([http://www.risolidaria.org.pe/docs/ficheros/200404050015\\_62\\_0.pdf](http://www.risolidaria.org.pe/docs/ficheros/200404050015_62_0.pdf))
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A. (2001): "El papel de los servicios sociales en la atención comunitaria, rehabilitación psicosocial y apoyo social de las personas con enfermedades mentales crónicas. La experiencia del programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica de Madrid" en *Terapia Ocupacional*, núm. 27, pp. 11-19.
- RUEDA, J.D. (2000): "Redes de apoyo y servicios sociales" en DÍAZ MARTÍNEZ, J.A. y SALVADOR PEDRAZA, M.J. (coords.) (2000): *Nuevas perspectivas de los servicios sociales*. Madrid, UNED, pp. 257-314.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1991): *Psicología comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención*. Barcelona, PPU.
- SÁNCHEZ VIDAL, A. (1996): *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención*. Barcelona, EUB.
- SCHÖN, D. (1998): *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona, Paidós.
- SIIS (1995): *Red natural de atención*. Vitoria, Diputación Foral de Álava.
- SIIS (2000): "La atención comunitaria y la red informal" en *Políticas Sociales en Europa*, núm. 7, pp. 111-130.



- SLUZKI, C.E. (1996): *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona, Gedisa.
- SOTELO, H. (2003): “La atención comunitaria: un modelo viable” en *Hilero Eguneratuz*, núm. 33, mayo, pp. 1-3.
- THOMAS, N. (2000): “Perspectiva histórica y metodología de diagnóstico en salud mental comunitaria” en *Políticas Sociales en Europa*, núm. 8, octubre, pp. 47-61.
- THOMAS, N. (2000): “Salud comunitaria” en *Políticas Sociales en Europa*, núm. 8, octubre, pp. 5-10.
- YANGUAS, J.J. y otros (2001): “Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes” ([www.matiáf.net](http://www.matiáf.net)).
- ZUBERO, I. (2002): “Redes de apoyo social como prevención de la exclusión social” en AYUNTAMIENTO DE SANTURTZI: *VII jornadas sobre la exclusión social desde el ámbito de los servicios sociales*, pp. 97-110.

[www.fantova.net](http://www.fantova.net)