

Participación comunitaria, empoderamiento y salud percibida de mujeres en el entorno rural de Sevilla

Nora BAYO BARROSO
Isidro MAYA-JARIEGO
Universidad de Sevilla (España)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue explorar la interrelación entre el sentido psicológico de comunidad, la potenciación psicológica y la participación ciudadana, y los resultados positivos que estos procesos producen en términos de salud. Se incluyeron como variables de organización, potenciadoras de dicha dinámica, la frecuencia de participación en una asociación, el sentido de comunidad respecto a la misma y la participación en una iniciativa de promoción de la salud. La muestra estuvo compuesta por 205 mujeres de entre 17 y 89 años de los municipios de Gerena y Castilblanco de los Arroyos, de la provincia de Sevilla. Los principales resultados de este trabajo indican que los procesos estudiados están intensamente relacionados entre sí, especialmente el sentido de comunidad organizacional y los diferentes tipos de participación. Aunque no se establecen conclusiones acerca de los efectos beneficiosos en salud de estos procesos, se apuntan efectos indirectos a través de diversas variables demográficas.

Palabras clave: sentido de comunidad, participación, empoderamiento, salud percibida, promoción de la salud.

Abstract

The aim of this study was to explore the interplay between sense of community, psychological empowerment and citizen participation, and their impact in terms of health. Complementarily, the engagement in associational life as well as health's promotion activities was taken into account: the frequency of participation in a local association, the identification with that association as well as the participation in an initiative to promote health were evaluated. The sample consisted of 205 women between 17 and 89 years old, from the municipalities of Gerena and Castilblanco de los Arroyos (Seville). The main results of this work indicate that the three processes studied are strongly interrelated. Organizational sense of community is clearly associated to different indicators of participation. Finally, health outcomes were associated to demographic variables, such as age, educational level and occupational status.

Key words: Sense of community; Participation; Empowerment; Perceived health; Health promotion.

La *participación comunitaria* puede adoptar gran variedad de formas, tales como militar en un partido político o sindicato, colaborar con una asociación de voluntariado, implicarse en programas organizados por la administración pública, o trabajar en asociaciones vecinales o religiosas (Coakes & Bishop, 2002). Este concepto ha sido un principio central de la promoción de la salud desde que en 1978 la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) instara a los go-

biernos de todo el mundo a impulsar la Atención Primaria de Salud como motor de desarrollo de los pueblos. Desde entonces, el paradigma de la promoción de la salud se ha desplazado desde intervenciones biomédicas y orientadas a lo conductual hacia políticas con un enfoque de desarrollo comunitario. Esta nueva perspectiva es impulsada por la idea de que sólo a través de la participación de las comunidades en la planificación y ejecución de programas de promoción

Dirección de la primera autora: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Avda. Doctor Fedriani, s/n. 41009 Sevilla.
Correo electrónico: nbayo@us.es

Este trabajo se basa en el Trabajo Fin de Máster de la primera autora en el Máster en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria. El trabajo de campo se realizó en el marco de las prácticas externas en los centros de Servicios Sociales Comunitarios de la Mancomunidad de Municipios Cornisa Sierra Norte en Castilblanco de los Arroyos y Gerena, bajo la supervisión del psicólogo Ruperto Piñero Cabanillas. María Isabel Rivero Vázquez participó en el trabajo de encuesta en el que se basa el presente estudio, colaborando en diferentes fases del proceso de investigación.

Recibido: febrero de 2014. *Aceptado:* abril de 2014.

de la salud dichos programas pueden tener algún impacto (Campbell & Jovchelovitch, 2000). Una razón para ello es que es mucho más probable que la gente cambie su comportamiento si ven que personas de confianza cambian los suyos (Dube & Wilson, 1996; Campbell & Jovchelovitch, 2000).

Pero tal vez la razón más importante es que la cohesión social y las redes locales fuertes, productos de la participación comunitaria, benefician la salud en una variedad de formas indirectas (Dixley, 2013). De hecho el apoyo social es uno de los principales determinantes de la salud reconocidos por la Organización Mundial de la Salud (Marmot & Wilkinson, 1999). Este es el motivo por el que los promotores de salud se han ido implicando cada vez más en programas generales de fortalecimiento comunitario, cuyo objetivo es crear “comunidades que permitan la salud” caracterizadas por la confianza, el apoyo mutuo y altos niveles de implicación en proyectos comunitarios locales (Campbell & Jovchelovitch, 2000). Estos rasgos definen el grado de cohesión comunitaria de una comunidad, lo que Putnam (1993) llamó *capital social*. Se considera que éste es importante para la promoción de la salud porque los residentes de las comunidades con altos niveles de capital social tienden a tener altos niveles de control percibido sobre sus vidas cotidianas, y por tanto, son más proclives a tomar el control de su salud, desarrollando más recursos para amortiguar los efectos nocivos del estrés y adoptando más comportamientos saludables (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Speer, Peterson, Armstead & Allen, 2012).

Estas ideas de control sobre la propia vida nos remiten a otro concepto clave en promoción de la salud: la *potenciación* o *empoderamiento* (*empowerment*). Este constructo, conceptualizado inicialmente por Rappaport (1981) y recogido en cierta forma en la Carta de Ottawa sobre promoción de la salud (OMS, 1986), ha suscitado un gran desarrollo teórico y práctico en la psicología comunitaria. De una forma sencilla, podríamos decir que la potenciación es “*el mecanismo a través del cual los individuos, las organizaciones y las comunidades adquieren un mayor control sobre sus vidas y las cuestiones que les conciernen*” (Christens, Peterson & Speer, 2011). No obstante, existen multitud de definiciones, en las que suelen aparecer elementos como la participación, el control, el fortalecimiento de capacidades, la identidad social, la concienciación, etc. (Maya-Jariego, 2004), y que incluyen tanto componentes de proceso como de resultados. Una de las definiciones recientes más completas en este sentido, es la de Maton (2008), que lo describe como “*un proceso de desarrollo grupal participativo, a través del cual personas y grupos marginados u oprimidos obtienen un mayor control sobre sus vidas y entorno, adquieren valiosos recursos y derechos básicos, y logran importantes objetivos de vida y la reducción de la marginación social*” (op. cit. pág. 5).

Zimmerman (2000) desarrolló una de las teorías más utilizadas de potenciación, que distingue tres niveles de

análisis: individual, organizacional y comunitario. En el nivel individual, aunque con relaciones de reciprocidad con los procesos y resultados de otros niveles, es donde Zimmerman (1995) sitúa el *empoderamiento psicológico*, para el que propone una “red nomológica” de tres componentes: intrapersonal o emocional, interaccional o cognitivo y conductual. Para los propósitos de este trabajo, sólo nos detendremos en el primero. El componente intrapersonal ha sido descrito como la manera en que las personas piensan sobre sí mismas y su capacidad para intervenir con éxito en el mundo, e incluye conceptos tales como percepción de control, autoeficacia y competencia percibida. La mayoría de los estudios de potenciación psicológica se han centrado en este componente, a menudo evaluado con diferentes versiones de la Escala de Control Sociopolítico (Peterson *et al.*, 2006; Zimmerman & Zahniser, 1991), las cuales han sido validadas en varios contextos (Christens, 2012).

Son muchos los estudios que han identificado asociaciones positivas entre la participación comunitaria y el componente intrapersonal de la potenciación psicológica (Peterson & Hughey, 2004; Peterson, Lowe, Aquilino & Schneider, 2005; Speer, 2000). Si bien algunos estudios sugieren que la potenciación precede a la participación o que la relación entre ambos es recíproca (Speer & Hughey, 1995), la mayoría de los estudios postulan que la participación en grupos y actividades de la comunidad precede a la potenciación (Christens, Peterson & Speer, 2011; Itzhaky & York, 2000a; Rappaport, 1987). Resultados recientes de estudios longitudinales confirman que los procesos intrapersonales de potenciación tienden a desarrollarse a medida que los individuos se socializan a través de su participación en entornos comunitarios potenciadores (Christens, Peterson & Speer, 2011). En particular, el empoderamiento intrapersonal se ha relacionado con diversos aspectos de la participación en organizaciones de base comunitaria, como la pertenencia a la organización y la frecuencia de participación en la misma, así como la realización de actividades como escribir cartas o asistir a reuniones para influir en políticas locales (Peterson *et al.*, 2005; Zimmerman, 1995). Por tanto, la potenciación es más un proceso social que tiene lugar en la comunidad y en contextos organizativos (teoría de la socialización) que una característica de los individuos o un precursor para la acción (teoría de la selectividad) (Christens, Peterson & Speer, 2011).

La potenciación se ha promovido como una teoría principal para la educación para la salud basada en la comunidad (Christens, Peterson & Speer, 2011). De hecho, según la revisión realizada por Peterson y Hughey (2004), los educadores de la salud a menudo consideran la potenciación como un objetivo fundamental de la intervención, tratándola como una variable mediadora entre la aplicación de los programas y el logro de los resultados de salud. Los aumentos en la potenciación probablemente ocurran como resultado de la participación comunitaria, por lo que dichos

programas no deben dirigirse directamente a la potenciación como resultado, sino que han de tratar de aumentar la participación mediante intervenciones con un enfoque de potenciación (Christens, Peterson & Speer, 2011; Peterson & Hughey, 2004).

Hay que tener en cuenta que este proceso puede desarrollarse de manera diferente según las interacciones complejas que se den entre las características individuales, las variables contextuales y las especificidades de la comunidad (Christens, 2012). Esto hace que sea necesario que los profesionales implicados en promover la potenciación adopten una perspectiva ecológica que reconozca que estos procesos comunitarios pueden ser complicados y multifacéticos, y que pueden manifestarse de manera diferente en los subgrupos de una población, como las mujeres y los hombres (Itzhaky & York, 2000b; Zimmerman, 1995).

Entre las variables de contexto más influyentes en el empoderamiento psicológico se encuentran las variables organizativas (Wilke & Speer, 2011). McMillan *et al.* (1995), por ejemplo, concluyeron que existe una fuerte asociación entre la potenciación psicológica y percibirse incluido y centrado en un esfuerzo de grupo con el que uno se identifica y al que se compromete. Existe una línea de investigación en psicología comunitaria que examina cuáles son esos factores de la organización específicos que fomentan la potenciación. Maton y Salem (1995), por su parte, identificaron el liderazgo compartido, las fuertes estructuras de oportunidad de rol, el apoyo social entre los pares y los sistemas de creencias del grupo como características generadoras de potenciación intrapersonal. Otros estudios se han centrado en la influencia de la percepción y las actitudes respecto a la organización en la participación y el empoderamiento (Zimmerman, 1995). Hughey, Speer y Peterson (1999) y Hughey, Peterson, Lowe y Oprescu (2008) estudiaron la función mediadora de las organizaciones comunitarias en el sentido de comunidad, con el objetivo de dar cabida tanto a los procesos de conexión interna organizativa como a aquellos que permiten a las personas adherirse a algo más grande que su propia organización. Para ello utilizaron una escala que mide el Sentido de Comunidad de las Organizaciones Comunitarias (COSOC), cuyas puntuaciones identificaron como una característica potenciadora organizacional distintiva.

Efectivamente el *sentido de comunidad* puede ser un fenómeno clave para el desarrollo de la potenciación psicológica, al menos en contextos comunitarios participativos (Speer, 2000). Este concepto ha sido muy importante en la psicología comunitaria, y por ello, ampliamente estudiado. McMillan y Chavis (1986) definieron el sentido de comunidad como “la sensación que los miembros tienen de pertenencia, la sensación de que los miembros se preocupan unos por otros y del grupo, y una fe compartida en que las necesidades de los miembros se cubrirán a través de su compromiso de estar juntos” (op. cit. pág. 9), y en él distinguieron cuatro dimensiones: pertenencia, influencia, satisfacción

de necesidades y conexión emocional compartida. Al igual que la potenciación psicológica, el sentido de comunidad se ha estudiado como una construcción específica del contexto, con diferentes manifestaciones según la población y el entorno donde se utilice como referente: bloques residenciales, barrios, lugares de trabajo, organizaciones comunitarias, etc. (Hughey, Speer & Peterson, 1999; Long & Perkins, 2007).

El sentido psicológico de comunidad ha demostrado empíricamente estar vinculado con la participación comunitaria en múltiples niveles de análisis (Campbell & Jovchelovitch, 2000; Manzo & Perkins, 2006; McMillan, Florin, Stevenson, Kerman & Mitchell, 1995). Muchos estudios apuntan a que el sentido de comunidad es un predictor de la participación (Maya-Jariego, 2004), aunque también hay evidencias de que la participación en organizaciones comunitarias, tanto a nivel individual como comunitario, predicen un mayor sentido de comunidad (Hughey, Speer & Peterson, 1999). Este fenómeno ocurre incluso de forma vicaria respecto a la implicación del entorno, la cual hace que aquellos que no participan también se muestren vinculados a la comunidad (Maya-Jariego, 2004).

Según Maya-Jariego (2004), “*la práctica de intervención pone de manifiesto que el sentido psicológico de comunidad, la participación ciudadana y la potenciación psicológica funcionan como procesos entrelazados, cuando se genera una dinámica de cambio social. Más concretamente: existe interdependencia y una potenciación mutua entre estos tres procesos*” (op. cit. pág. 206). Esta dinámica de relaciones se podría secuenciar así: el sentido de comunidad, junto a cierto sentido de implicación con el entorno, es un punto de partida para que un hecho externo provoque un proceso de participación. A continuación, éste se ve facilitado por la presencia de organizaciones comunitarias y por la potenciación psicológica que se genera en el proceso (Maya-Jariego, 2004). Entre los hechos externos que pueden impulsar dicho proceso están los programas preventivos basados en la comunidad, ya que requieren de la colaboración de profesionales y residentes comunitarios para el desarrollo de las actividades (Janzen, 2010).

Los tres constructos, sentido de comunidad, participación comunitaria y potenciación psicológica, se han asociado en la literatura con mayores niveles de salud y bienestar. Chipuer y Pretty (1999) por ejemplo, encontraron que puntuaciones elevadas de sentido de comunidad se relacionaron con una mayor competencia social, escolar y de afrontamiento, así como una mayor satisfacción con la vida. Campbell y Jovchelovitch (2000) y Maya-Jariego (2004) hacen referencia a una serie de habilidades, identificadas en la literatura, que se generan como consecuencia de la colaboración prolongada con acciones comunitarias, a las que se ha denominado como “competencia participativa”, “competencia comunitaria” o “eficacia colectiva”, características que contribuyen a mejorar la salud de los miembros de la comunidad.

Uno de los indicadores que mejor puede captar los beneficios en salud que reporta la acción comunitaria, es el *estado de salud percibido*. Se trata de una medida muy sencilla, ampliamente utilizada, que se mide con una sola pregunta que se le hace a la persona encuestada para proporcionar una evaluación general de la salud. Hoy en día, ésta y otras medidas resumidas de salud y calidad de vida se usan de forma generalizada en los entornos sanitarios (Undén & Elofsson, 2001). Ello se debe a que otros indicadores tradicionales, como la mortalidad, la morbilidad, el uso de servicios, etc., necesitan ser complementados con la percepción del individuo para tener en cuenta las interacciones complejas que se producen entre las condiciones físicas, emocionales y sociales que, como se sabe, son importantes en la etiología de la enfermedad (Hunt *et al.*, 1980). De hecho, la percepción de la salud es un poderoso predictor independiente de la mortalidad y la morbilidad, con una notable coherencia en todos los estudios, y se corresponde en proporciones considerables con el diagnóstico médico (Hunt *et al.*, 1980; Undén & Elofsson, 2001).

La medida global del estado de salud manifiesta problemas de salud física y de capacidad funcional, pero también de bienestar mental y social. En el estudio realizado por Undén y Elofsson (2001) por ejemplo, las personas con estado de salud calificado por un médico como “desfavorable”, pero con “buena” salud percibida, en muchos casos mostraron un mayor bienestar que las personas con salud “favorable” y “pobre” autopercepción de la salud. No obstante, bienestar mental y social y salud física están muy vinculados, especialmente en las mujeres, ya que ellas expresan los problemas sociales y mentales como somáticos o condiciones psicósomáticas en mayor medida que los hombres (Undén & Elofsson, 2001).

Existen multitud de estudios sobre los predictores del estado de salud percibida, muchos de ellos relacionados con determinadas enfermedades crónicas. Entre los factores analizados se encuentran algunos relacionadas con el capital social, como el apoyo social o la participación social. Pero hasta la fecha, este indicador no se ha utilizado para evaluar los resultados en salud de la dinámica que se genera en la acción comunitaria entre sentido de comunidad, participación comunitaria y potenciación psicológica. Por ello, en esta investigación nos planteamos explorar la relación que tiene lugar entre estos procesos, y comprobar si produce resultados en salud que puedan reflejarse directamente en una medida sencilla como es el estado de salud percibida. Como elementos potenciadores de dicha dinámica, se analiza también el efecto de algunos factores organizativos, tales como la pertenencia a una organización comunitaria y la frecuencia de participación en la misma, el sentido de comunidad en la organización comunitaria y la participación en una iniciativa de promoción de la salud. Estos propósitos se concretan en los siguientes objetivos:

- Explorar si, tal como dice la literatura científica, existe relación entre sentido psicológico de comunidad, potenciación psicológica y participación (distinguiendo entre participación ciudadana y participación en la organización comunitaria de pertenencia). Asimismo, se espera que el sentido de comunidad en la organización comunitaria también esté relacionado con dichos procesos.
- Comparar el nivel de dichas variables entre participantes y no participantes en una actividad de promoción de la salud.
- Comprobar si los resultados en salud que teóricamente producen dichos procesos puede reflejarse en la salud auto-percibida.

Método

Participantes

Las personas participantes en el estudio fueron 205 mujeres de los municipios de Gerena (11,2%) y Castilblanco de los Arroyos (88,8%), situados en la zona norte de la provincia de Sevilla. La selección se realizó por medio de una combinación de muestreo “intencional o de conveniencia” y de “bola de nieve”, siguiendo como criterios de inclusión que fueran residentes en uno de los dos municipios citados, y participantes (n=78) o no (n=127) de un programa comunitario de promoción de la salud denominado “*Por un millón de pasos*” (PUMDP), desarrollado en ambas localidades entre los meses de marzo y junio de 2013. Este programa se lleva a cabo en más de 200 municipios de toda Andalucía desde 2008, con el objetivo de promover la salud mediante la participación en forma de caminatas conjuntas, para lo cual, se fomenta la implicación de asociaciones, organizaciones e instituciones del municipio, especialmente aquellas más relacionadas con la salud. El 80% de las personas participantes en el programa fueron mujeres. Efectivamente las mujeres parecen estar más dispuestas a colaborar en iniciativas populares y de voluntariado (Peterson & Hughey, 2004; Peterson *et al.*, 2005), y utilizan mecanismos diferentes de participación que los varones para lograr su empoderamiento en la comunidad (Itzhaky & York, 2000b). Por estas razones, y con el objetivo de reducir la variabilidad de los datos, en nuestro estudio sólo se han incluido participantes del sexo femenino.

Las edades de las encuestadas oscilaron entre los 17 y los 89 años ($M = 47.67$; $DT = 14.17$). El 35.2% no había completado los estudios primarios, el 23% alcanzaba el nivel de educación básica, y el resto, 41.8%, tenía estudios secundarios o superiores. Sólo trabajaba el 49.6% de la muestra, y más de la mitad (55.4%) pertenecía a alguna asociación, aunque el 50.3% no había participado en la misma, o sólo lo había hecho una vez, en los últimos tres meses (tabla 1).

Tabla 1. Características de la muestra de mujeres (N=205).

<i>Variables y valores</i>	<i>N</i>	<i>% *</i>
Edad		
17-35 años	51	26.2
36-55 años	88	45.1
56-75 años	51	26.2
76-89 años	5	2.6
Datos perdidos	10	
Nivel de estudios		
Estudios básicos sin completar	67	35.2
Educación básica completa	44	23.0
Secundaria no obligatoria	43	22.5
Estudios universitarios	37	19.3
Datos perdidos	14	
Situación profesional		
Ocupada	109	49.6
Ama de casa	32	16.7
Desempleada	45	23.4
Jubilada	20	10.4
Datos perdidos	13	
Participación en PUMDP		
Sí	78	38.0
No	127	62.0
Datos perdidos	0	
Pertenencia a alguna/s asociación/es		
Sí	113	55.4
No	91	44.6
Datos perdidos	1	
Frecuencia de participación en los últimos 3 meses		
Nunca o una vez	76	50.3
De 2 a 4 veces	21	13.9
De 5 a 7 veces	7	4.6
Más de 7 veces	47	31.1
Datos perdidos	54	

* Porcentajes calculados tras eliminar los casos perdidos.

Instrumentos de medida y materiales

Se diseñó un cuestionario que contenía escalas y preguntas para evaluar las siguientes variables:

Sentido Psicológico de Comunidad

Para este estudio hemos adaptado a nuestro contexto la traducción realizada por Maya-Jariego (2004) de la escala elaborada por McMillan y Chavis (1986), que se compone de 12 ítems que en nuestro contexto se han evaluado del 1 al 4 según el grado de acuerdo (1= Nada de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= De acuerdo y 4= Muy de acuerdo), tanto con población española como con inmigrantes internacionales (Maya-Jariego & Armitage, 2007; Domínguez &

Maya-Jariego, 2008). En nuestra muestra, este instrumento obtuvo una media de 2.81 ($DT=0.93$) con $\alpha=.70$, en línea con la revisión realizada por Chipuer & Pretty (1999), donde se identificaron fiabilidades que oscilaron entre .64 y .69. Según sus autores, este instrumento mide cuatro dimensiones: pertenencia, influencia, satisfacción de necesidades y conexión emocional compartida. Sin embargo, el análisis factorial realizado para nuestro trabajo ($KMO=0.704$; $\chi^2=507.381$, $p<0.000$) reveló una estructura diferente, compuesta por cuatro factores que explicaron el 58.9% de la varianza, y que podríamos denominar así: *apego al lugar* (ítems 12, 10, 5 y 1), *vinculación* (ítems 11, 3, 9, y 2), *conocimiento mutuo* (ítems 6 y 4) e *influencia* (ítems 7 y 8).

Sentido de Comunidad en Organizaciones Comunitarias

Se aplicó la versión revisada de Peterson *et al.* (2008) de la Escala de Sentido de Comunidad en Organizaciones Comunitarias (COSOC), original de Hughey, Speer y Peterson (1999). El instrumento consta de 8 ítems mediante los cuales los entrevistados deben puntuar de 1 a 6 su grado de acuerdo en una escala tipo Likert. En nuestro estudio, esta escala obtuvo una media de 3.97 ($DT=2.37$ y $\alpha=.86$). Este alfa es similar a las obtenidas en el estudio original, que oscilaron entre .82 y .87. La herramienta mide las siguientes dimensiones: relación con la organización, organización como entidad mediadora, influencia de la organización y vínculos con la comunidad. En cambio, el análisis factorial realizado para este trabajo ($KMO=0.767$; $\chi^2=604.956$, $p<0.000$) sólo encontró dos factores que explicaron el 70.43% de la varianza, que hemos designado como *vinculación con la organización* (ítems del 1 al 6) y *vinculación con la comunidad* (ítems 7 y 8).

Participación ciudadana

Se ha evaluado con una parte de la escala propuesta por Foster-Fishman, Pierce y Van Egeren (2009) para medir el nivel de implicación de los encuestados en actividades de cambio comunitario. Esta herramienta consta de 6 ítems que se puntúan con 5 opciones de respuesta, según la frecuencia de realización de una serie de actividades (p.e. "Ha trabajado en un proyecto de mejora del municipio") en los últimos doce meses: nunca, una vez, de 2 a 4 veces, de 5 a 7 veces y más de 7 veces. La media obtenida con este instrumento fue de 2.09 ($DT=1.83$ y $\alpha=0.85$). Este alfa está por encima de la obtenida en el estudio original (0.80). Al igual que en éste, en el análisis factorial ($KMO=0.863$; $\chi^2=472.089$, $p<0.000$) sólo se identificó una dimensión.

Potenciación psicológica

Se ha traducido y aplicado la versión revisada que hacen Peterson *et al.* (2006) de la Escala de Control Sociopolítico de Zimmerman y Zahniser (1991), de la cual, se seleccionó la subescala de 8 ítems que evalúa las competencias de liderazgo. La razón de aplicar sólo esta parte de la escala

fue que no se vio adecuado utilizar la subescala de control sociopolítico en un entorno rural como éste. El nivel de acuerdo con las afirmaciones presentadas se puntúa en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo. Esta herramienta obtuvo una media de 2.9 en nuestro estudio ($DT=1.57$; $\alpha=0.87$). El alfa obtenido fue superior al de la citada versión de este instrumento (0.78). Si bien los autores han contemplado esta subescala como la medida de una sola dimensión, en nuestro trabajo se identificaron dos factores ($KMO=0.863$; $X^2=831.130$, $p < 0.000$) que explicaron el 68.87% de la varianza. El primero comprende los ítems 1, 2 y 3, y el segundo del 4 al 8. No obstante, creemos que la razón de ello es que todos los ítems del primer factor contienen la palabra “líder” o “liderazgo”, la cual suscitaba connotaciones negativas en nuestro contexto, por lo que muchas encuestadas solían puntuar poco en ellos aunque puntuaran alto en los demás.

Estado de salud percibida

En el cuestionario utilizado se incluyó una pregunta sobre salud percibida procedente de la Encuesta Nacional de Salud 2012 (INE, 2012): “En los últimos 12 meses ¿cómo diría que ha sido su estado de salud? Muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo”.

Procedimiento

Se pidió a los sujetos que colaboraran con una investigación sobre participación ciudadana y vinculación con el municipio, indicando la voluntariedad de la participación en el mismo, el tratamiento anónimo de sus respuestas y la duración aproximada de cumplimentación del cuestionario (unos 10 minutos). La aplicación del instrumento la realizaron dos estudiantes de postgrado en psicología de la intervención social y comunitaria, accediendo a mujeres en la calle, en sus comercios o a través de conocidas de las asociaciones implicadas en el programa PUMDP. Debido a que parte de la muestra estaba constituida por residentes en urbanizaciones de difícil acceso, en algunos casos se contó con la colaboración de representantes de diferentes asociaciones de vecinos, que se encargaron personalmente de encuestar a sus vecinas. En tres ocasiones, el cuestionario se

cumplimentó on-line. Las entrevistas realizadas obtuvieron indicadores de fiabilidad equivalentes en las submuestras de cada una de las entrevistadoras.

Resultados

Análisis de correlaciones

Como primer paso, se exponen en la tabla 2 los datos de tamaño de la muestra, medias, desviaciones típicas y correlaciones para los procesos estudiados.

Como puede observarse, todas las variables estudiadas están relacionadas entre sí, excepto sentido de comunidad y potenciación. Todas las asociaciones fueron significativas con un nivel de significación inferior a 0.01, excepto sentido de comunidad y frecuencia de participación, y potenciación psicológica y COSOC, que lo fueron con un nivel inferior a 0.05. De entre el conjunto destaca la asociación de la frecuencia de participación en la organización comunitaria en los últimos 3 meses (en adelante, *participación comunitaria*) con la participación ciudadana ($r=0.559$), y con COSOC ($r=0.400$).

Contraste de medias en dos grupos

Se realizó un contraste de medias para comparar las puntuaciones obtenidas de las variables estudiadas entre los participantes y no participantes del programa PUMDP. Para las variables sentido de comunidad, potenciación y COSOC se utilizó la prueba paramétrica *t de Student*. Para las variables participación ciudadana y participación comunitaria, que no cumplieron el requisito de distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney* (tabla 3).

Los resultados de ambas pruebas muestran que hay diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en sentido de comunidad ($t=2.147$, $p < 0.05$), participación ciudadana ($Z=-2.167$, $p < 0.05$) y participación comunitaria ($Z=-2.795$, $p < 0.05$), y que las tres variables presentan puntuaciones superiores en las participantes ($M=2.88$, 2.33 y 3.25 respectivamente) en comparación con las no participantes (figura 1).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y correlaciones de los procesos estudiados.

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
1. <i>Sentido de comunidad</i>	205	2.8	0.47	-				
2. <i>Potenciación psicológica</i>	202	2.9	0.90	0.70	-			
3. <i>Participación ciudadana</i>	204	2.1	1.02	0.285**	0.304**	-		
4. <i>Frecuencia de participación</i>	151	2.8	1.68	0.207*	0.246**	0.559**	-	
5. <i>COSOC</i>	149	4	1.12	0.357**	0.163*	0.282**	0.400**	-

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Tabla 3. Comparación de participantes y no participantes en el programa PUMDP en los procesos comunitarios. Pruebas t de Student y U de Mann-Whitney.

	<i>t</i>	<i>Gl</i>	<i>p</i>
Sentido de comunidad	2.147	203	0.033*
Potenciación	0.67	200	0.946
COSOC	1.080	147	0.282
	<i>Z</i>		<i>p</i>
Participación ciudadana	-2.167		0.009*
Participación comunitaria	-2.795		0.005*

**p* < 0.05

Análisis de conglomerados o clusters

Para explorar la relación de los procesos comunitarios con el estado de salud percibida se optó por realizar un análisis de conglomerados o clusters. Previamente se descartó el desarrollo de un modelo de regresión lineal, por no cumplirse algunos de sus supuestos.

Se realizó un análisis no jerárquico, utilizando el método de K medias, en el que se incluyeron los procesos comunitarios sentido de comunidad, potenciación psicológica y participación ciudadana, junto al estado de salud percibida. De la prueba ANOVA resultante del análisis se infiere que todas estas variables resultaron útiles para la formación de los conglomerados, ya que todas las diferencias según las variables criterio resultaron ser estadísticamente significativas. Previamente se tipificaron las mismas para evitar que las diferencias de métrica causaran dificultades de interpretación.

Tras un proceso de 9 iteraciones, se identificaron 5 conglomerados (tabla 4 y figura 2). El primero incluye 24 casos (13% de la muestra), y se caracteriza por presentar altos niveles de los tres procesos pero bajo nivel de salud. El segundo comprende 32 sujetos (17%), y muestra niveles bajos en todas las variables. El tercero está formado por 55 casos (29%), que muestran un sentido de comunidad medio y puntuaciones bajas en el resto de variables. El cuarto lo componen 25 sujetos (13%) que ostentan un nivel alto en todas las variables, especialmente en participación ciudadana. Por último, el quinto conglomerado contiene 54 casos (28%) que presentan niveles altos de potencia-

Tabla 4. Conglomerados y centros finales de las variables estudiadas.

Variables	Conglomerado				
	1 (n=24)	2 (n=32)	3 (n=55)	4 (n=25)	5 (n=54)
Sentido de comunidad	0,77368	-1,42110	0,37258	0,47677	-0,02926
Participación ciudadana	0,64758	-0,54609	-0,49444	1,88737	-0,26968
Potenciación	0,73837	-0,08331	-1,00559	0,38871	0,65091
Estado de salud	-1,04782	-0,60591	-0,27328	0,64203	0,76563

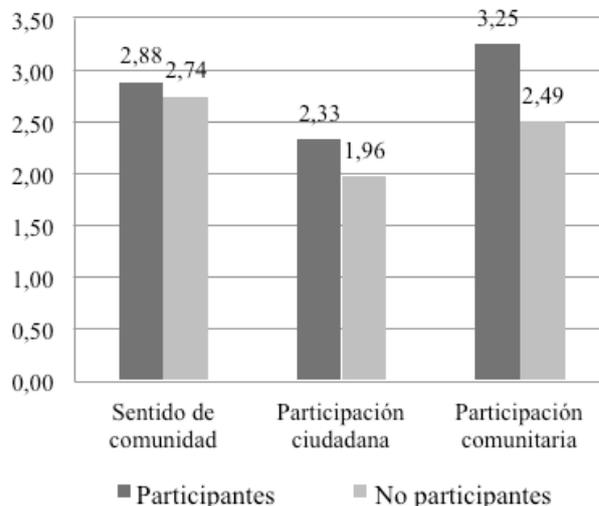


Figura 1. Medias de participación comunitaria, participación ciudadana y sentido de comunidad en participantes y no participantes en el programa PUMDP.

ción y salud percibida y bajos de sentido de comunidad y participación.

Posteriormente, se realizaron pruebas de contraste estadístico para explorar si existen diferencias entre los distintos conglomerados en las variables demográficas edad, nivel de estudios y situación profesional, ya que son algunos de los determinantes más importantes del estado de salud percibida (Marmot & Wilkinson, 1999). Las tres variables resultaron arrojar diferencias estadísticamente significativas entre los conglomerados (tabla 5). En la tabla 6 se presentan los estadísticos descriptivos de estas variables.

Los análisis post-hoc entre grupos respecto a la edad, revelaron que las diferencias estadísticamente significativas (*F* = 9.67833; *p* < 0.05) se encontraron entre los conglomerados 1 (*M* = 52.46) y 5 (*M* = 42.78). Respecto al nivel de estudios, los residuos tipificados corregidos indicaron que la frecuencia de estudios básicos sin completar fue mayor a la esperada en el conglomerado 3 (2.6) y menor en el conglomerado 5 (-2.6), donde fue mayor la frecuencia de estudios universitarios (3.0). En relación a la situación profesional, el conglomerado 1 presentó una frecuencia superior a la esperada de jubiladas (3.2) e inferior en las ocupadas (-2.9), mientras que en el grupo 4 fue mayor la frecuencia de ocupadas (2.1) y menor la de desempleadas (-2.0).

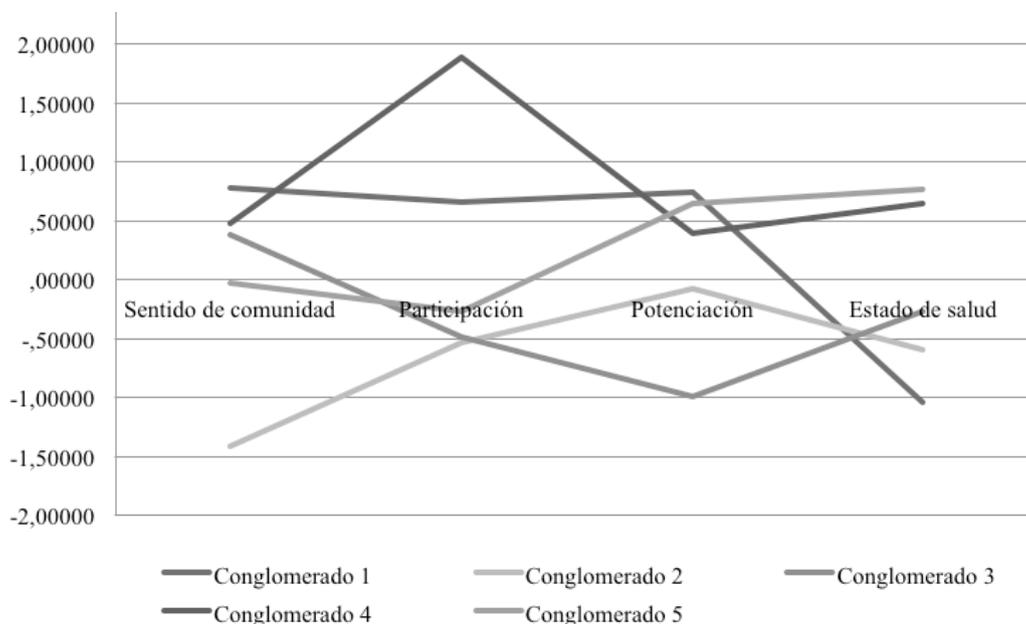


Figura 2. Centroides finales de los conglomerados.

Tabla 5. Pruebas de contraste estadístico entre conglomerados respecto a edad, nivel de estudios y situación profesional.

	Prueba de contraste	Valor	gl	Signif. Asint.
Edad	ANOVA	2.513	4	0.043*
Nivel de estudios	Chi-cuadrado	22.082	12	0.037*
Situación profesional	Chi-cuadrado	22.362 ^a	12	0.034*

a. Cinco casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,49.

* p < 0.05

La caracterización de los conglomerados según los niveles de los procesos comunitarios estudiados y el estado de salud percibida, junto a estos datos demográficos, nos permiten describir los siguientes perfiles:

Perfil positivo con baja salud: son mujeres con altos niveles de sentido de comunidad, participación ciudadana y potenciación, pero tienen una baja salud percibida. En este grupo se encuentran las mujeres más mayores, predominando las jubiladas frente a las ocupadas.

Perfil negativo: lo forman mujeres con bajas puntuaciones en los tres procesos comunitarios, especialmente en sentido de comunidad, y que además tienen una mala percepción de su salud.

Perfil negativo con sentido de comunidad medio-alto: caracterizado por presentar un bajo nivel de potenciación y participación ciudadana, así como de estado de salud percibida, pero muestra un nivel medio-alto de sentido de comunidad. En este grupo predominan las mujeres con estudios básicos sin terminar.

Perfil positivo: lo constituye mujeres con una buena salud percibida y niveles altos en los tres procesos comunitarios, especialmente en participación ciudadana. En este grupo resalta el número de mujeres ocupadas en comparación con las desempleadas.

Perfil paradójico: son mujeres con un buen estado de salud percibida y alta potenciación, pero con niveles medio-bajos de participación ciudadana y sentido de comunidad. En este grupo se encuentran sobre todo mujeres jóvenes, destacando la proporción de las que tienen estudios universitarios respecto a las que no han completado los estudios básicos.

Discusión

El propósito de nuestro trabajo fue explorar la relación entre los procesos comunitarios sentido de comunidad respecto al municipio y la organización, participación comunitaria y ciudadana y potenciación psicológica, y sus resultados en la salud auto-percibida.

Los resultados muestran que, tal como preveíamos, la participación ciudadana y comunitaria, el sentido de comunidad en la organización y respecto al municipio, y

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de los conglomerados según la edad, el nivel de estudios y la situación profesional.

	Conglomerados									
	1		2		3		4		5	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Edad	52.46*	14.07	42.71	14.5	47.24	15.54	44.08	9.68	42.78*	13.91
	<i>n</i>	%**	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Nivel de estudios										
Estudios básicos sin completar	12	52.2	11	35.5	27*	50	5	20.8	11*	21.2
Educación básica completa	6	26.1	8	25.8	10	18.5	6	25	12	23.1
Secundaria no obligatoria	4	17.4	8	25.8	11	20.4	6	25	12	23.1
Estudios universitarios	1	4.3	4	12.9	6	11.1	7	29.2	17*	32.7
Datos perdidos	1		1		1		1		2	
Situación profesional										
Ocupada	5*	20.8	13	43.3	24	45.3	17*	68	29	56.9
Ama de casa	6	25	6	20	8	15.1	5	20	7	13.7
Desempleada	6	25	9	30	16	30.2	2*	8	11	21.6
Jubilada	7*	29.2	2	6.7	5	9.4	1	4	4	7.8
Datos perdidos	0		2		2		0		3	

**p* < 0.05

** Porcentajes calculados tras eliminar los casos perdidos.

la potenciación psicológica son procesos estrechamente relacionados entre sí. Hay una excepción que señalar respecto a este conjunto de efectos interactivos, y es que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre sentido de comunidad respecto al municipio y potenciación psicológica. Al mismo tiempo, las correlaciones más intensas de esta última variable tuvieron lugar con ambos tipos de participación. Estos datos confirman los resultados hallados por McMillan *et al.* (1995), quienes dedujeron que hay relaciones muy fuertes entre las variables psicológicas del empoderamiento y la participación, más allá de cualquier contribución de las variables comunitarias. Sin embargo, esto no quiere decir que las variables comunitarias no sean importantes para la potenciación, sino más bien que éstas pueden desempeñar un importante papel catalizador de la participación, según Chavis y Wandermman (1990). No obstante, el diseño de nuestra investigación no permitió demostrar este tipo de efecto.

Por otra parte, se encontraron intensas correlaciones del sentido de comunidad en la organización con los dos tipos de participación (ciudadana y comunitaria), y algo más débiles con la potenciación. Estos hallazgos son consistentes con los obtenidos por Hughey *et al.* (2008), quienes además consideraron que el sentido de comunidad en la organización puede ser una característica organizacional distintiva de la potenciación y, por tanto, un importante impulsor de la misma. Falta por demostrar, sin embargo, si el efecto de esta característica de percepción organizacional puede ser

tan potente como las estudiadas por McMillan *et al.* (1995) (satisfacción, compromiso, enfoque de tareas e implicación), que mostraron un efecto sobre el empoderamiento superior a la participación.

Pero no sólo el sentido de comunidad organizacional se asocia con la participación, también el sentido de comunidad respecto al municipio es un motor para la acción (Manzo & Perkins, 2006; McMillan *et al.*, 1995). Al igual que Long y Perkins (2007), en el análisis factorial de la escala de Sentido de Comunidad hemos identificado un factor que en la literatura se ha denominado “apego al lugar”, y que se ha definido en términos de vínculos afectivos o lazos emocionales y compromiso que una persona establece con un lugar. Según Manzo y Perkins (2006) el apego al lugar puede “ayudar a inspirar la acción porque la gente está motivada para buscar, permanecer en, y proteger y mejorar los lugares que son importantes para ellos” (op. cit. pág. 347). Así, según estos autores, tanto el apego al lugar como el sentido de comunidad se manifiestan en comportamientos de participación.

Participación y sentido de comunidad, se mostraron por cierto como los procesos más influyentes para determinar la implicación de las mujeres en la actividad de promoción de la salud PUMDP. Creemos que el motivo de que el sentido de comunidad fuera superior entre participantes en el programa se debe a que la mayoría residía en el casco antiguo de ambos municipios, ya que en estas zonas la población suele reunir algunas características que se han

asociado positivamente al sentido de comunidad, como un mayor tiempo de residencia, media de edad más avanzada o propiedad de la vivienda (Long & Perkins, 2007). Es de destacar, por otra parte, que ambos tipos de participación, ciudadana y comunitaria, fueran las variables más asociadas con la participación en el programa, lo cual demuestra que distintos tipos de participación se potencian entre sí, de forma que en la acción comunitaria suele haber pocas personas en muchas actividades, mientras la mayor parte de la población permanece pasiva (Sánchez Vidal, 2009).

Los diferentes perfiles obtenidos a partir del análisis de conglomerados no ofrecen indicios claros de que los beneficios generados por los procesos comunitarios estudiados puedan reflejarse directamente en el estado de salud percibida. No todos los grupos que presentan altos niveles en los procesos estudiados muestran un buen estado de salud percibida, incluso hay un perfil precisamente contradictorio en este sentido. Sin embargo, hay algunas diferencias demográficas entre los perfiles que son dignas de comentar. En los grupos con alto nivel de salud percibida se encuentran en mayor proporción o bien mujeres con alto nivel de estudios (perfil paradójico) o bien mujeres ocupadas (perfil positivo), mientras que en dos de los grupos con bajo nivel de salud predominan las mujeres jubiladas (perfil positivo con baja salud) o con estudios básicos sin terminar (perfil negativo con sentido de comunidad medio-alto). Por otro lado, las mujeres más mayores presentaron una baja salud percibida, mientras que uno de los perfiles con estado de salud positivo estaba constituido por mujeres jóvenes.

Aunque este tipo de análisis no nos permite establecer relaciones causales, no podemos pasar por alto que estos datos no parecen contradecir las afirmaciones de la OMS (Marmot & Wilkinson, 1999) respecto a que estas variables demográficas, edad, nivel de estudios y situación profesional están entre los determinantes principales de la salud. En este sentido, sería lógico esperar que el papel de los procesos comunitarios fuera secundario a los mismos.

Este trabajo presenta varias limitaciones que es preciso indicar, principalmente relacionadas con la selección de la muestra y el control de variables. En primer lugar, la muestra no se ha elegido de forma aleatoria, lo cual se ha manifestado en que los datos de algunas variables no siguen una distribución normal y, por tanto, las posibilidades de análisis se han visto mermadas. Una variable de confusión que no podemos dejar de señalar es que una parte considerable de las mujeres incluidas en la muestra que pertenecían a alguna asociación, lo hacía precisamente a causa de la enfermedad que padecía (por ejemplo, asociaciones contra el cáncer o la fibromialgia), lo cual ha dificultado la demostración de los efectos saludables de los procesos asociados a la participación en el estado de salud, sobre todo en las mujeres más mayores. En segundo lugar, no se han controlado las variables demográficas edad, nivel de estudios y situación laboral, a pesar de que

todas ellas figuran entre los principales determinantes de la salud de las personas. Además, hubiese sido necesario incluir también el nivel de ingresos por su importancia para el estado de salud.

Si bien estas limitaciones han impedido que se pueda demostrar estadísticamente la relación entre los procesos comunitarios estudiados y el estado de salud percibido, los resultados obtenidos apuntan a que dichos procesos podrían tener un papel intermediario en el efecto de diversas variables demográficas en el estado de salud percibida. Sería interesante que futuros estudios pudieran demostrar esta relación y su reflejo en una medida sencilla como es la salud auto-percibida, ya que éste es un indicador válido no sólo para expresar el bienestar biopsicosocial de la persona, sino también para predecir su morbimortalidad futura. Esto tiene claras implicaciones para la planificación de actuaciones de prevención y promoción de la salud por parte de los poderes públicos. No obstante, hay que recordar que las intervenciones dirigidas a fortalecer las redes sociales y el capital social no pueden reducirse meramente a cuestiones psicológicas, sino que deben abordar los problemas estructurales más amplios que afectan a la salud, tales como el acceso igualitario a los recursos materiales y culturales (Kirkby-Geddes, King & Bravington, 2012)

Por otra parte, hay que destacar que este trabajo se ha realizado con una muestra considerable de residentes en un entorno rural, algo infrecuente en la investigación sobre este campo, donde predominan los estudios con población urbana (Peterson *et al.*, 2005).

Este trabajo también ha revelado algunos hallazgos interesantes. Se ha puesto de manifiesto la importancia que tiene el sentirse vinculado a una organización comunitaria para la participación, y viceversa. Ambos fenómenos se potencian mutuamente y generan una dinámica que no sólo produce resultados de empoderamiento en el contexto de la organización, sino también mayor implicación de sus miembros en los asuntos sociopolíticos de su entorno, es decir, mayor participación ciudadana. Así, las personas, grupos y comunidades adquieren un mayor control sobre sus condiciones de vida, y por tanto, puedan mejorar su afrontamiento al estrés y tomar las decisiones más beneficiosas para su salud.

Referencias

- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10, 225-270.
- Chavis, D., & Wandersman, A. (1990). Sense of community in the urban environment: A catalyst for participation and community development. *American Journal of Community Psychology*, 18, 55-81.

- Chipuer, H., & Pretty, G. (1999). A review of the Sense of Community Index: Current uses, factor structure, reliability, and further. *Journal of Community Psychology*, 27, 643-658.
- Christens, B.D. (2012). Toward Relational Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 50, 114-128.
- Christens, B.D., Peterson, N.A., & Speer, W.P. (2011). Community participation and psychological empowerment: testing reciprocal causality using a cross-lagged panel design and latent constructs. *Health Education & Behavior* 38 (4), 339-347.
- Coakes, S.J. & Bishop, B.J. (2002). Defining the nature of participation in rural Australian communities: a qualitative approach. *Journal of Community Psychology*, 30 (6), 635-646.
- Dixely, R. (2013). *Health Promotion. Global Principles and Practice*. Wallingford: CABI Internacional.
- Domínguez, S., & Maya-Jariego, I. (2008). Acculturation of host individuals: Immigrants and personal networks. *American Journal of Community Psychology*, 42, 309-327.
- Dube, N., & Wilson, D. (1996). Peer education programmes among HIV-vulnerable communities in southern Africa. En B. Williams, & C. Campbell (Eds.), *HIV/AIDS in the South African Mining Industry*. ERU: Johannesburg.
- Foster-Fishman, P.G., Pierce, S.L., & Van Egeren, L.A. (2009). Who participates and why: Building a process model of citizen participation. *Health Education and Behavior* 36 (3), 550-569.
- Hughey, J., Peterson, N., Lowe, J., & Oprescu, F. (2008). Empowerment and sense of community: Clarifying their relationship in community organizations. *Health Education & Behavior*, 35, 651-663.
- Hughey, J., Speer, P., & Peterson, A. (1999). Sense of community in community organizations: Structure and evidence of validity. *Journal of Community Psychology*, 27 (1), 97-113.
- Hunt, S., Mckenna, S., McEwen, J., Backett, E., Williams, J., & Papp, E. (1980). A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 34, 281-286.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012. *Encuesta Nacional de Salud 2012. España*. (Obtenido en la web del INE el 9 de agosto de 2013: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>)
- Itzhaky, H., & York, A.S. (2000a). Sociopolitical control and empowerment: An extended replication. *Journal of Community Psychology*, 28 (4), 407-415.
- Itzhaky, H., & York, A.S. (2000b). Empowerment and community participation: Does gender make a difference? *Social Work Research*, 24, 225-234.
- Janzen, R., Pancer, S. M., Nelson, G., Loomis, C., & Hasford, J. (2010) Evaluating community participation as prevention: life narratives of youth. *Journal of Community Psychology*, 38 (8), 992-1006.
- Kirkby-Geddes, E., King, N., & Bravington, A. (2012). Social capital and community group participation: examining 'bridging' and 'bonding' in the context of a Healthy Living Centre in the UK. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23, 271-285.
- Long, D., & Perkins, D. (2007). Community social and place predictors of sense of community: a multilevel and longitudinal analysis. *Journal of Community Psychology*, 35 (5), 563-581.
- Manzo, L., & Perkins, D. (2006). Finding common ground: the importance of place attachment to community participation and planning. *Journal of Planning Literature*, 20 (4), 335-350.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Maton, K.I. (2008). Empowering community settings: Agents of individual development, community betterment, and positive social change. *American Journal of Community Psychology*, 41, 4-21.
- Maton, K.I., & Salem, D. (1995). Organizational characteristics of empowering community. *American Journal of Community Psychology*, 23, 631-656.
- Maya-Jariego, I. (2004). Sentido de comunidad y potenciación comunitaria. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 187-211.
- Maya-Jariego, I., & Armitage, N. (2007). Multiple senses of community in migration and commuting: The interplay between time, space and relations. *International Sociology*, 22 (6), 743-766.
- McMillan, B., Florin, P., Stevenson, J., Kerman, B., & Mitchell, R. (1995). Empowerment Praxis in Community Coalitions. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 699-727.
- McMillan, D., & Chavis, G. (1986). Sense of Community: A Definition and Theory. *Journal of Community Psychology*, 14, 6-23.
- OMS (1978). *Declaración de Alma-Ata*. (Obtenido de la web de la Organización Panamericana de Salud el 30 de octubre de 2013: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm)
- OMS (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. (Obtenido de la web de la Organización Panamericana de Salud el 30 de octubre de 2013: http://www.paho.org/hiap/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=261%3Acarta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud&catid=46%3A-road-to-helsinki&Itemid=59&lang=en)
- Peterson, N.A., & Hughey, J. (2004). Social cohesion and intrapersonal empowerment: Gender as moderator. *Health education research*, 197 (5), 533-542.

- Peterson, N.A., Lowe, J., Aquilino, M., & Schneider, J. (2005). Linking social cohesion and gender to intrapersonal and interactional empowerment: Support and new implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 33 (2), 233-244.
- Peterson, N.A., Lowe, J., Hughey, J., Reid, R., Zimmerman, M., & Speer, P. (2006). Measuring the intrapersonal component of psychological empowerment: Confirmatory factor analysis of the sociopolitical control scale. *American Journal of Community Psychology*, 38, 287-297.
- Peterson, N.A., Speer, P.W., Hughey, J., Armstead, T.L., Schneider, J.E. & Sheffer, M.A. (2008). Community organizations and sense of community: Further development in theory and measurement. *Journal of Community Psychology*, 36 (6), 798-813.
- Putman, R. (1993). *Social Determinants of Health*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9 (1), 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Sánchez Vidal, A. (2009). Validación discriminante de una escala de sentimiento de comunidad: análisis comparativo de dos comunidades. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 161-176.
- Speer, P., & Hughey, J. (1995). Community organizing: An ecological route to empowerment and power. *American Journal of Community Psychology* 23 (5), 729-748.
- Speer, P.W. (2000). Intrapersonal and interactional empowerment: implications for theory. *Journal of Community Psychology*, 28 (1), 51-61.
- Speer, P.W., Peterson, N.A., Armstead, T.L., & Allen, C.T. (2012). The influence of participation, gender and organizational sense of community on psychological empowerment: the moderating effects of income. *American Journal of Community Psychology*, 51, 103-113.
- Undén, A.L., & Eloffsson, S. (2001). Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgment? *Family Practice*, 18 (2), 174-180.
- Wilke, L.A., & Speer, P. (2011). The mediating influence of organizational characteristics in the relationship between organizational type and relational power: an extension of psychological empowerment research. *Journal of Community Psychology*, 39 (8), 972-986.
- Zimmerman, M.A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-600.
- Zimmerman, M.A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community levels of analysis. En J. Rappaport, & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (págs. 43-63). Nueva York: Plenum.
- Zimmerman, M.A., & Zahniser, J. (1991). Refinements of sphere specific measures of perceived control: Development of a sociopolitical control scale. *Journal of Community Psychology*, 19 (2), 189-204.