

ORIGINALES BREVES

Intervención comunitaria con mujeres en el ámbito de la salud mental: un proyecto de promoción de la salud y colaboración intersectorial en el barrio de Carrús (Elche)

Javier Ferrer Aracil. IMEDES-Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Instituto Marco Marchioni, Las Palmas de Gran Canaria.

Rosa María Quirant Quiles. Centro de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género. Universidad Kadir Has, Estambul.

Desirée Paredes Boj. Departamento de Salud de Torrevieja Salud, Alicante.

José Manuel Álamo Candalaria. IMEDES-Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Instituto Marco Marchioni, Las Palmas de Gran Canaria.

Luis Francisco Díaz Muñoz. IMEDES-Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Para contactar:

Javier Ferrer Aracil: javier.ferreraracil@gmail.com

RESUMEN

En el presente artículo exponemos los resultados obtenidos en un proyecto de salud mental comunitaria de 1 año de duración llevado a cabo en el municipio de Elche (Alicante) con mujeres en situación de vulnerabilidad, que presentaban trastornos emocionales leves o moderados, autoestima y sociabilidad bajas, así como dificultad en la gestión de su propia vida.

La metodología empleada fue participativa, a través de dinámica de grupos con enfoque comunitario. La experiencia fue valorada positivamente por las participantes y las organizaciones involucradas, evidenciando que el abordaje de la salud debe ir más allá de lo individual e implicar a la comunidad.

Palabras clave: salud mental, activos para la salud, mujeres.

COMMUNITY INTERVENTION IN THE MENTAL HEALTH FIELD WITH PARTICIPATION OF WOMEN: A HEALTH PROMOTION AND INTERSECTORAL COLLABORATION PROJECT IN THE DISTRICT OF CARRÚS, ELCHE

Abstract

This article presents the results of a one-year community mental health project carried out in the municipality of Elche (Alicante) with women in vulnerable situations, who presented mild or moderate emotional disorders, low self-esteem and sociability, as well as difficulty in managing their own life.

The methodology used was participatory by means of group dynamics with a community focus. The experience was positively rated by the participants and organisations involved, showing that the approach to health must go beyond the individual and involve the entire community.

Keywords: health assets, mental health, women.

INTRODUCCIÓN

La iniciativa que presentamos en este texto está enmarcada en el Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) impulsado en 38 territorios de España por Obra Social "la Caixa", dirigido científicamente por la Universidad Autónoma de Madrid, asesorado metodológicamente por el Instituto Marco Marchioni (IMM), y con la colaboración en su implementación de administraciones públicas y entidades sociales¹.

En el caso que nos ocupa, el territorio es Carrús, situado en Elche, un barrio emblemático, multicultural, en el que la convivencia entre grupos tradicionalmente ha alcanzado la categoría de coexistencia, existiendo cierta segregación espacial y social. No obstante, con el avance del Proyecto ICI, desde su inicio en el año 2010, y la creación de diferentes espacios de relación, así como el impulso de múltiples acciones comunitarias, se fue enriqueciendo paulatinamente esta convivencia². Las experiencias en el ámbito de la salud, como la iniciativa que aquí describimos, han tenido un papel fundamental en el desarrollo del proceso comunitario en el barrio.

La crisis acaecida desde 2008 trajo consigo en los años siguientes un repunte en la demanda de servicios de salud mental. A nivel nacional, según evidencia el estudio IMPACT, que comparaba la prevalencia de trastornos mentales en España en Atención Primaria antes y durante la crisis (2006-2010), los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% y los trastornos de ansiedad, un 8%³.

La problemática socioeconómica agudizaba la percepción colectiva de malestar, incidiendo especialmente en el caso de Carrús en el estado emocional de las vecinas del barrio⁴. Parte de estas mujeres no encontraban la respuesta que precisaban en el sector sanitario. Por ende, se requería la confluencia de diversos actores y sectores. Con ese enfoque nace el proyecto que se describe a continuación.

Si bien existen numerosas experiencias de trabajo con grupos de mujeres con trastornos emocionales en toda nuestra geografía, no hallamos, en la revisión efectuada de la literatura proyectos de promoción de la salud con mujeres cuyas programaciones grupales surjan íntegramente de la identificación y dinamización de los activos de la comunidad⁵⁻⁷.

OBJETIVOS

- Facilitar herramientas para que las participantes sean sujetos activos de su propia salud.
- Aumentar los vínculos sociales de las participantes, potenciando su autoestima y seguridad personal.
- Contribuir al conocimiento y mejor aprovechamiento de los activos para la salud existentes en el territorio.

MÉTODOS

La metodología empleada fue participativa, a través de dinámica de grupos con enfoque comunitario. Siguiendo la propuesta del IMM^{8,9}, sus fases fueron (figura 1):

Figura 1. Fases del proyecto



1. Establecimiento de relaciones colaborativas: se constituyó una comisión de salud surgida del propio proceso comunitario que agrupaba representantes técnicos no solo del Proyecto ICI, sino de diferentes concejalías del Ayuntamiento, así como del Departamento de Salud del Vinalopó, el Centro de Salud Pública, la Universidad Miguel Hernández y entidades sociales como Cáritas, Elche Acoge, InteRed, Proyecto Hombre y Secretariado Gitano.

2. Mapeo de activos para la salud: se identificaron colectivamente tanto necesidades y problemas como activos que podían conectarse y aprovecharse en la organización y desarrollo de acciones comunitarias para la salud. Uno de los temas priorizados fue el de la salud mental de las mujeres.

3. Elaboración del programa comunitario: se organizaron cuatro grupos de mujeres en torno a cuatro de las entidades integradas en la comisión que asumieron la gestión y dinamización de cada grupo. Los grupos desarrollaron paralelamente sus programaciones con actividades semanales o quincenales, pero con momentos de encuentro para abordar temáticas conjuntamente y multiplicar las posibilidades de relación entre las participantes.

Durante las sesiones se trabajaron contenidos de educación para la salud escogidos por las propias mujeres de entre una oferta de temas realizada por las entidades de la comisión, así como de otras organizaciones de diferentes sectores con las que se estableció una red de colaboración (centros deportivos y culturales, colectivos feministas, servicio psicopedagógico escolar, etc.); una oferta que vino a complementar la propia cartera de servicios con la que contaba el centro de salud. Siempre incorporando un enfoque de equidad desde el prisma de los determinantes sociales de la salud y aplicándolo en todas las fases de la intervención¹⁰.

Cada sesión grupal se estructuraba del siguiente modo: una persona, perteneciente a alguna de las entidades de la comisión o de la red intersectorial, ejercía como docente, exponiendo un tema durante 45-60 minutos, con el soporte de una dinamizadora (previamente formada en técnicas grupales) de la entidad gestora de cada grupo. La segunda parte de la sesión, hasta completar los 120 minutos, se destinaba al diálogo grupal para socializar conocimientos, así como para generar cohesión entre las mujeres.

Complementariamente, se realizaban otro tipo de actividades abiertas a la comunidad:

Figura 2. Paseo Saludable de Carrús



como paseos y almuerzos saludables, foros comunitarios, etc. (figura 2).

La valoración para la inclusión de las participantes en la iniciativa la realizaron profesionales de la unidad de salud mental y de los servicios sociales, incorporando la prescripción social como herramienta asistencial.

El proyecto se centró en vecinas de Carrús, de edades comprendidas entre los 35 y 65 años, que presentaban trastornos emocionales leves o moderados, baja autoestima, dificultad en las relaciones sociales y quejas inespecíficas. El diagnóstico predominante era la distimia.



4. Evaluación del proceso grupal y comunitario: se utilizaron tres tipos de instrumentos:

- **Cuestionarios:** creados expresamente para conocer, por un lado, la satisfacción de las participantes y, por otro, el nivel de alfabetización en salud (pre-test y post-test).
- **Coloquios:** se mantuvieron diálogos libres y abiertos, tanto a nivel individual como grupal, para conocer el estado de salud mental percibido y valorar su evolución respecto a lo registrado en las historias clínicas o sociales.
- **Mapas de red:** a través de los cuales las participantes representaron gráficamente sus relaciones sociales al inicio y final del proyecto, posibilitando la comparativa entre ambos momentos.

RESULTADOS

A lo largo del proyecto participaron un total de 108 mujeres de 9 nacionalidades diferentes y se realizaron 54 actividades y talleres (alimentación, autocuidados, primeros auxilios, defensa personal, prevención de adicciones, manejo del estrés, etc.).

La tasa de abandono fue baja (17%) y concentrada fundamentalmente en uno de los grupos. Una posible explicación se encuentra en el estilo de liderazgo de la entidad gestora de ese grupo.

Del total de 89 mujeres que completaron el programa, 81 realizaron la evaluación, 5 rehusaron participar y 3 no asistieron ese día.

En el cuestionario de satisfacción (escala de 1 a 10) se obtuvieron los siguientes resultados promedio:

- Cuestiones organizativas (fechas, horarios, materiales, instalaciones, etc.): 8,49.
- Pertinencia de los temas tratados en las sesiones: 8,21.
- Utilidad de los conocimientos adquiridos: 8,49.
- Valoración de los y las docentes: 7,74.
- Grado de participación percibida: 7,48.
- Voluntad de continuidad en el proyecto: 8,45.
- Satisfacción global: 8,30.

Por otro lado, los resultados del porcentaje promedio de aciertos en las pruebas pre y post-test evidenciaron mejoras significativas de la alfabetización en salud (28-55%).

En los coloquios, las participantes destacaron la importancia de haber conocido nuevos recursos sociales, así como el aumento de su bienestar emocional al sentirse más útiles y valoradas socialmente. Como contrapunto, un porcentaje elevado subrayó que algunas docentes habían mostrado escasa disposición de cambiar la relación asimétrica sanitario-paciente que las situaba en un rol pasivo respecto a su propia salud. Cabe indicar a este tenor que las sesiones tipo charla magistral resultaron poco apreciadas por las mujeres en general, aun en los casos en los que los temas les resultaban interesantes.

Por último, los mapas de red revelaron mejoras significativas en la densidad y diversidad relacional en el 93% de los casos. Las mujeres establecieron nuevas y variadas relaciones a raíz de su participación en el proyecto. Este hecho fue verificado por la unidad de salud mental y los servicios sociales.

DISCUSIÓN

La situación de las mujeres participantes, al igual que la de otras que se incluyen en la cuota de actuación de los servicios de salud mental, deriva de problemáticas de tipo social y, en esa medida, es necesario que se incluyan también respuestas sociales¹¹. En este caso, la identificación de activos para la salud, su organización y movilización permitieron satisfacer necesidades sociales de un modo más integral y sostenible.

Con frecuencia y desde un planteamiento tradicional, se trata de atender a la persona individual exclusivamente, sin reparar también en el impacto a medio y largo plazo en la vida de su comunidad¹². Se comienzan a excluir entonces no solo facetas fundamentales que originan y mantienen buena parte de las situaciones-problema, sino que forman parte necesaria e insustituible de las soluciones. El predominio de la asistencia individual a la enfermedad puede inducir más a la dependencia del sistema de protección que a la promoción de la salud, tal y como se ha constatado con este proyecto.

Una buena convivencia social es salutogénica. Esto no es algo nuevo en el campo de la salud mental, pues psiquiatras como Carlos Sluzki lo planteaban hace dos décadas respecto a las redes sociales cuando estas eran estables, sensibles, activas y confiables¹³. Los resultados de esta experiencia podrían llevar a concluir que la actividad compartida, el respeto mutuo, las normas comunes, la identificación y pertenencia a la comunidad, así como la participación en actividades sociales tienen efectos positivos en la salud mental de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramasco M, Lema F. Juntos por la Convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural. Volumen 4: Salud. Barcelona: Obra Social "la Caixa"; 2015.
2. VV. Monografía comunitaria de Carrús-Este. Elche: Obra Social "la Caixa"-Ayuntamiento de Elche; 2012.

3. Gili M, García J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014 [Consultado: 31 de mayo de 2018];28(Supl 1):104-8. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/crisis-economica-salud-mental-informe/articulo/S0213911114000454/>
4. VV. Diagnóstico comunitario de Carrús-Este. Elche: Obra Social "la Caixa"-Ayuntamiento de Elche; 2013.
5. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. 2017. PACAP. [Consultado: 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/>
6. Alianza de Salud Comunitaria [Internet]. 2016. Alianza Salud Comunitaria. [Consultado: 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.alianza-salud-comunitaria.org/>
7. Gobierno del Principado de Asturias [Internet]. 2017. Observatorio de Salud de Asturias. [Consultado: 12 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://obsaludasturias.com/obsa/>
8. Marchioni M, Morín LM. La intervención comunitaria. Comunidad [Internet.] Septiembre 2016 [Consultado: 31 de mayo de 2018];18(2):11. Disponible en: <http://comunidadsemfyc.es/la-intervencion-comunitaria/>
9. Ferrer J, Álamo JM, Morín LM, Marchioni M. El diagnóstico social en trabajo social comunitario. Revista de Treball Social. 2017;211:103-15.
10. Comisión sobre los Determinantes Sociales en Salud (OMS). Subsanan las desigualdades sociales en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando en los determinantes sociales de la salud. [Internet.] Argentina; Ediciones Journal SA; 2009. [Consultado: 14 de febrero de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.
11. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
12. Pasarín MI. La salud: ¿un asunto individual? AMF. 2012; 8: 374-82.
13. Sluzki C. La red social: Frontera de la práctica sistémica. Barcelona: Gedisa; 1996.

Volver **Fecha de recepción:** 8 de enero de 2018 **Fecha de aceptación:** 12 de junio de 2018

Intervención comunitaria con mujeres en el ámbito de la salud mental: un proyecto de promoción de la salud y colaboración intersectorial en el barrio de Carrús (Elche)
Javier Ferrer Aracil, Rosa María Quirant Quiles, Desirée Paredes Boj, José Manuel Álamo Candalaria y Luis Francisco Díaz Muñoz
 Comunidad Noviembre 2018;20(3):8
 ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar