

ORIGINALES BREVES

Protegido: Crisis y nuevos retos asistenciales. Abordaje grupal trabajando en red, una alternativa posible

Patricia López Monje, María Queralt Parés Ubach, Carla Pujol Alcaraz

EAP Dr. Barraquer, Sant Adrià del Besòs-1

Para contactar:

Patricia López Monje: plmonje.ics@gencat.cat

RESUMEN

El aumento de personas en situación de desempleo, especialmente de larga duración, a raíz de la crisis económica iniciada en 2008 ha generado un incremento de las consultas en servicios sociales y en los centros de salud relacionadas con el malestar que esta situación genera. Ante esta realidad nos planteamos colaborar con otras instituciones que atienden a la misma población que nuestro centro de salud, a fin de tratarla conjuntamente mediante un abordaje grupal, como alternativa a las formas habituales. Para ello creamos un equipo multidisciplinar con profesionales de ambas instituciones y diseñamos un espacio de encuentro en el que se recibió una formación y se concretó un proyecto de trabajo en red, con el que se consiguió mejorar el bienestar de la población a la que nos dirigíamos y también el de los profesionales, al tiempo que mejoramos la capacitación de estos últimos para abordar estos casos y promovimos espacios ajenos al centro de salud como salutogénicos.

Palabras clave: redes comunitarias, procesos de grupo, instituciones de salud.

CRISIS AND NEW HEALTHCARE CHALLENGES. NETWORK WORKING GROUP APPROACH: A POSSIBLE ALTERNATIVE

Abstract

The rise in unemployed people, particularly long-term, in the wake of the economic crisis that began in 2008 has led to increased visits to social services and health facilities associated with the distress it has caused. In this situation we consider collaborating with other institutions that serve the same population as our health center and treat them together using a group approach that represents an alternative to the usual ways of dealing with these situations. For this purpose, we created a multidisciplinary team with professionals from both institutions and designed a meeting place where training was received and a networking project established in order to improve the welfare of our target population, the well-being of the professionals and their training to address these cases and also promote other spaces outside the health center as salutogenic.

Key words: community networks, group processes, health facilities

INTRODUCCIÓN

La crisis económica que ha afectado a la mayor parte de Europa desde el año 2008 ha generado graves problemas socioeconómicos en un número importante de habitantes, con una alta prevalencia de personas en situación de desempleo. Esta situación se ha traducido en un aumento de personas atendidas en servicios sociales y de consultas en los centros de salud relacionadas con el malestar generado por este motivo¹.

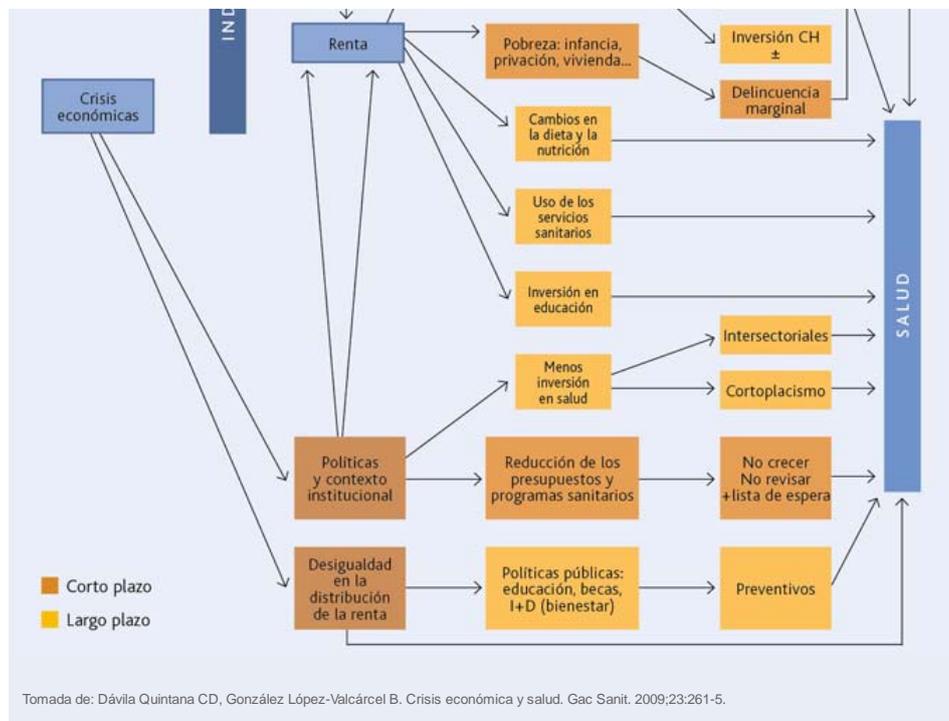
El impacto de la crisis en la salud mental ha sido analizado en diversos estudios y la repercusión ha sido ampliamente aceptada (figura 1).

El paro, especialmente el de larga duración, y el trabajo precario están potencialmente asociados a un peor estado de salud, junto al estrés e inseguridad laboral².

Nos encontramos ante uno de los retos más grandes que la salud pública ha de afrontar, por lo que es importante detectar los grupos más vulnerables para planificar intervenciones que favorezcan la prevención y la intervención precoz de los problemas de salud mental.

Figura 1. Conceptualización de los efectos de la crisis económica sobre la salud





El estudio más conocido muestra un aumento de la prevalencia de problemas de salud mental en las consultas de Atención Primaria, con una mayor probabilidad de sufrir algún problema de salud mental entre los parados, y aún mayor entre personas que viven un deshaucio³.

Otros estudios recientes muestran un aumento de la probabilidad de sufrir problemas de salud mental en hombres en edad laboral en paro, especialmente cuando se trata de paro de larga duración⁴.

Estamos asistiendo a un proceso constante y progresivo de incursión de la medicina en todos los aspectos de la vida de las personas⁵, y la medicalización y la psiquiatización del malestar se ven favorecidas.

Se podría decir que la relación entre problemas de la vida y la aparición de un trastorno mental (sobre todo ansioso depresivo) es cierta, pero debe matizarse diciendo que es la vulnerabilidad de la persona, más que el evento negativo en sí, lo que sería el desencadenante.

El médico consultado debe acompañar al paciente, procurando higienizar la situación e intentando no medicalizarla.

Desde el momento en que se etiqueta un sufrimiento, se convierte en patología y se medicaliza, y en algunas ocasiones se estigmatiza a la persona.

Estos datos, junto al escaso tiempo del que disponemos para atender el creciente malestar emocional en consulta nos hicieron plantear un afrontamiento alternativo a la situación. Sabíamos, además, que muchas de las personas afectadas visitan otro tipo de servicios dentro del mismo territorio antes de llegar a nosotros, así que empezar a trabajar en red nos pareció una buena idea, iniciando un trabajo de tipo cooperativo entre diversos actores del territorio, a través del cual llegar a un objetivo común partiendo de una necesidad compartida. Las redes territoriales persiguen aumentar a quién llega⁶.

OBJETIVOS

- Iniciar un trabajo en red entre profesionales que desarrollan su labor en el mismo territorio y atienden a la misma población en diferentes contextos, comparten inquietudes y apenas se conocen.
- Potenciar los recursos individuales de estos profesionales.
- Iniciar una intervención grupal para favorecer el bienestar y mejorar la salud de las personas afectadas por la crisis, en especial los parados de larga duración.
- Alcanzar a aquella población que no acude al centro sanitario o que tarda en hacerlo, pero sí consulta en otras instituciones de nuestro territorio
- Promocionar la salud fuera del propio espacio del centro de salud y establecer así otros espacios como salutogénicos.

MÉTODOS

Tras contactos diversos, creamos un equipo multidisciplinar compuesto por 11 profesionales, cuatro pertenecientes al equipo de Atención Primaria y siete a los servicios sociales del ayuntamiento del mismo ámbito, entre los que figuraban: trabajadores sociales, educadores sociales, médicos de familia y enfermeros.

Tras analizar las potencialidades y limitaciones del equipo para atender a ese sector concreto de población, iniciamos una formación centrada en habilidades para realizar dicho soporte emocional. La actividad formativa fue supervisada por un psiquiatra y una psicóloga ajenos al ámbito y a las dos instituciones.

El abordaje grupal fue la herramienta propuesta para atender a la población afectada por la crisis económica de larga duración. Los grupos sirven para reforzar el apoyo social con otras personas afines a su problemática, los grupos terapéuticos en Atención Primaria tienen una orientación psicoeducativa,

enseñan a distinguir los síntomas y a controlarlos, a relacionar síntomas somáticos con el sufrimiento mental y a remarcar medidas higiénicas de reducción del estrés⁷.

En el espacio que generó este encuentro se concretaron los cuatro profesionales que lideraron posteriormente el grupo, los cuales poseían formación en Gestalt, programación neurolingüística, ecología emocional y sistémica.

La selección de los usuarios participantes se inició por parte de todos los integrantes del equipo multidisciplinar desde sus respectivos lugares de trabajo a través de una pequeña entrevista individual. Como criterios de inclusión se tomaron: la hiperfrecuentación en servicios sociales o sanitarios relacionada con situaciones de paro de larga duración, la verbalización de malestar asociado a ese motivo y el compromiso de asistencia a la totalidad de los talleres. Como criterios de exclusión se establecieron: la presencia de enfermedad mental grave, las situaciones de pobreza extrema y la no aceptación del compromiso de asistencia a la totalidad de los talleres.

El grupo de soporte emocional para el desarrollo de las potencialidades de las personas afectadas por la crisis se planteó como espacio de convivencia y desarrollo compartido y fue liderado por un conductor y un observador durante ocho sesiones de frecuencia semanal de 2 horas de duración.

A lo largo de las sesiones se trabajó mediante técnicas expresivas tipo *role playing*, con el objetivo de empoderar a los participantes y promocionar sus capacidades sanas. El trabajo se centró en la identificación y gestión de las cuatro emociones primarias de Oatley y Laird, como herramienta de autoconocimiento y autorregulación. También se trabajaron la comunicación, el análisis y la redefinición de los vínculos familiares y sociales, y el peso de la crisis en los participantes.

Se desarrolló en unas instalaciones gestionadas por el ayuntamiento y acondicionadas para la infancia, en un horario en el que permanecían cerradas para su uso habitual. Hasta ese momento habían sido utilizadas exclusivamente por niños. Contamos con la colaboración de un voluntario que quedaba al cargo en el mismo espacio de algún menor, hijo de los participantes, para posibilitar su asistencia

Durante la primera y la última sesión los participantes cumplimentaron el test SF-36 autoadministrado.

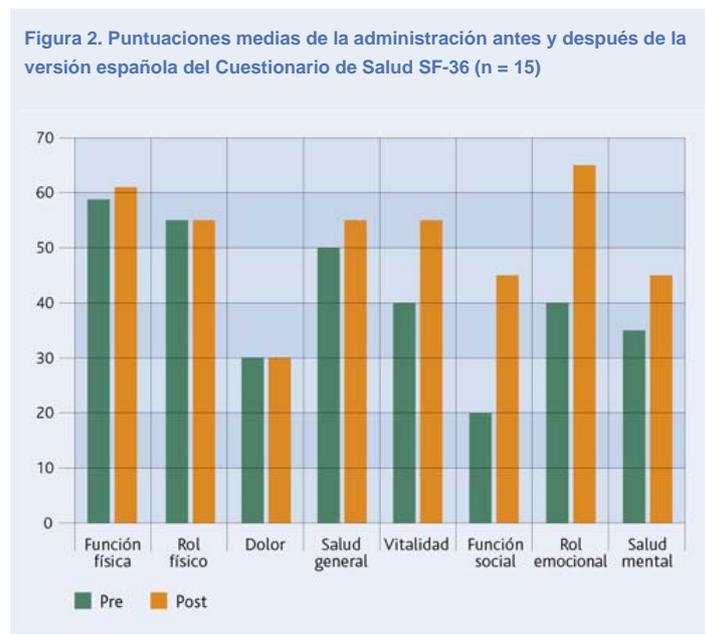
RESULTADOS

Se creó una red territorial y conseguimos acceder a más usuarios, así como mejorar los vínculos entre los profesionales.

Tras la formación, los profesionales expresaron haber ganado recursos prácticos para la atención de esta población.

El grupo lo conformaron 15 asistentes (conductores aparte), 9 hombres y 6 mujeres de edades comprendidas entre los 24-61 años, todos ellos con más de 9 meses en situación de paro y variable grado de malestar relacionado con esa circunstancia.

Los datos que arrojó el SF-36 autoadministrado antes y después de la actividad no se consideran estadísticamente significativos, dado el número reducido de la muestra. Sin embargo, las dimensiones que presentan un mayor incremento en las puntuaciones son las de función social, rol emocional y vitalidad (figura 2).



Tanto los usuarios asistentes como los profesionales verbalizaron un incremento de su bienestar gracias a esta actividad. En la última sesión, los participantes concluyeron con frases del tipo: «Ya no le grito a mi hija»; «En casa no me conocen, ahora hablo más»; «Ahora me quiero más, he podido hacer cosas para cuidarme y me siento mucho mejor»; etc.

Se estableció un espacio salutogénico nuevo en el territorio al externalizar las sesiones a una ubicación diferente al centro de salud.

Discusión

Nos parece óptimo y beneficioso iniciar colaboraciones con organismos diferentes al nuestro que tratan a nuestra población en algún momento de su recorrido vital. El trabajo en red beneficia la vinculación con el entorno, evita el riesgo de fragmentación y mejora la atención integral. También nos ayuda a plantearnos a qué servicios o instituciones accede la parte de población menos demandante de asistencia sanitaria y a valorar si procede realizar algún tipo de intervención.

Ante las respuestas reactivas (medicalización, derivaciones, etc.) que se ofrecen en el modelo de actuación actual, este tipo de experiencia permite al profesional de salud y a los trabajadores de servicios sociales disponer de un recurso intermedio en el que se unifica el abordaje psicológico y social de manera integral, evitando etiquetar como enfermedad o trastorno una problemática de la propia vida.

Este tipo de intervenciones generan satisfacción en los profesionales al aumentar la capacidad de trabajar desde la creatividad, que, como está demostrado, es un factor protector frente el estrés laboral.

Consideramos importante dotar de recursos y conocimiento para el abordaje del malestar psicoemocional a los profesionales que trabajamos en Atención Primaria de Salud para mejorar el abordaje desde un punto de vista psicosocial de la población atendida y evitar, por otro lado, un desgaste personal.

Desde el enfoque que proporciona el abordaje grupal, se favorece el autoconocimiento a través del reconocimiento mutuo y el vínculo a partir de la comunicación interpersonal. Además, permite realizar dinámicas participativas que suponen una conexión de la vivencia de la actividad realizada con la realidad diaria de los participantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Primer informe. Septiembre de 2014. PINSAP.
2. Robone S, Jones AM, Rice N. Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being. Eur J Health Econ. 2011;12:429-44.
3. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidences from primary care centers. Eur J Public Health. 2013;23:103-8.
4. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health. 2014;24(3):415-8.
5. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. 2003; 5(2):47-53.
6. Noferini A, Martín MT, Benedicto S, Trejo Z, Garsaball A, Crua F, et al. .Guia facilitadora del treball en xarxa per a la inclusió social. Idees clau per al treball en xarxa. Papers 28. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família; 2014.
7. CAMFIC. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Rodríguez-Morató M, Rico M, Grau A. Libro de salud mental y Atención primaria. 2ª edición. Fundación de Atención Primaria. ED; 2011.

Fecha de recepción: 17 de septiembre de 2016 **Fecha de aceptación:** 19 de junio de 2017

[Volver](#)

Crisis y nuevos retos asistenciales. Abordaje grupal trabajando en red, una alternativa posible

Patricia López Monje, María Queralt Parés Ubach y Carla Pujol Alcaraz

Comunidad Junio 2017;():7

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar