

ORIGINALES

Participación en grupos de empoderamiento: utilidad y cambios percibidos

[Ver en pdf](#)

Marta Domínguez García. Centro de Salud de Daroca. Sector Calatayud. Grupo de Investigación en Atención Primaria GIIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Grupo de Investigación en Atención Primaria B21-17R. Zaragoza. España

Alba Gállego Royo. Centro de Salud de Andorra. Sector Alcañiz. Grupo de Investigación en Atención Primaria GIIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Zaragoza. España

Eva Lacort Beltrán. Centro de salud de Mas de las Matas. Sector Alcañiz. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Sector Zaragoza II. Zaragoza. Grupo de Investigación en Atención Primaria B21-17R. España

Marisa Juan Germán. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Sector Zaragoza II. Zaragoza. España

Ainhoa Cambra Solans. Centro de Salud de Bujaraloz. Sector Zaragoza I. Zaragoza. España

Rosa Magallón Botaya. Centro de Salud de Daroca. Sector Calatayud. Grupo de Investigación en Atención Primaria GIIIS-011. Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Grupo de Investigación en Atención Primaria B21-17R. Zaragoza. España

Para contactar:

Marta Domínguez García. mdominguezg@salud.aragon.es

RESUMEN

Objetivo: Conocer los cambios percibidos por las mujeres participantes de un grupo de empoderamiento sobre su estado físico, psíquico y social.

Diseño: Metodología cualitativa mediante grupos focales.

Emplazamiento: Centro de salud (CS) urbano.

Participantes y/o contextos: Mujeres incluidas en alguna edición del Programa de Grupo de Empoderamiento del CS, dirigido por la trabajadora social desde 2012.

Método: Grupos focales audiograbados durante 60-70 minutos. Transcripción literal, codificación y triangulación de los datos, comprobando saturación de la información. Análisis con MaxQDA.

Resultados: Desde el punto de vista psicológico, la situación previa de las participantes presentaba una baja autoestima, sintiéndose por lo general relegadas al último lugar en la jerarquía familiar. Las herramientas adquiridas durante las sesiones les ha permitido reivindicar un papel de mayor protagonismo. Respecto a su estado de salud físico, no perciben cambios importantes, excepto la menor dependencia farmacológica y la mayor capacidad para afrontar sus problemas de salud. A su vez, este programa les ha proporcionado la oportunidad de crear nuevas relaciones fuera de su entorno habitual. En contraposición, se comprueba una gran dependencia a la pertenencia al grupo.

Conclusiones: Destaca que el aprendizaje y la adquisición de nuevas herramientas, la mejora y ampliación de la red social, así como los cambios en la percepción de su propio yo, han dotado a las mujeres de mayor autonomía y ha mejorado su autoestima globalmente. En los aspectos negativos destaca la gran dependencia del grupo hacia la figura dinamizadora, que dificulta su propia autonomía.

Palabras clave: empoderamiento, salud mental, mujeres, educación para la salud, autonomía.

PARTICIPATION IN EMPOWERMENT GROUPS: USEFULNESS AND PERCEIVED CHANGES

Abstract

Objective. To ascertain the changes perceived by the women participating in an empowerment group on their physical, mental and social state.

Design. Qualitative methodology by means of focus groups.

Location. Urban Health Centre (HC).

Participants and/or backgrounds. Female sex, included in an edition of the HS Empowerment Group Programme, which has been supervised by the social worker since 2012.

Method. Audio-recorded focus groups 60-70 minutes long. Literal transcription, coding and triangulation of the data guaranteeing information saturation. Analysis with MaxQDA.

Results. From the psychological point of view, the previous situation of the participants presented a low self-esteem, feeling in general relegated to the last place in the family hierarchy. The tools acquired during sessions enabled them to claim a role of greater prominence. Regarding their state of physical health, they do not perceive important changes except lower pharmacological dependence and greater capacity to tackle their health problems. In turn, this programme has provided them with the opportunity to create new relationships outside their usual environment. In contrast, a major dependence on belonging to the group was revealed.

Conclusions. It is notable that learning and the acquisition of new tools, improvement and expansion of the social network, as well as changes in the perception of their own selves, have given women greater autonomy and have improved their self-esteem globally. In terms of negative aspects, the major dependence of the group on the dynamic figure, which hinders its own autonomy, stands out.

Keywords: Education for Health, Empowerment, Mental Health, Personal Autonomy, Women.

INTRODUCCIÓN

La salud mental figura entre los objetivos prioritarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹. Ser mujer, tener entre 45 y 65 años y padecer depresión concentra los valores más altos de frecuentación y gasto sanitario en nuestra sociedad actual. Algunos estudios arrojan cifras de un consumo 14 veces superior²⁻⁴.

Según la percepción del grupo de trabajo, nos encontramos en una sociedad desarrollada con una excesiva medicalización del malestar emocional y de situaciones vitales estresantes habituales que deberían resolverse con estrategias personales y capacitación individual.

La percepción positiva del estado de salud favorece un envejecimiento más activo y una vida más plena. En este contexto, las intervenciones comunitarias enfocadas a dotar a la población de herramientas de mejora de su bienestar emocional son una de las claves para la mejora de salud global de la población⁵. Uno de los focos de atención son los grupos comunitarios cuyo objetivo fundamental es la mejora de la autoestima y el empoderamiento para afrontar las vicisitudes de la vida cotidiana.

La Atención Primaria es el lugar idóneo para llevar a cabo estas intervenciones de prevención y promoción del bienestar emocional⁶⁻⁸. El Programa de Actividades Comunitarias (PACAP) define las actividades comunitarias como «aquellas realizadas en un territorio, que están dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social de la población potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas y demandas o necesidades»⁹. Respecto a la medicina tradicional, la salud comunitaria desplaza el foco desde la enfermedad al bienestar, y desde la restitución de la salud a su promoción¹⁰.

La Declaración de Alma-Ata¹¹ y la Carta de Ottawa¹² para la Promoción de la Salud reconocen el empoderamiento como un punto clave en la prevención y control de enfermedades. La Declaración de Salud Mental para Europa¹³, el Plan de Acción en Salud Mental para Europa¹⁴ y el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar¹⁵ reconocen que el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus cuidadores es prioritario en las próximas décadas.

Se define empoderamiento como proceso a través del cual las personas obtienen un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan sus vidas. Es el proceso por el cual las personas o grupos desfavorecidos adquieren el conocimiento y las habilidades necesarias para hacer valer sus derechos¹⁶. Actualmente se están realizando numerosas intervenciones en promoción de la salud¹⁷ y bienestar mental, tanto individuales como grupales¹⁸, así como intervenciones psicoeducativas orientadas hacia el aprendizaje del afrontamiento de situaciones estresantes¹⁹. Todos ellos con la finalidad última de potenciar la autonomía personal^{20,21}.

La mayor parte de estas actividades se desarrollan en base al voluntarismo y a la sombra del sistema sanitario. Esto supone una escasez de proyectos comunitarios que, además, no suelen evaluarse, sin existir una difusión de los resultados y, por lo tanto, sin poder avanzar en este ámbito. En la revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, son escasas las evidencias disponibles sobre la efectividad de las intervenciones grupales. A este respecto, existe en la actualidad mayor iniciativa investigadora para analizar la situación del enfoque comunitario en nuestro sistema sanitario, apareciendo programas establecidos por diversas sociedades científicas que apoyan este enfoque²².

Desde 2002 hay estudios que han demostrado conexiones entre determinantes conductuales y los determinantes biomédicos de buena salud²³⁻²⁵. Algunos de estos determinantes son: el bienestar psicológico, las habilidades de afrontamiento y de adaptación al estrés, la autoestima, las habilidades sociales, el bienestar espiritual, el sentido de cohesión al grupo, el empoderamiento o la motivación, entre otros.

El barrio del Arrabal es uno de los más antiguos de Zaragoza, de origen humilde, donde el 38,8% de los residentes no completó la educación primaria. Tiene una renta neta media 200 euros más baja que la media de Zaragoza ciudad, aunque presenta un índice de privación inferior en comparación con la población de Aragón²⁶. En el CS Arrabal, se detectó como grupo de vulnerabilidad un conjunto de mujeres de 40-70 años, dedicadas al cuidado de su

familia, con escasa red social y nula profesional. Esta situación suponía un riesgo de aislamiento, baja autoestima, que derivaba en ocasiones en trastornos ansioso-depresivos. En 2012, liderado por la trabajadora social del CS, se empezó a trabajar con un grupo específico de mujeres que cumplían dichas características mediante técnicas grupales de empoderamiento.

En este contexto, nos planteamos la necesidad de conocer los cambios conductuales desarrollados, así como la opinión y percepción de las personas beneficiarias de dichos grupos.

OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo, por lo tanto, es evaluar los cambios percibidos en la calidad de vida de las mujeres del grupo de empoderamiento.

Como objetivos específicos se planteó la necesidad de:

- Conocer la percepción de cambios en el estado anímico tras la participación en el grupo.
- Conocer si hubo cambios en las relaciones sociales y familiares tras la participación en el grupo.
- Conocer qué es para ellas la autoestima y si han objetivado cambios con lo aprendido en el grupo.
- Conocer la percepción de cambios en su estado de salud tras su paso por el grupo de empoderamiento.

PARTICIPANTES Y MÉTODOS

Estudio de Investigación Cualitativa en el ámbito Comunitario. El grupo de empoderamiento está formado por usuarias de un CS urbano que acudían de forma habitual (más de dos veces al mes) a las sesiones grupales semanales dirigidas por la trabajadora social del centro (MJ). El grupo estuvo abierto de forma permanente desde 2012 hasta 2017, y participaron alrededor de 50 mujeres del barrio a lo largo de su historia. Algunas de ellas estuvieron presentes en la mayoría de las ediciones, existiendo una continuidad a lo largo de los años.

Fueron los profesionales sanitarios los que derivaron a pacientes con trastorno ansioso-depresivo, independientemente de la toma o no de psicofármacos, al grupo de empoderamiento. Tras la derivación, tenían una entrevista personal con la trabajadora social, quien valoraba si este activo podría suponer un beneficio para su estado de salud.

Se convocó a todas las participantes del grupo de empoderamiento, informando del estudio y, previo consentimiento informado, se realizaron grupos focales simultáneos en base a preguntas abiertas prefijadas (**tabla 1**), con la intención de conocer la percepción de las participantes sobre los cambios producidos tras la intervención. Se hicieron tres grupos, uno compuesto por seis participantes y los dos restantes por ocho. La distribución dentro de los grupos focales se realizó en base al tiempo de participación, de manera que estuvieran combinadas mujeres con más antigüedad en el grupo con las más recientemente incorporadas; así como en base a los roles de participación y liderazgo percibidos por la dinamizadora dentro del grupo habitual, para favorecer el equilibrio entre los grupos focales.

Tabla 1. Preguntas abiertas realizadas en los grupos focales

Cambio del estado anímico	¿Cómo creéis que el grupo ha influido sobre vuestro estado de ánimo? ¿Por qué creéis que os ha cambiado? ¿La gente que os rodea nota algún cambio en vuestro estado de ánimo?
Cambio de sus relaciones sociales y familiares	¿Cómo ha influido el grupo en vuestras relaciones sociales? ¿Teníais alguna expectativa de mejorar vuestras relaciones sociales?
Cambio de la autoestima	¿Cómo percibís vuestra autoestima?
Grado de implicación respecto a su estado de salud	¿Cómo pensáis que se ha modificado vuestro estado de salud? ¿Y respecto al uso de fármacos? ¿Creéis que se ha modificado vuestra salud, entendida como algo global, desde que venís al grupo?
Expectativas	¿Qué expectativas teníais? ¿Se han alcanzado?
Barreras	¿Qué barreras habéis encontrado en el grupo?
Propuestas	¿Qué cambiarías?

Todos los grupos focales fueron audiograbados durante 60-70 minutos y fueron dirigidos por dos investigadoras del equipo en calidad de moderadora y observadora.

Inicialmente, tras consenso del equipo investigador, se establecieron unas categorías y códigos iniciales. Tres de las investigadoras realizaron transcripción literal, lectura crítica en profundidad y codificación de las transcripciones mediante el programa MaxQDA, añadiendo nuevos códigos. Se llevó a cabo la triangulación de los resultados mediante puesta en común de las codificaciones y obteniendo unos resultados similares. Posteriormente, se realizó una lectura conjunta de las transcripciones con los nuevos códigos, obteniendo la codificación final y comprobando la saturación de la información, sin realizar nuevos grupos focales.

RESULTADOS

De las 30 usuarias que formaban parte del grupo de empoderamiento en el momento de nuestro estudio, 22 acudieron a la convocatoria.

Con carácter general, se perciben importantes mejoras en su autoestima y en sus relaciones sociofamiliares. La palabra más nombrada por las participantes ha sido «grupo», seguida por «gente», «marido», «persona» y «problema». Comentamos a continuación los aspectos más relevantes de cada una de las categorías analizadas.

Autoestima

Destaca la influencia en gran medida en la autoestima de las pacientes, tanto en su mejoría como en la percepción del concepto de autoestima que tienen (tabla 2).

Tabla 2. Frases representativas de los cambios producidos según categorías evaluadas

Categoría	Frase
Cambio de la autoestima	«Aprender a quererte y a no pensar. Esa tendencia que tenemos las madres a pensar siempre en los hijos en el marido, en todos..., y tú la última»
Cambio de sus relaciones sociales y familiares	«Necesitaba a gente que no me conociese, que no fuera de mi entorno; poder entregar todo lo que tenía dentro»
Percepción del estado de salud	«Y a raíz de venir a este grupo, ya empecé a dejar medicación, ya dejé de ir al psiquiatra, que ya no voy. Justo lo que dices, que llegabas allí y "¿Qué tal?". Una pastilla más, una pastilla menos, venga a casa... Y ya dije, pues, oye, ya no voy más»
Expectativas	«El duelo ese cuando fallece alguien que quieres, pues ya necesitaba eso..., abrazar, decirle a alguien: "¡Uy! ¡Qué guapa estás!", necesitaba eso como sacar todo»
Barreras	«Que esto no sirva para crearnos una dependencia»
Dinámica grupal	«Necesitas ese pequeño empujón, que a mí me parece que me lo da la energía del grupo»

El sentimiento de egoísmo por centrarse en ellas mismas aparece en su discurso, como dimensión contrapuesta a su propia autoestima: «Parece egoísmo, pero no lo es. Es valorarte, quererte y sentirte importante», «Antes siempre pensaba en los demás..., ahora ya puedo decir no [...]. ¡Soy yo la primera!».

En relación con la autoestima y la toma de decisiones, ha sido fundamental la adquisición de nuevas herramientas que las sesiones grupales les han ido proporcionando, coinciden en que han aprendido a escuchar a los demás, a tener una visión positiva de las cosas, a aceptarse a sí mismas. «Aprendes sobre todo a no cometer tantos errores, a darte cuenta de las cosas, porque a veces vamos aceleradas y no nos paramos a pensar [...] en frenar los pensamientos negativos [...], sobre todo aquí aprendes a escuchar», «Yo he aprendido [...] a dejar a un lado todo lo pasado [...], a intentar vivir con lo que tengo».

Relaciones sociales y familiares

Se comprueba que las mujeres del grupo relegaban su figura al último lugar dentro de la jerarquía familiar, siendo su misión la crianza y el cuidado de la familia. Las herramientas adquiridas han cambiado su percepción sobre su papel dentro de la unidad familiar, y han dejado de ser invisibles y pasado a reivindicar mayor protagonismo.

Dan al grupo una importancia como elemento esencial para iniciar de nuevo relaciones sociales (tabla 2), aunque no es la solución para todas: «Veo que me va fenomenal porque hay personas extraordinarias que me han dado energía positiva [...]. Quiero apostar a ver si termino de estar bien porque de momento no lo he conseguido».

Los lazos de confianza entre las mujeres del grupo permiten que se ayuden entre ellas: «Y si vemos que una viene mal [...], le decimos: "Mira, chatica, salte a la calle, date una vuelta. Y cuando se te pase la tontera te vienes"».

Un punto esencial son las relaciones con su núcleo familiar, donde se observaron cambios desde que las mujeres empezaron a participar en el grupo: «[...] porque en casa no tenía opinión ni tenía nada», «[...] Ahora mismo estará con el nieto a las doce... y yo les he dejado la comida [...]. Y esto era impensable antes [...]. Pero creo que está contento de verme a mí mejor..., pero que también le ha costado... aceptarlo».

Cambios en la percepción del estado de salud

Un elemento esencial fue evaluar los posibles cambios en la salud. En nuestros grupos destacan que no han percibido grandes cambios desde el punto de vista físico, pero sí en la forma de afrontar sus problemas de salud («[...] después de estar en el grupo..., a mí me han surgido otros problemas [...], y estoy segura que, de no haber estado en el grupo, [...] me hubiera sido muchísimo más difícil de superarlos»).

En el aspecto psicológico de la salud sí que se observan cambios. Las participantes percibieron una disminución tanto de la necesidad asistencial como del uso de fármacos («Tomaba alguna medicación, bueno, lo típico, un antidepresivo y algo para poder dormir, y toda esa dosis, pues la he bajado»).

Expectativas

Muchas integrantes del grupo hablaron de sus vivencias personales y de sus sentimientos, así como de las expectativas de lo que el grupo les podía aportar: «[...] necesitaba eso, como sacarlo todo, como que tenía mucho, como que estaba castrada. Porque, claro, la persona que siempre tenía cerca era mi marido, con el que siempre estaba bromeando, escuchándole, [...] pero necesitaba a gente que no me conociese [...] Porque sabía que eso también me iba a ser devuelto».

Barreras en el grupo

El aspecto negativo más destacado fue la dependencia que sintieron en relación con el grupo y con la figura dinamizadora: «Yo lo dejo todo, [...] me vengo al grupo y lo dejo todo». Tanto es así que incluso ellas mismas se dieron cuenta de esa dependencia (tabla 2).

El objetivo de fomentar la autonomía de las mujeres para mantener el grupo por sí mismo no se consiguió por la dependencia manifestada hacia la dinamizadora. Por un lado, hablaban de cohesión grupal («somos una piña»), pero, por otro, no se sentían capaces de mantener el grupo por ellas mismas, lo que nos muestra dificultad para generar autonomía y la dependencia a la figura líder (MJ): «Hace falta más MJ y menos psiquiatras y psicólogos», «[...] MJ ha pasado de ser nuestra trabajadora social, a ser nuestra mejor amiga [...]».

Dinámica intragrupal

Además de los cambios individuales, se generaron una serie de dinámicas entre las participantes, destacando reflexiones sobre sensaciones negativas vividas o sentidas en el grupo: «Ha habido personas del grupo que han sacado cosas de mí que no me gustan: la intolerancia, la impaciencia, el egoísmo [...]. He visto lo bueno y lo malo».

Pero también el grupo ha ayudado a destapar actitudes positivas que las mujeres no tenían reconocidas, como, por ejemplo, la capacidad de escuchar o la energía grupal: «[...] escuchar que hay mucha gente en semejante situación, también ver que de mi naturaleza sale adquirir unas formas de sobrellevarlo [...] te saldría en una circunstancia diferente, pero que necesitas ese pequeño empujón que a mí me parece que me lo da la energía del grupo, [...] y me voy diferente que vengo, y me cuesta venir, ha habido días muy duros de bajar al grupo [...]. Yo no sé si penetro en el grupo, pero el grupo en mí está penetrando».

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El grupo de participantes presenta una variabilidad en relación con el tiempo que han permanecido dentro de la actividad. La selección y división de las participantes en cada grupo focal se hicieron siguiendo el criterio de la coordinadora del curso. Esto ha podido generar una limitación respecto al discurso establecido por las participantes durante los grupos focales al no realizarse al azar, aunque se aceptó por el equipo investigador desde el inicio para crear un ambiente distendido y mejorar la comunicación. Tampoco se pudieron establecer las características demográficas o formativas previas de las participantes por cuestiones de confidencialidad inicial, lo que impidió evaluar el perfil tipo en contraste con los resultados encontrados. Los objetivos del proyecto muestran una intencionalidad evaluativa del grupo que han permitido establecer cambios en las ediciones posteriores para la mejora y para evitar, entre otros, la dependencia a la dinamizadora. Las limitaciones establecidas dificultan extrapolar los resultados a grupos en otros contextos diferentes.

DISCUSIÓN

Las mujeres participantes en los grupos de empoderamiento perciben, como aspectos positivos, cambios en el aprendizaje y adquisición de nuevas herramientas, que les ayudan a relativizar sus problemas al escuchar a otras mujeres que viven situaciones similares. Otros cambios percibidos fueron la mejora y la ampliación de la red social, así como los cambios en la percepción de su propio yo, mayor autonomía y mejora de su autoestima. La autoestima está directamente relacionada con las dinámicas en las relaciones sociales y familiares de las mujeres²⁷, hecho que se ha objetivado también en este estudio. Se observó un cambio en las relaciones intrafamiliares, al ver que las mujeres asumían un papel coprotagonista en las relaciones de pareja.

El empoderamiento y el aprendizaje grupal han sido valorados con resultados favorables tanto en este estudio como en otras investigaciones previas^{28,29}. Una red social débil es un factor de riesgo de soledad no deseada. Las intervenciones de promoción de salud como la realizada en nuestro caso pueden reducir este riesgo, ya descrito por March¹⁷.

Desde el punto de vista de la salud, en otros estudios han observado que las mujeres, tras participar en grupos de empoderamiento, presentan una mejora de su capacidad física y su depresión, así como una disminución del sentimiento de soledad³⁰. Sin embargo, en nuestros grupos no se percibieron grandes cambios desde el punto de vista físico, aunque sí en la forma de afrontar los problemas de salud, destacando la disminución del sentimiento de dependencia tanto a fármacos como a las visitas a atención especializada, una mejoría demostrada también en otros estudios²⁸. A su vez, las mujeres se sintieron más capaces a la hora de afrontar sus problemas de salud. Estudios similares en relación con acciones comunitarias con técnicas participativas han demostrado grandes beneficios en torno a la salud autopercebida³¹.

En contraposición, de manera negativa, en nuestro estudio destacó la dependencia que se apreció tanto al propio grupo como a la figura dinamizadora, dificultando el desarrollo personal por la falta de autonomía. Este aspecto de dependencia al grupo formado durante el proceso no aparece descrito en otras experiencias disponibles. Creemos que debería tenerse en cuenta a la hora de poner en marcha experiencias similares para evitarlo, pues ello favorecería un mayor empoderamiento de las participantes, que no se vería afectado por la permanencia de la dinamizadora.

Con esta experiencia, se evidenció la importancia y la necesidad de que las actividades comunitarias formen parte de la actividad diaria en la Medicina Familiar y Comunitaria. A la luz de los resultados, parece razonable invertir mayores recursos en este ámbito, pues tiene una repercusión positiva tanto en la mejoría de calidad de vida como en el consumo de recursos asistenciales. Creemos que es importante continuar evaluando actividades similares³², profundizando en la efectividad de estas intervenciones versus otras más tradicionales y rutinarias como la prescripción farmacológica.

CONCLUSIONES

Actividades comunitarias como la evaluada en este estudio mejoran y amplían la red social, fomentan el aprendizaje y la adquisición de nuevas herramientas, mejoran la autoestima de manera global y dotan de mayor autonomía en el entorno familiar. Dentro de la evaluación, es apreciable la dependencia a la figura dinamizadora como aspecto negativo y que debería ser tenido en cuenta a la hora de organizar experiencias similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2013 [citado 01 May 2019] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/.
2. Sicras-Mainar A, Mauriño J, Cordero L, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R. Costes y factores asociados a las respuestas óptima y subóptima al tratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria. *Aten Prim*. 2012;44(11):665-7.
3. Forjaz MJ, RodríguezBlázquez C, Ayala A, RodríguezRodríguez V, De Pedro Cuesta J, GarcíaGutiérrez S, PradosTorres A. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med* 2015;26(3):17681.
4. Aubá-Guedea E, Manrique-Astiz E, Seva-Fernández A, Jiménez-Cortés M. Enfermedad psiquiátrica en Atención Primaria. *Medicine* 2011;10(85):5759-65.
5. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodríguez-Artalejo F, Banegas JR, Martín-Moreno JM. Intervenciones preventivas en el ámbito de la atención primaria. El ejemplo del PAPPAS. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(1):151-7.
6. Ley 16/2003 de 28 Mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE nº 128.
7. Real Decreto 1030/2006 del 15 septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. BOE nº 222.
8. Pasarín Rúa MI, Miller R, Segura Benedicto A. Aportaciones de la Atención Primaria y la salud Pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*. 2008;40(3):115-17.
9. Aguiló-Pastrana E, López-Martín M, Siles-Román D, López-Fernández LA. Las actividades comunitarias en atención primaria en España. Un análisis a partir de la Red del Programa de Actividades Comunitarias (PACAP). *Aten Primaria*. Enero de 2002;29(1):26-32.
10. Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*. [Internet.] 2013;27(6):477-8. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S021391113001799>.
11. Declaration of Alma-Ata. [Internet.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1978. [Consultado: 1 de octubre de 2019.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata>
12. Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986. [Consultado: 1 de octubre de 2019.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion>
13. Mental Health Declaration for Europe. [Internet.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. [Consultado: 1 de mayo de 2019.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/mental-health-declaration-for-europe>,
14. Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020. [Internet.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. [Consultado: 1 de mayo de 2019.] Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf,
15. European Pact for Mental Health and Well-being. [Internet.] Brussels: European Commission; 2008. [Consultado: 1 de mayo de 2019.] Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_en.pdf,
16. WHO. A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. Kobe (Japan): WHO Kobe Centre Project Officer; 2004.
17. March S, Torres E, Ramos M, Ripoll J, García A, Bullete O, et al. Adult community health promoting interventions in primary health care: A systematic review. *Prev Med* 2015.
18. Suirá Martínez R. Factores asociados al empoderamiento en personas con lesiones medulares tras un accidente de tráfico. *Gac Sanit*. 2015;29(3):172-7.
19. Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, Fernández-Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, Tizón-García JL, et al. Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46(4):59-74.
20. March S, Ramos M, Soler M, Ruiz-Jiménez JL, Miller F, Domínguez J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria de salud. *Aten Primaria*. 2011;43(6):289-96.
21. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la semFYC. Medicina de familia y Salud Mental. *Aten Primaria*. 2009;41(8):427-8.
22. Ruiz-Giménez Aguilar JL, Domínguez Bidagor J. Reflexiones sobre «lo comunitario» en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2006;38(8):421-4.
23. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? [Internet.] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. [Consultado: 11 de mayo de 2009.] Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>
24. Joan Gené-Badía J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras L, Lagarda E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Aten Primaria*. 2016;48(9):604-9.
25. Instituto Vasco de la Mujer. La autonomía de las mujeres mayores en el País Vasco y su contribución a los procesos de empoderamiento. Vitoria-Gasteiz: Emakunde; junio de 2012.
26. Salud en Red en los Barrios. Salud Comunitaria en Arrabal. [Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2019. [Citado: 30 de octubre de 2020.] Disponible en: <https://atencioncomunitaria.aragon.es/wp/wp-content/uploads/2019/05/Informe-Arrabal-mayo-2019.pdf>
27. Yount KM, Dijkerman S, Zureick-Brown S, Vander Ende KE. Women's empowerment and generalized anxiety in minya, egypt. *Soc Sci Med*. 2014;106:185-93.
28. Sánchez-Gómez S, Medina-Moya JL, Mendoza-Pérez de Mendiguren B, Ugarte-Arena AI, Martínez de Albéniz-Arriaran M. Investigación acción participativa; la educación para el autocuidado del adulto maduro, un proceso dialógico y emancipador. *Aten Primaria*. 2015;76:S94-104.
29. Mandal M, Muralidharan A, Pappa S. A review of measures of women's empowerment and related gender constructs in family planning and maternal health program evaluations in low- and middle-income countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(Suppl 2).
30. Geller JS, Kulla J, Shoemaker A. Group Medical Visits Using an Empowerment-based Model as Treatment for Women With Chronic Pain in an Underserved Community. *Glob Adv Health Med*. 2015;4(6):27-60. doi:10.7453/gahmj.2015.057.
31. Mendoza MD, Mateos I, Grillo MT, Sagarra N, González C, Romera L. Escuela de envejecimiento activo en un barrio de zona urbana: una intervención recomendable. *Comunidad*. 2019;21(3):6.
32. Cassetti V, Paredes-Carbonell J, López Ruiz V, García A, Salamanca Bautista P. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32:41-7.

Fecha de recepción: 31 de julio de 2020 **Fecha de aceptación:** 5 de noviembre de 2020

Editores responsables: Micaela Lluís Sarralde



Participación en grupos de empoderamiento: utilidad y cambios percibidos

Marta Domínguez García, Alba Gállego Royo, Eva Lacort Beltrán, Marisa Juan Germán, Ainhoa Cambra Solans y Rosa Magallón Botaya

Comunidad marzo 2021;23(1):3

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

0
comentarios

Dejar un comentario

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar