

«Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud

Autores:

Elia Díez David, Maribel Pasarín Rua, Ferran Daban Aguilar, Núria Calzada Lombana, Carmen Fuertes Martínez, Lucía Artazcoz Lazcano, Carme Borrell Thió. Agència de Salut Pública de Barcelona

Para contactar:

Elia Díez David
ediez@aspb.cat

Resumen

Introducción

La «Llei de barris» (Ley de barrios) de Catalunya (2004) financia planes de rehabilitación en barrios frágiles. El programa «Salut als barris» (Salud en los barrios) (2005) pretende reducir en ellos las desigualdades sociales en salud mediante acción comunitaria.

Objetivos

Se describe la experiencia y retos de «Salut als barris» en Barcelona.

Métodos

En siete de los 12 proyectos «Llei de barris» de Barcelona la Agència de Salut Pública de Barcelona, los Distritos Municipales y el Consorcio Sanitario implementan «Salut als barris». Se contemplan procesos de intersectorialidad, participación, sostenibilidad, evidencia y evaluación en fases: a) alianzas políticas y grupo motor; b) conocimiento comunitario; c) priorización; d) plan de intervención basado en la evidencia y sostenibilidad; e) evaluación de procesos, satisfacción y percepción de salud, y f) mantenimiento.

Resultados

En estos barrios se han establecido acuerdos políticos y grupos motores, y priorizado necesidades y activos. Se han desarrollado intervenciones que facilitan la actividad física, las relaciones sociales, el ocio saludable, la alfabetización en salud y la salud sexual. Se alcanza al 5-25% de las poblaciones diana. Los resultados en salud autopercebida y satisfacción de usuarios y agentes son favorables.

Discusión

«Salut als barris» promueve el intercambio de conocimientos, metodología y objetivos entre

sectores municipales, y avanza la equidad en el ayuntamiento. Aunque el impacto poblacional es bajo, ya que actúa sobre determinantes intermedios, es probable que se hayan conseguido resultados en salud a estudiar a largo plazo.

Introducción

Las desigualdades sociales en salud reflejan diferencias en ingresos, riqueza y oportunidades debidas a la estructura social. Una diferencia en la salud de causa social e injusta es una inequidad en salud¹.

Las desigualdades son una realidad urbana². En todas las ciudades hay problemas de urbanización, equipamientos y accesibilidad, acompañados de paro, bajo nivel de renta y educación, y concentración de población necesitada.

Palabras clave: participación comunitaria, acción comunitaria, desigualdades en salud.

Financiación parcial.
Beca FIS del Ministerio de Ciencia e Innovación (MD 07/285).

Summary

Abstract

Introduction

The Neighborhoods Law (2004) funds rehabilitation schemes in vulnerable neighborhoods in Catalonia. The Health in the Neighborhoods program (2005) aims to reduce social inequalities in health in these areas through community action.

Objectives

We describe the experience, achievements, lessons learned and challenges of the implementation of Health in the Neighborhoods in Barcelona.

Methods

Twelve Neighborhoods Law rehabilitation plans are being put into effect in Barcelona. The Public Health Agency of Barcelona, the Municipal Districts and the Health Consortium are implementing Health in the Neighborhoods in seven of them. Intersectorality, participation, sustainability, evidence and evaluation are being applied in phases: 1) the establishment of political alliances and working group, 2) community

knowledge, 3) prioritization, 4) an intervention plan based on evidence and sustainability, 5) the evaluation of processes, satisfaction and perceived health of users, and 6) maintenance.

Results

Political agreements and working groups have been established in these neighborhoods and priority given to needs and assets. Interventions to facilitate physical activity, social relationships, healthy recreation, health literacy and sexual health have been implemented. They have reached 5% to 25% of the target populations. The results in self-perceived health and satisfaction of users and agents are favorable.

Discussion

Health in the Neighborhoods promotes the exchange of knowledge, confidence, methodology and objectives between municipal sectors and territories, and brings health and equity to the fore in all municipal council policies. Although its population impact is low, because it acts on intermediate determinants, it is likely to have achieved results in health that should be further studied.

Keywords: Community participation, community action, health inequalities.

DESDE LA DÉCADA DE 1980 EXISTE EN BARCELONA CIERTA TRADICIÓN DE ESTUDIO Y ACCIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Para reducir las desigualdades a nivel local se requiere gobernanza y acciones sobre determinantes del entorno, como el transporte, la movilidad, la planificación urbana, el medio ambiente o la seguridad, y sobre los determinantes socioeconómicos, como el empleo o las prestaciones sociales³⁻⁴.

En 2004 se aprobó en Catalunya la «Llei de barris» (LdB) para mejorar las condiciones de vida en los territorios más frágiles⁵. Se lleva a cabo una convocatoria anual de proyectos. Los criterios de selección contemplan la regresión urbanística, los déficits de equipamientos y transporte, y la concentración de inmigración, paro, población con pensiones asistenciales o en riesgo de exclusión. La Generalitat y el ayuntamiento financian entre 15 y 20 M euros en 4 años. Se han aprobado 141 proyectos.

En 2005 el Departamento de Salud catalán desarrolló el programa «Salut als barris» (SaB) para mejorar la salud de los residentes en los barrios beneficiados por la LdB y reducir, mediante la acción comunitaria, las desigualdades sociales en salud. Para operativizarlo, encargó a la Universidad de Barcelona un diagnóstico cualitativo en cada barrio beneficiario⁶.

Desde la década de 1980 existe en Barcelona cierta tradición de estudio y acciones contra las desigualdades en salud⁷⁻⁹. Con este bagaje, se acordó que la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) llevara a cabo, con recursos propios, un diagnóstico cualitativo y cuantitativo, y profundizara en el desarrollo y la evaluación de intervenciones. El proyecto recibió una beca FIS del Ministerio de Ciencia e Innovación (MD 07/285) con el objetivo de sistematizar y evaluar la metodología.

Desde entonces, SaB en Barcelona (SaBB) constituye una oportunidad de establecer y evaluar un modelo de acción contra las desigualdades en salud en barrios desfavorecidos. En este espacio compartimos el aprendizaje y el reto, los resultados, los aspectos que hay que mejorar y las fortalezas del proyecto.

Métodos

En Barcelona se han llevado a cabo 12 proyectos LdB, que agrupan a veces dos o tres barrios. Todos ellos forman parte del conjunto de zonas desfavorecidas, según un índice de privación. La SaBB se ha desarrollado progresivamente en siete de ellos: Poble-

sec, Roquetes, Ciutat Meridiana-Torre Baró-Vallbona, Santa Caterina-Sant Pere-La Ribera, Bon Pastor-Baró de Viver, Barceloneta y Raval. En dos casos se ha añadido un barrio contiguo por razones éticas (Vallbona y La Ribera). En la ASPB se formó un grupo técnico-directivo que dirige SaBB y propone, junto con la dirección municipal de proyectos de rehabilitación, la sucesiva implantación en los barrios, según la necesidad y la viabilidad.

La metodología SaBB se basa en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad¹⁰, y el desarrollo de intervenciones, en el modelo *Intervention Mapping*¹¹. Comprende las fases siguientes:

1. Alianzas políticas y grupo motor

En primer lugar, se promueve que la Concejalía de Salud, la Concejalía del Distrito Municipal correspondiente y la gerencia del Consorci Sanitari de Barcelona acuerden llevar a cabo colaborativamente SaBB en un barrio.

Tras el acuerdo, se ofrece la participación en un grupo motor local a los agentes comunitarios que puedan facilitar, intervenciones para reducir las desigualdades en salud. Se intenta que incluya representación de: ASPB, CAP, y Servicios Sociales, Plan/es de Desarrollo Comunitario, Consorci Sanitari de Barcelona, enfermería comunitaria, técnico/a de barrio y, a menudo, farmacias, escuelas, servicios de inserción laboral, entidades y vecinos. El técnico de salud pública organiza las reuniones y vela por su mantenimiento. El grupo motor se incluye en algún grupo comunitario preexistente, y cuando no es posible, se establece ex novo. En el grupo se prima el componente técnico para hacerlo eficiente. La participación vecinal amplia está en manos de los planes comunitarios, representados en el grupo motor.

2. Conocimiento comunitario

Se utilizan métodos cualitativos y cuantitativos en paralelo¹¹.

Estudio cuantitativo

La ASPB analiza la información disponible sobre la población residente en cada barrio. Si no está disponible, se utiliza la del distrito o la de la ciudad. Se recogen indicadores por edad y sexo: a) sociodemográficos; b) fecundidad y abortos; c) tuberculosis, sida-VIH y otras enfermedades de declaración obligato-

ria (EDO); d) mortalitat global i per causes; e) accidents de tràfic i laborals; f) consum de drogues; g) ús de serveis sanitaris. Se exploren les diferències entre barris, districtes i en la ciutat.

Estudi qualitatiu

Pretende conèixer la percepció que els agents, entitats i ciutadania tenen de la realitat. A més de informació, aquests contactes faciliten la resposta conjunta.

Se utilitzen les següents tècniques: a) entrevistes a informants clau; b) grups nominals (uno amb professionals sanitaris, otro socioeducatiu i otro d'entitats), i c) grups de discussió amb residents, a vegades per edat i sexe.

Les entrevistes informen sobre els problemes de salut, fortalezas, actius i debilitats del barri. Se agrupan temes i se elaboran llistes de els problemes percebidos per cada grup.

3. Priorització de problemes i intervencions

La informació anterior se lleva a una jornada de priorització comunitària que se difunde al màxim. Els veïns i agents assistents, després d'una reflexió personal, voten a mà alçada els temes que desean prioritzar, fins a un màxim de dos terços del total¹².

Sobre els principals aspectes, la ASPB revisa la efectivitat de intervencions comunitàries en la bibliografia. Al mateix temps, el grup motor recorre lo que se està fent sobre el tema en el barri. Se suceden reunions i se madura una llista de intervencions en base a la evidència, els recursos disponibles i la sostenibilitat després de la fase intensiva.

4. Plan de intervencions

Una vegada prioritzades les accions, el grup motor estableix unes línies d'acció, ja que se poden llevar a cabo varies intervencions per un objectiu, i, a la inversa, una intervenció pot contribuir a diferents objectius. Se ponen en marxa grups de treball per cada línia d'acció, que supervisen i a menuda implementen els projectes.

Les intervencions son preferiblement intervencions existents en el barri o en la ciutat, basades en evidència, que se poden reforçar. En absència de experiències prèvies, el grup desenvolupa intervencio-

nes noves que se evalúen amb un disseny prepost i segueixen la metodologia Intervention Mapping: a) objectius en funció de l'anàlisi de els problemes i les seves causes; b) models teòrics i estratègies per canviar els determinants de l'entorn i conductuals; c) producció de materials; d) planificació de la implantació i la sostenibilitat de les intervencions, i e) disseny simultaniu de un plan de evaluació de procés i de efectes.

Cada projecte se descriu en un format estandaritzat amb antecedents, objectius, activitats, evaluació, recursos i bibliografia. Els materials segueixen els principis de la alfabetització en salut¹³ i se pretesten¹⁴.

5. Evaluació

El plan evaluatiu comprèn la evaluació de la implantació del plan i la de cada intervenció. Se aplica un conjunt bàsic d'indicadors que se pot completar en cada barri.

Evaluació de la implantació de «Salut als barris en Barcelona»

Inclou: a) implantació i cronograma de les fases de SaBB i b) satisfacció del grup motor sobre els processos i resultats mitjançant un qüestionari autoadministrat anònim.

Evaluació de cada intervenció

Se evalua la estructura, el procés i els resultats en salut mitjançant registres o entrevistes amb qüestionaris presencials o telefònics: a) recursos econòmics, humans i d'equipament (estructura); b) qualitat de la intervenció en funció de si se basa en bibliografia, aborda un problema prioritzat, i si se ha pilotat (procés); c) activitats de comunicació (procés); d) activitats realitzades, nombre de participants i característiques (edat, sexe, nivell d'estudis, situació laboral i país de naixement) respecte a la previsió (procés); e) satisfacció de participants i del voluntariat (procés); f) sostenibilitat de la intervenció (resultats), i g) canvis en salut o determinants en els participants (resultats).

Se elabora un document evaluatiu estandaritzat després del primer any d'intervenció.

6. Manteniment

Després de la fase intensiva, de uns 3 anys, se manté el grup de treball en salut, generalment inclòs en el plan comunitari. La

EL PLAN EVALUATIVO COMPRENDE LA EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL PLAN Y LA DE CADA INTERVENCIÓN

Tabla 1
PROBLEMAS DE SALUD PRIORIZADOS EN LA JORNADA PARTICIPATIVA DE «SALUT ALS BARRIS» EN ZONA NORD

Problemas de salud	Votos
Soledad y aislamiento en personas mayores	43
Alcohol y drogas ilegales en jóvenes y adultos	39
Embarazo adolescente	33
Dificultades de comunicación entre población autóctona e inmigrada	33
Falta de seguridad y vandalismo	33
Falta de espacios para jóvenes y mayores	33
Higiene ambiental, barrio muy sucio	31
Violencia de género en adolescentes y adultos	24
Salud mental en adolescentes y adultos	21
Obesidad infantil y en adultos	16

enfermera comunitaria se encarga del enlace con la ASPB. El técnico/a de salud pública se retira e inicia la fase intensiva en otro barrio.

Resultados

Desde 2008 se han llevado a cabo 7 proyectos SaBB que se encuentran en diferentes fases de implementación. Se describe la experiencia global y un ejemplo de cada fase en diferentes barrios.

1. Alianzas políticas y grupo motor

En todos los barrios se ha establecido un acuerdo político. En los dos primeros el acuerdo tardó más de 3 meses en producirse. En el resto los tiempos se han reducido progresivamente.

En todos los barrios se ha establecido un grupo motor, excepto en un caso en que no ha sido posible por disensiones entre entidades comunitarias. En general, el grupo se ha inscrito en grupos comunitarios preexistentes. La composición suele ser rica. La generación de confianza entre los miembros requiere alrededor de un año.

2. Conocimiento comunitario

En todos los barrios se ha llevado a cabo el diagnóstico comunitario. El cuantitativo lo ha hecho el servicio de información sanitaria de la ASPB, que dedica un mes a su elaboración. Mientras tanto, el técnico de salud pública realiza el cualitativo, que dura unos tres meses. Se han elaborado en todos los barrios extensos documentos de diagnóstico¹⁵ y se han hecho presentaciones públicas en los ámbitos comunitarios y profesionales.

3. Priorización comunitaria de problemas de salud e intervenciones

En todos los barrios, excepto en dos en los que SaBB se desarrolla de forma simultánea a LdB, se ha hecho una jornada de priorización comunitaria. Participan de 30 a 100 personas. La lista de problemas priorizados es bastante similar entre barrios, cambiando principalmente el orden. La tabla 1 presenta la priorización en una zona.

Los grupos motores han decidido las líneas de acción. Se han realizado revisiones bibliográficas que se han puesto a disposición de los grupos.

4. Plan y desarrollo de intervenciones

Se han implementado hasta el momento 18 intervenciones distintas. De ellas, varias son de ámbito ciudad, con una ejecución preferente en estas zonas, como el programa «Activa't» (Actívate), que ofrece a personas mayores sesiones gratuitas de taichi, chikung y caminatas 2 días a la semana en parques urbanos (figura 1). Diez intervenciones son nuevas, como el programa «Baixem al carrer» (Bajemos a la calle), que activa voluntariado para pasear a personas con dificultades de movilidad aisladas por barreras arquitectónicas¹⁶. Se presentan algunos resultados (figura 2).

Los materiales se producen con mucha atención. Por ejemplo, la prueba piloto de un folleto en el que una joven invitaba a un programa de caminatas en un barrio mostró que las personas mayores no se sentían identificadas, y se añadió un nuevo folleto con la imagen de señoras mayores del barrio.

5. Evaluación de las intervenciones y del plan «Salut als barris en Barcelona»

Las evaluaciones requieren más de un año de trabajo intenso. Se dispone de evaluaciones de los cuatro primeros barrios¹⁵. Los miembros de los grupos motores están en general muy satisfechos con los procesos y logros.

En cuanto a la equidad de las intervenciones, el perfil socioeconómico de los participantes permite valorar el alcance de la población diana. Por ejemplo, en la Zona Nord, la proporción de mujeres inmigradas alcanzada por el programa de promoción de la contracepción SIRIAN es más elevada que la autóctona, tal como se pretendía.

EN TODOS LOS BARRIOS SE HA LLEVADO A CABO EL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO

La mejora de salud o de sus determinantes entre las personas participantes son indicadores relevantes. Las personas participantes suelen referir una mejora de salud autopercebida (figura 3).

6. Mantenimiento

En dos zonas ya se ha llegado satisfactoriamente a la fase de mantenimiento, y en otras dos se llegará a ella muy pronto.

Discusión

Deseamos comentar algunas limitaciones. La principal se deriva de la falta de información representativa en zonas pequeñas. No ha sido posible realizar encuestas poblacionales en los barrios por lo que la evaluación de resultados en salud se remite a las percepciones de usuarios y agentes. Si bien son excelentes, la población alcanzada por las intervenciones en los barrios oscila entre un 5 y un 25%, aunque en algunas poblaciones específicas como la del «Baixem al carrer» cubre prácticamente el 100%.

Puesto que el diagnóstico cuantitativo se basa en información de salud preexistente, a veces faltan datos o indicadores. De todos modos, se dispone de un volumen de información considerable. Puede haber un sesgo de selección de participantes en los grupos nominales y de discusión.

La dilación de la fase de alianzas políticas en los primeros tiempos se puede relacionar con la impresión de que la salud ya se trabaja directamente con los servicios sanitarios en los distritos, los temores a generar expectativas, y los cambios de responsables. Todo lo anterior se ha ido superando paulatinamente.

En cuanto a las fortalezas de SaBB, destaca el esfuerzo por simplificar y homogeneizar métodos e instrumentos. El grupo central intenta mejorar continuamente los procesos.

El trabajo del grupo motor requiere tiempo, aprendizaje común, respeto y discusión constructiva, lo que suele ocurrir porque en general los miembros son personas motivadas que ponen esfuerzo personal en el proyecto. Los equipos de salud pública aportan la cultura de la evidencia, la evaluación y la orientación a resultados, mientras que otros miembros aportan experiencia y un profundo conocimiento del trabajo comunitario. La planificación de las evaluaciones ha tenido la ventaja añadida de promover expectativas realistas



Figura 1. Programa «Activa't. Salut als barris», 2011.

sobre los resultados. El trabajo en proyectos y las evaluaciones exitosas ayudan a establecer lazos entre los miembros. Los grupos se consolidan al cabo de un año.

Otro aspecto valorable ha sido el reconocimiento de la vida comunitaria existente en los barrios. Esta aproximación ha facilitado superar suspicacias frente a los recién llegados. Sin embargo, en alguna ocasión SaBB se ha replgado ante dinámicas poco respetuosas o que requieran mucho tiempo, ya que, finalmente, se trata de utilizar los escasos recursos públicos en acciones viables.

En la práctica, la SaBB ha aplicado tres recomendaciones contra las desigualdades locales: la evidencia, la acción intersectorial y la participación comunitaria^{17,18}. La SaBB ha contado con más de un centenar de colaboradores en los barrios, instituciones, universidades, voluntariado, entidades y ciudadanía, aunque la participación más importante ha sido la de los grupos motores¹⁹.

Hay que recordar que el impacto de las intervenciones comunitarias solo es valorable tras

LA SABB HA APLICADO TRES RECOMENDACIONES CONTRA LAS DESIGUALDADES LOCALES: LA EVIDENCIA, LA ACCIÓN INTERSECTORIAL Y LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

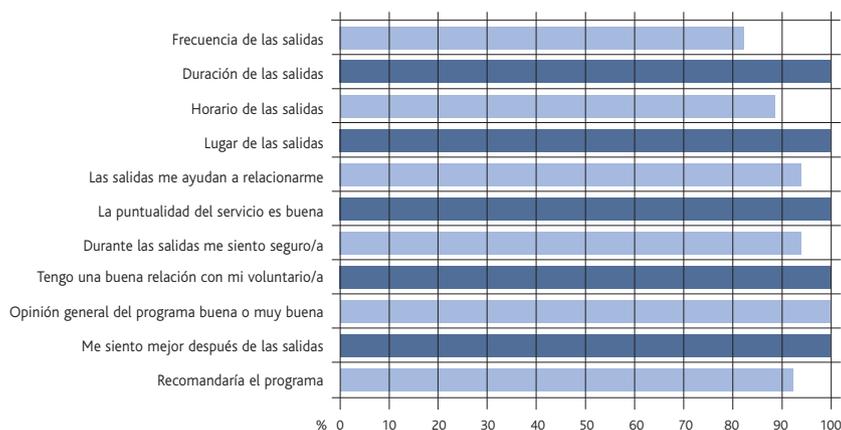


Figura 2. Satisfacción de las personas usuarias del programa «Baixem al carrer. Salut als barris» en Santa Caterina-Sant Pere, 2011.

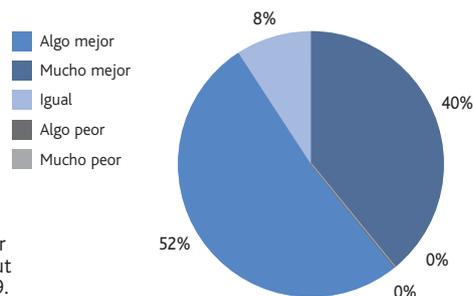


Figura 3. Percepción de cambios en la salud tras participar en el programa «Activa't. Salut als barris» en Poble-sec, 2009.

años de trabajo sostenido, y que mantener las intervenciones a largo plazo requiere mucho esfuerzo, sobre todo en el caso de intervenciones nuevas y especialmente en tiempos de crisis. En cuanto a los efectos de la LdB, estamos trabajando en una evaluación de su impacto en la salud mediante la comparación entre las Encuestas de Salud de Barcelona de 2001 y 2011. Cabe esperar que SaBB haya contribuido a humanizar los proyectos de regeneración urbana, cuyos efectos en la salud son, por definición, más importantes que los comunitarios, ya que actúan sobre determinantes estructurales.

En conclusión, SaBB promueve el intercambio de conocimientos, confianza, metodología y objetivos entre sectores y territorios municipales, y avanza la salud en todas las políticas y la equidad. Aunque el impacto poblacional es bajo, ya que actúa sobre determinantes intermedios, es probable que se hayan conseguido resultados en salud que deseamos estudiar a largo plazo.

Agradecimientos

Alfonso Pozuelo, Ana Novoa, Ángel Rodríguez, Ángeles Viaplana, Angelines Duesca, Anna Àngel, Anna García-Altés, Anna Llupià, Anna Roig, Antoni Calero, Antonio Caballero, Araceli Ríos, Carles Benet, Carme Cortina, Carmen González, Catherine Pérez, Clara Prades, David Clusa, Elena Jara, Encarna Ruíz, Eugenio Calciati, Eva Arias, Eva Galofré, Felipe Herrera, Felipe Reyes, Glòria Muniente, Glòria Pérez, Guillem Encabo, Ignasi Ruano, Joan Manel de Homdedeu, Jordi Armengol, Jordi Bautista, Laia Nebot, Lluïsa Estruga, Lorena Lorenzo, Lourdes García, M.ª Ángeles Fernández, M.ª Dolores Filló, M.ª Rosa Àngels, M.ª Teresa del Amo, Magnòlia Fuentes, Maite González, Manel Galindo, Marcela Iturriaga, Mariona Buxadé, Mariona Mercader, Marisa Parés, Marta Boqué, Marta Domenech, Marta Fontané, Mercè Sánchez, Miguel Pulgarín, Míriam Sáez, Montse Bartrolí, Montse Izquierdo, Montse López, Montse Petit, Montserrat Alegret, Natalia Sagarra, Noèlia Sotus, Noèlia Vázquez, Pilar Heras, Raquel Rojo, Sebastián López, Sira Bernaus, Sira López, Sofia Ferré, Susana Núñez, Teresa Brugal, Xavier Altimiras, Xavier Blancafort, Xavier Cortés, Xavier Sintés.

Bibliografía

- Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *International J of Health Services*. 1992;22:429-45.
- Rydin Y, Bleahu A, Davies M, Dávila J, Friel S, De Grandis G, et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet*. 2012;379:2079-108.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661-9.
- WHO. Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the roles of local government. Mike Grady and Peter Goldblatt (eds.). London: Institute of Health Equity, University College London; 2012.
- Generalitat de Catalunya. Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris, àrees urbanes i viles que

requereixen una atenció especial. Disponible en: www.parlament-cat.net/activitat/llei/2_2004.doc. [Consulta: agosto de 2012.]

- Generalitat de Catalunya. Programa Salut als Barris. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/>. [Consulta: agosto de 2012.]
- Borrell C, Arias A. Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona 1983-89. *Gac Sanit*. 1993;38:205-10.
- Borrell C, Arias A. Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain. *J Epidemiol Com Health*. 1995;49:460-5.
- Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV. Informe SESPAS 2004: La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18:58-67.
- Gofin A, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21:177-85.
- Bartholomew LK, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. Planning health promotion programs: an Intervention Mapping approach (2nd ed.). San Francisco, California: Jossey-Bass; 2006.
- Novoa A, Pasarín MI. Diagnòstic de Salut del barri del Raval. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2011. Disponible en: http://www.aspb.es/quefem/docs/Diagnostic_salut_Raval.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- WHO. Regional Preparatory Meeting on Promoting Health Literacy. UN ECOSOC; 2009.
- National Cancer Institute. Making health communication work. National Institutes of Health; 1992. Disponible en: http://www.cancer.gov/cancer-topics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- Agència de Salut Pública de Barcelona. Salut i Barris: Informes. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/documents_salut_barris.htm. [Consulta: agosto de 2012.]
- La Vanguardia. Así funciona el programa «Baixem al carrer». Disponible en: <http://goo.gl/uwWnA>. [Consulta: agosto de 2012.]
- WHO. Urban HEART. Instrumento de Evaluación y Respuesta en Materia de Equidad Sanitaria en los Medios Urbanos. Disponible en: http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/urban_heart.pdf. [Consulta: agosto de 2012.]
- National Collaborating Centre for Determinants of Health. Assessing the impact and effectiveness of intersectoral action on the social determinants of health and health equity: An expedited systematic review. Antigonish, NS: National Collaborating Centre for Determinants of Health, St. Francis Xavier University; de 2012.
- Grupo de Trabajo para la Salud y Desarrollo Comunitario. Caja de Herramientas Comunitarias. Universidad de Kansas, 2012. Disponible en: <http://ctb.ku.edu/es/Default.aspx>. [Consulta: agosto de 2012.]

El valor de un trabajo compartido y unificado en un distrito sanitario. «Talleres de alimentación y nutrición: comer bien para vivir mejor»

Autoras:

Ángeles Palacios Pérez, Gema Martínez Palacios, M.ª Ángeles Alcalá del Olmo, Mercedes Martínez Abad, Leonor Molina Alameda, M.ª Luisa Muñoz Balsa. SERMAS, Dirección Asistencial Oeste de Atención Primaria. Centros de Salud de Alcorcón: CS La Rivota, CS Gregorio Marañón, CS Dr. Trueta, CS Ramón y Cajal y CS Laín Entralgo

Para contactar:

Ángeles Palacios Pérez
apalacios.gapm08@salud.madrid.org

Resumen

Presentamos el proceso de diseño y desarrollo de los «Talleres de alimentación y nutrición: comer bien para vivir mejor» como una intervención comunitaria compartida por los siete centros de salud del municipio de Alcorcón (Sudoeste de Madrid).

Estos talleres forman parte del Programa Mayores Salud: proyecto de colaboración conjunta de las instituciones de la administración local y autonómica. Se trata de un programa dirigido a mayores de 60 años cuyo objetivo general es promover el envejecimiento activo y saludable.

La Atención Primaria (AP), con el objetivo específico de fomentar patrones de conducta saludables en todas las esferas de la vida y, también, en la alimentación y nutrición, constituye un grupo de trabajo –en marzo de 2009– con profesionales de los diversos centros de salud del municipio, encargado de realizar el diseño y la organización de estos talleres desde una línea de intervención compartida, un trabajo unificado, la colaboración y la puesta en común y ofertándose a la población con libre elección de centro de salud para la asistencia.

Durante el período de junio de 2009 a junio de 2011 se realizaron un total de 90 talleres, que tuvieron una participación de 820 asistentes.

Introducción

Existen evidencias científicas de la efectividad de las intervenciones grupales en educación para la salud (EPS)^{1,2}, y en concreto en relación con la alimentación saludable hay múltiples intervenciones dentro de programas comunitarios de prevención y abordaje de factores de riesgo cardiovascular^{3,4}.

Los «Talleres de alimentación y nutrición: comer bien para vivir mejor» representan una innovación en las actividades preventivas de EPS, ya que las intervenciones de EPS grupales en el

ámbito de la AP son realizadas por los equipos de manera independiente; es decir, cada centro desarrolla y organiza la EPS según su planificación interna, mientras que en este caso el Programa Mayores Salud es un proyecto de las instituciones públicas de la administración local y autonómica del municipio de Alcorcón (Madrid). Participan cuatro instituciones: Servicio Madrileño de Salud, Ayuntamiento de Alcorcón, Comunidad Autónoma de Madrid y Universidad Rey Juan Carlos. Surge en diciembre de 2008 con la idea de desarrollar conjuntamente líneas de intervención dirigidas a mayores de 60 años. La puesta en marcha de esta iniciativa supone un paso más en la línea de colaboración iniciada en los últimos años entre los diversos sectores involucrados en la promoción de los estilos de vida saludables.

Con el objetivo general de promover un envejecimiento activo y saludable a través de la intervención en las áreas bio-psíquico-social, los representantes de las instituciones elaboraron y diseñaron el Programa Mayores Salud. Posteriormente, cada institución, a través de la figura de su representante, se responsabili-

Palabras clave: salud, comunitaria, interinstitucional, mayores.

Summary

The value of a shared and unified project in a healthcare district: "workshops on food and nutrition: eating well for better living"

Abstract

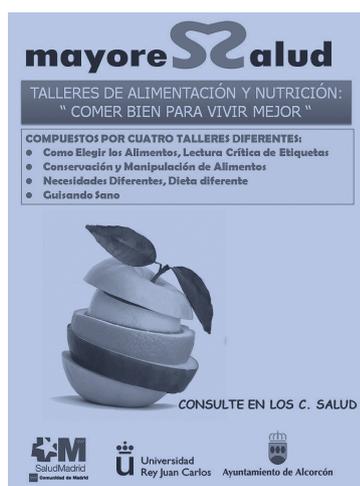
We present the design and development process of the "workshops on food and nutrition: eating well for better living" as a community intervention shared by the seven primary care health centers in Alcorcón (Southeast of Madrid).

These workshops are part of the Seniors Health Program: a joint collaboration project involving local and regional

government bodies. This program is aimed at people aged over 60 with the overall objective "to promote active and healthy aging." Primary Care, within the specific objective "to promote healthy behavior patterns" and to address food and nutrition, is a working group (March 2009) involving all the health centers in the municipality, which will undertake the design and organization of these workshops, from a shared line of intervention, working more closely together, collaboration, reaching consensus and allowing the community to choose which health care centre they wish to use. During the period June 2009–June 2011 there were a total of 90 workshops, with the participation of 820 attendees.

Keywords: Health. Community. Interinstitutional. Seniors.

- ▶ Cartel base donde se incorporaron posteriormente las fechas y horarios de realización del taller en cada centro de salud para su difusión en todas las instituciones del Programa Mayores Salud



zó de liderar unas actividades que se incluyeron en el programa final. Este liderazgo supuso ofertar al programa el diseño, los contenidos y puesta en escena, así como los profesionales y los recursos materiales disponibles.

Todas las actividades del programa se impartieron en forma de talleres, seminarios y charlas coloquio que pretendían fomentar la participación. Se programaron teniendo en cuenta el calendario escolar, de octubre a junio, en dos cuatrimestres: octubre-enero y febrero-junio.

Con el objetivo específico de fomentar patrones de conducta saludables, la AP constituyó un grupo de trabajo en marzo de 2009 para elaborar los «Talleres Alimentación y Nutrición: comer bien para vivir mejor». Se organizaron cuatro talleres diferentes con contenidos que abordaban todos los aspectos relevantes de una alimentación saludable:

1. Elección de alimentos: lectura crítica de etiquetas.
2. Manipulación y conservación de los alimentos.
3. Necesidades diferentes, dieta diferente.
4. Guisando sano.

Estos talleres se diseñaron con una metodología activa y participativa⁵, con contenidos flexibles adaptados a las necesidades de los participantes. El programa arrancó definitivamente en junio de 2009.

Objetivos

- Diseñar una línea de intervención comunitaria compartida entre los siete centros de salud de Alorcón con coordinación autónoma.

- Ampliar la educación sanitaria de nuestros mayores en alimentación y nutrición y en cuidados higiénico-dietéticos.
- Fomentar grupos de encuentro estimulando la participación y la interrelación social⁶.
- Favorecer la formación de agentes comunicadores de salud que actúen en su entorno: familia, amigos, etc.
- Evaluar resultados del grupo y de la actividad durante el período de junio de 2009-junio de 2011.

Métodos

Metodología

Desde la AP se quiso mejorar los cuidados en la alimentación de nuestros mayores y se impulsó un proyecto conjunto en el que participaron todos los centros del municipio.

A través del representante de la Dirección Asistencial Oeste de Atención Primaria en el Programa Mayores Salud se articuló la estructura de un grupo de trabajo y de coordinación del proyecto.

En una primera convocatoria con responsables de enfermería, el coordinador presentó el planteamiento del proyecto: crear unos talleres de alimentación y nutrición como intervención conjunta de distrito y uniendo el trabajo de los siete centros de salud del municipio, con la finalidad de sumar intereses, tener un objetivo común, compartir conocimientos y rentabilizar nuestro esfuerzo y nuestro tiempo.

Tras este primer contacto surgieron dos referentes sanitarios (medicina de familia y enfermería) por cada centro, que fueron los integrantes del grupo de trabajo.

El grupo de trabajo se configuró como tal en marzo de 2009 y estaba compuesto por 14 integrantes, todos ellos sanitarios: 12 enfermeras y dos médicos de familia. El coordinador del grupo fue una de las enfermeras.

Planificación del trabajo del grupo:

1. Titular el proyecto.
2. Elegir contenidos.
3. Desarrollar los contenidos.
4. Puesta en común de los contenidos ya elaborados.
5. Puesta en marcha de los talleres.
6. Seguimiento y evaluación continua de la actividad.

Las reuniones mantenidas fueron significativamente más numerosas y frecuentes en el inicio y hasta la configuración y estructuración del trabajo. Merece la pena definir las:

- **Primera reunión (marzo de 2009):** presentación y planteamiento del proyecto de intervención conjunta al grupo de trabajo, tormenta de ideas, con propuestas sobre estructura y organización.
- **Segunda reunión (marzo de 2009):** definición de título («Talleres de alimentación y nutrición: comer para vivir mejor») y de los contenidos, que quedan agrupados por mayoría en cuatro talleres independientes:
 1. Elección de alimentos: lectura crítica de etiquetas.
 2. Manipulación y conservación.
 3. Necesidades diferentes, dieta diferente.
 4. Guisando sano.

Tres de los talleres fueron creados conjuntamente por dos centros de salud y uno lo ideó un solo centro, siendo todos ellos responsables de la selección de contenidos y de la elaboración de las presentaciones.

- **Tercera reunión (abril de 2009):** se estructuró el desarrollo de estos talleres como EPS grupal de centro y para ello se diseñó una evaluación independiente, además de la evaluación protocolizada por el Programa Mayores Salud.
- **Cuarta reunión (mayo de 2009):** se planteó trabajar el registro de la actividad por planes de cuidados y se configuraron los cronogramas de junio. Se acordó que cada centro impartiría el taller que había elaborado.
- **Quinta reunión (junio de 2009):** valoración del primer taller ejecutado.
- **Sexta reunión.** Jornada de puesta en común (septiembre de 2009): con una duración de siete horas, en esta jornada liberada de carga asistencial, el grupo se reunió y cada subgrupo llevó a cabo la presentación del tema confeccionado. Se realizó una valoración conjunta de los trabajos y se hicieron sugerencias de mejora. Se volcaron todos los trabajos a un banco de contenidos compartidos para todos que dieron lugar al intercambio.

A partir de noviembre de 2009 se continuaron haciendo reuniones con el objetivo de realizar: seguimiento, evaluación y propuestas de mejora, así como de información del Programa Mayores Salud.

Las reuniones de grupo tuvieron una duración de 90 minutos, siempre en horario bisagra.

El registro de la actividad se realizó en historia informatizada OMI-AP por Planes de Cuidados de Enfermería.

La evaluación de la actividad se llevó a cabo abordándola desde dos puntos de referencia:

1. Como Programa Mayores Salud a través de las hojas de evaluación unificadas para todas las actividades del programa.
2. Como EPS de centro, con las evaluaciones de intervención grupal.

Actores sociales

- El grupo de trabajo: constituido por dos referentes sanitarios de cada uno de los siete centros de salud y la figura de un coordinador de la actividad propuesta desde la Gerencia de Atención Primaria del Área 8 (14 sanitarios).
- La población mayor de 60 años del municipio de Alcorcón a quien va dirigida esta actividad.
- Profesionales de los centros de salud que colaboraron en algunos aspectos del desarrollo del programa como en otras actividades de EPS de centro: celador, auxiliar de enfermería, auxiliares administrativos, director de centro, sanitarios (36 profesionales).

Instituciones que intervienen

En el proyecto de los «Talleres alimentación y nutrición: comer bien para vivir mejor» quedan representadas todas las instituciones que integran el Programa Mayores Salud:

- Por el Servicio Madrileño de Salud, la Gerencia de Atención Primaria Área 8 (actualmente, Dirección Asistencial Oeste AP), Hospital Universitario Fundación Alcorcón y Salud Pública del Área 8.
- Por el Ayuntamiento de Alcorcón, sus concejalías.
- Por la Comunidad Autónoma de Madrid, el Centro de Mayores de Alcorcón.
- Por la Universidad Rey Juan Carlos, el vicerrectorado de Política Social, Calidad Ambiental y Universidad Saludable.

Proceso de intervención

- **Desarrollo:** el Programa Mayores Salud tiene una programación cuatrimestral. Cada centro

EL REGISTRO DE LA ACTIVIDAD SE REALIZÓ EN HISTORIA INFORMATIZADA OMI-AP POR PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

de salud imparte los cuatro talleres cada cuatrimestre. El número de sesiones necesarias para desarrollar cada taller es variable y es decisión de los ponentes de cada centro de salud. Las sesiones son formativas: activo-participativas, con casos prácticos. Por término medio, cada sesión es de 90 minutos.

- La población elige el centro de salud donde asistir, hay libre elección de centro para la asistencia, posteriormente los datos de los pacientes se cruzan entre centros para su pertinente registro.
- **Captación:** en consultas y por folletos y carteles del programa que se reparten en todas las instituciones.
- **Recursos:** humanos y materiales de cada centro de salud más espacios físicos del Ayuntamiento de Alcorcón. Se cuenta con el apoyo logístico de la industria farmacéutica.
- El registro de la actividad se realiza en historia clínica OMI-AP o AP-Madrid, por Planes de Cuidados, teniendo diseñado un Plan Estandarizado NIC 5604 enseñanza en grupo y creando un episodio de Alimentación del Adulto, Código CIAPT05.

Evaluación

- **De la intervención comunitaria:** se realiza a través del formato unificado del Programa Mayores Salud con: a) ficha de evaluación para los participantes (Escala de Likert 1-6): ponentes, contenido, metodología, materiales entregados y satisfacción general y sugerencias, y b) ficha de evaluación general de la actividad por los profesionales: espacio, fecha, horario, materiales, publicidad/tiempo, cumplimiento del programa.
- **Del registro por planes de cuidado en historia clínica:** se lleva a cabo a través de una recogida y análisis de datos por sentencias SQL⁷.

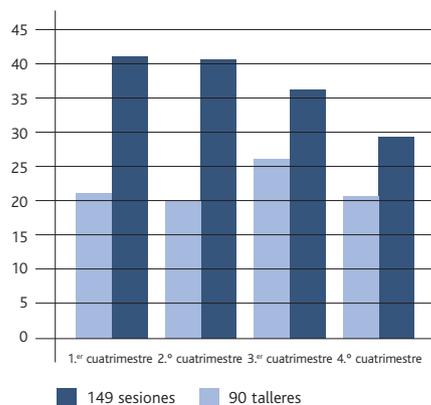


Figura 1. Talleres llevados a cabo de junio de 2009 a junio de 2011.

Resultados

- a) **Grupo de trabajo:** se han mantenido un total de 14 reuniones de grupo:
 - **Marzo-diciembre de 2009:** siete reuniones más una jornada de trabajo.
 - **Enero-diciembre de 2012:** cuatro reuniones (una por trimestre).
 - **Enero-junio de 2011:** dos reuniones (una por trimestre).
- b) **Talleres:** se llevaron a cabo 23 ediciones de los talleres desde junio de 2009 a junio de 2011. Cada edición supuso la puesta en marcha de los cuatro talleres independientes. Finalmente, en este período se realizaron un total de 90 talleres (figura 1).
- c) **Sesiones:** para la realización de estos 90 talleres se necesitaron 149 sesiones (figura 1).
- d) **Asistencia:** participaron 820 personas con una edad media de 62 años (figura 2).
- e) **Profesionales que participaron en esta actividad en el centro de salud como EPS:** 27 enfermeras, cuatro médicos de familia, un trabajador social, dos auxiliares de enfermería y dos celadores (figura 3).
- f) **Evaluación de la actividad:**
 - **Por los asistentes:** muy alta en ponentes, contenidos, metodología, satisfacción general (5,3 a 5,8) y media en materiales entregados (5,0).
 - **Por los profesionales:** se valoró muy positivamente la participación y la libertad de organización. Destacó como mejorable la captación y el apoyo de documentación.
- g) **Registro unificado por planes de cuidados de enfermería en historia clínica OMI-AP y AP-Madrid.** Tenemos constancia por estudios realizados en 2009-2010, todos en relación con actividades de EPS, del aumento del registro en historia clínica OMI-AP por Planes de Cuidados con el Plan Estandarizado NIC 5604 enseñanza en grupo para la mayoría de las intervenciones de AP⁸.

Discusión

La actividad ha conseguido un alto nivel de satisfacción en participantes y profesionales.

Con este proyecto se ha logrado una puesta en común de una metodología educativa en un distrito sanitario, actividad que habitualmente viene desempeñándose individualmente por cada centro, y con ello hemos generado un impulso y una mejora de las relaciones

y de la comunicación entre los profesionales sanitarios de un mismo distrito.

También hemos aproximado la realidad sanitaria de la AP a otras instituciones y hemos compartido experiencias con otros actores sociales (psicólogos, animadores culturales, etc.) que también se interrelacionan y trabajan en proyectos comunitarios con la población mayor.

Por otra parte, y aunque no sea objeto de evaluación en este trabajo, destacamos que esta actividad ha colaborado en alcanzar objetivos del contrato programa de centro de salud⁹, ya que hay dos objetivos que, una vez finalizada esta actividad del Programa Mayores Salud, se cumplieron:

- Objetivos orientados a las alianzas y los recursos: «Establecer alianzas de carácter sociosanitario con [...] corporaciones municipales [...]».
- Objetivos que garantizan la gestión de los procesos llevados a cabo: «Trabajar con planes de cuidado de enfermería en procesos asistenciales específicos de la cartera de servicios», objetivos 5.04.11 y 5.04.12¹⁰.

Se trata además de una actividad en consonancia con los objetivos que contempla el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del año 2010: «Impulsar y evaluar experiencias-piloto de participación ciudadana. En particular, las desarrolladas por comunidades autónomas y las desarrolladas en el ámbito del programa de actividades comunitarias en Atención Primaria [...]»¹¹.

Bibliografía

1. Oliver S, Nicholas A, Oakley A. PHASE: promoting health after sifting the evidence. Workshop report. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 1996. Disponible en: <http://goo.gl/uBOMe>. [Consulta: 1 de marzo de 2012.]
2. Coberley C, Rula EY, Pope JE. Effectiveness of Health and Wellness Initiatives for Seniors. *Population Health Management*. February 2011;14(S1): S-45. Disponible en: <http://goo.gl/ndZly>. [Consulta: 5 de marzo de 2012.]
3. Pennant M, Davenport C, Bayliss S, Greenheld W, Marshall T, Hyde C. Community programs for the prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *Am J Epidemiol*. 2010;172:501-16. Disponible en: <http://goo.gl/yAd8Q>. [Consulta: 1 de marzo de 2012.]

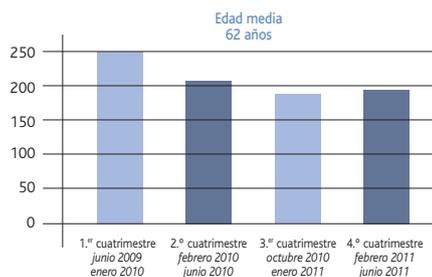
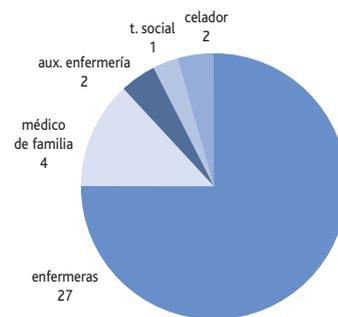


Figura 2. Evolución de los asistentes a los talleres.



Profesionales que han intervenido

Figura 3. Profesionales de los siete centros de salud de Alcorcón que participaron en el desarrollo de los talleres entre junio de 2009 y junio de 2011.

4. Allen JK, Himmelfarb CR, Szanton SL, Bone L, Hill MN, Levine DM. COACH trial: a randomized controlled trial of nurse practitioner/community health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers: rationale and design. *Contemp Clin Trials*. 2011 May;32(3):403-11. Disponible en: <http://goo.gl/tw5QZ>. [Consulta: 5 de marzo de 2012.]
5. Sánchez JL, Benito L, Hernández A. Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo. Madrid: Insalud; 1999.
6. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012.
7. Palacios A, Ferrero A, Rivera A, García P, García J, Martínez G. Evaluación de la intervención enseñanza grupal en Educación para la Salud. Comunicación 621. Congreso Internacional AENTDE/NANDA-I, Mayo 2010.
8. McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Harcourt; 2004.
9. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Contrato programa de centro 2011. Madrid; 2011.
10. Servicio Madrileño de Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid; 2009 (revisión).
11. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Publicación Web 2010. Disponible en: <http://goo.gl/BWYTV>. [Consulta: 10 de marzo de 2012.]

Para contactar:
 María Ingla Pol
 mingla@a-palma.es

Autoras:
 María Ingla Pol. Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Palma. Palma de Mallorca
 Isabel Rosauero Maqueda. Concejalía de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Palma. Palma de Mallorca
 Magdalena Alomar Real. Casal Petit. Hermanas Oblatas. Palma de Mallorca

Palabras clave: promoción de la salud, hábitos, inequidad social.

Resumen

El proyecto «Digui-Digui» (Diga-Diga) gestionado por el Casal Petit (Hermanas Oblatas) atiende a niños y niñas en riesgo de exclusión social. Su objetivo es fomentar su desarrollo intelectual y socioemocional utilizando la lengua catalana como elemento integrador.

A partir de las necesidades de salud detectadas en estos menores, se establece una colaboración entre el Casal Petit y el ayuntamiento de Palma, poniéndose en marcha como resultado un programa conjunto. El objetivo general de éste es trabajar hábitos saludables sobre alimentación, higiene corporal, ergonomía y actividad física, para que los niños los puedan introducir en su estilo de vida.

El enfoque metodológico utilizado es el aprendizaje significativo a través de intervenciones participativas y de la aplicación de diferentes técnicas de educación para la salud. La evaluación se realiza mediante una entrevista grupal, un cuestionario tipo Likert y un registro de observación.

En conclusión, los programas que fomentan los hábitos saludables sirven para que los niños desarrollen capacidades que contribuyan a disminuir las desigualdades sociales.

Introducción

Hermanas Oblatas es una entidad religiosa sin ánimo de lucro que trabaja con personas que ejercen la prostitución y/o en situación de exclusión social. En Palma gestionan el Casal Petit, un centro de atención social. En el Casal Petit se realizan varios proyectos, entre ellos el llamado Digui-Digui, destinado a la población infantil, con el que se pretende prevenir el fracaso escolar y potenciar el aprendizaje de la lengua catalana, así como mejorar el desarrollo integral de los participantes. Los niños y niñas incluidos en el proyecto se encuentran en una situación de vulnerabilidad socioeconómica.

Con las personas que forman parte de Digui-Digui se han trabajado los estilos de vida individuales a través de un programa de hábitos saludables desarrollado de manera conjunta entre el Casal Petit y el área de sanidad del ayuntamiento de Palma.

Los motivos que nos llevan a iniciar este programa son los siguientes:

- Tras detectar la necesidad de reforzar los hábitos saludables en el grupo, el Casal Petit realiza una demanda a la Concejalía de Sanidad. Una de las competencias de esta área municipal es gestionar actividades de prevención y promoción de la salud de la población de Palma.
- Teniendo en cuenta que los hábitos saludables que perduran más son los adquiridos durante la infancia y que está demostrado que influyen en la salud individual, desde el Casal Petit y el ayuntamiento se pone en marcha esta experiencia.

Summary

Workshop for health education in a group of children within a risk of social exclusion

Abstract

The *Digui-digui* project run by the Casal Petit (Hermanas Oblatas), deals with children at risk of social exclusion. This project seeks to encourage their intellectual and emotional development, using Catalan as one of the main integrated elements.

The Casal Petit and Palma City Council worked together to launch a joint programme based on the health needs detected among these children. The main

aim of the programme was to work on and develop healthy, eating, personal hygiene and physical activity habits so that the children could gradually introduce them into their lifestyles.

The theoretical approach used was significant learning through participative interventions and the application of different health education techniques.

The evaluation was made by a group interview, a Likert questionnaire and an observational record.

In conclusion, programmes that promote healthy habits, enable children to develop skills that can contribute to reducing social inequalities among these children.

Keywords: Health promotion. Habits. Social inequity

Objetivos

El objetivo general es que los niños y niñas introduzcan en su estilo de vida hábitos saludables sobre alimentación, higiene corporal, ergonomía y actividad física. Para ello se formulan los siguientes objetivos específicos:

- Saber distinguir hábitos saludables y no saludables en cuanto a alimentación, higiene corporal, ergonomía y actividad física.
- Analizar en qué situaciones podrían ponerse en práctica estos hábitos.

Método

Población diana

Digui-Digui es un proyecto en el que participan 12 personas procedentes de familias inmigrantes en situación de exclusión social que son atendidas por el Casal Petit. El perfil de estas familias se describe en la tabla 1.

En referencia a los factores individuales, cabe destacar que los niños y niñas tienen conocimientos sobre buenos hábitos alimentarios, aunque en sus meriendas predomina la bollería industrial. En cuanto a la higiene, describen buenas prácticas, pero no siempre las realizan en su día a día.

Respecto a los factores del entorno, en el grupo se observan diferentes tipos de familias (monoparentales, reestructuradas, etc.). El nivel de ingresos económicos de los progenitores es bajo, estando en situación de desempleo algunos de ellos. La red social de estas familias está formada generalmente por vecinos de su mismo país de origen. A nivel global, cabe destacar la influencia de los medios de comunicación, que refuerzan la ingesta de comidas preparadas, bebidas azucaradas, aperitivos y bollería industrial, entre otros.

Método de trabajo

El enfoque metodológico utilizado es el aprendizaje significativo, mediante el cual se pretende que el grupo adquiera habilidades, conocimientos y conductas que puedan transferir a situaciones de su vida diaria. Para ello es imprescindible una intervención participativa: más que memorizar, hay que comprender, involucrándose.

Tabla 1
PERFIL DEL GRUPO

Lugar de nacimiento	Edad	Sexo	Profesional que deriva al niño/a al proyecto	Procedencia de los progenitores
Argentina	7	H	CP	Bolivia
España	8	H	CP	Nigeria
Marruecos	6	M	CP	Nigeria
España	7	M	CP	Marruecos
España	6	M	CP	Nigeria
Ecuador	10	H	CP	Ecuador
Marruecos	6	H	CP	Marruecos
Bolivia	8	H	CMSS	Bolivia
Marruecos	10	M	CP	Marruecos
España	7	M	CMSS	Ecuador
Argentina	9	M	CMSS	Argentina
España	12	M	CMSS	Portugal

CMSS: Centro Municipal de Servicios Sociales; CP: Casal Petit.

Durante las sesiones se trabaja con distintas técnicas de educación para la salud (EPS). Con la finalidad de favorecer un aprendizaje más efectivo y participativo se organiza a los niños y niñas en un gran grupo, un pequeño grupo, parejas y de manera individual dependiendo de la técnica de EPS que se vaya a realizar.

Al inicio de cada taller se resume el contenido de la sesión anterior, con el propósito de dirigir la atención de los participantes hacia la actividad y al mismo tiempo observar qué han aprendido. Al finalizar, las educadoras comentan los aspectos positivos y las dificultades detectadas y se registra la información de interés.

El idioma vehicular de las actividades es el catalán, puesto que uno de los objetivos del proyecto Digui-Digui es el aprendizaje de la lengua catalana como elemento de integración social de este grupo.

Los niños y niñas acuden martes y jueves de 17-19 horas durante el curso escolar. Los talleres de hábitos saludables se realizan en martes de manera quincenal en el local del Casal Petit durante los meses de febrero, marzo y abril.

Actividades

El programa se estructura en cinco sesiones:

1. «Activa't, desdejuna cada dia» (Actívate, desayuna cada día). En el taller se trabaja los diferentes alimentos que forman parte de un desayuno y una merienda saludables y la importancia de desayunar cada día.

AL INICIO DE CADA TALLER SE RESUME EL CONTENIDO DE LA SESIÓN ANTERIOR

**EL HECHO DE
SER UN GRUPO
HETEROGÉNEO
A NIVEL CULTU-
RAL HA SIDO UN
ELEMENTO ENRI-
QUECEDOR**

2. «La higiene: net com una patena» (La higiene: limpio como una patena). Se pretende que se adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para afrontar una higiene corporal adecuada. Se refuerza la higiene bucodental, de los genitales y la prevención y tratamiento de la pediculosis (figuras 1 y 2).
3. «El mal d'esquena d'en Joan» (El dolor de espalda de Juan). El objetivo es la prevención del dolor de espalda mediante un taller de ergonomía. En éste se trabaja desde la importancia de la práctica del deporte de manera regular hasta las posturas en reposo y movimiento, con una atención especial a la movilización de cargas.
4. «L'alimentació» (La alimentación). En este taller abordamos la alimentación a partir de los diferentes nutrientes, los alimentos que se consumen según la temporada del año, y el agua y la fibra como elementos fundamentales de nuestra dieta.
5. «L'activitat física» (La actividad física). La finalidad de la sesión es motivar al grupo hacia la práctica diaria de ejercicio, destacando sus beneficios y su componente lúdico. También se incide sobre las desigualdades sociales y de sexo relacionadas con la actividad física.

Recursos

- Recursos humanos: educadora del Casal Petit, enfermera de la Concejalía de Sanidad.



Figura 1. Trabajando la higiene bucodental.



Figura 2. Durante la sesión de higiene.

- Recursos materiales: bolígrafos, fotocopias, cartulinas, pegatinas, ordenador portátil y proyector, Internet, material editado por la concejalía: cuento sobre alimentación (*Menjar sa és divertit*), trípticos de la pirámide alimenticia e higiene bucodental, entre otros.

Evaluación

La evaluación se realiza después de cada sesión y al final del programa a través de una entrevista grupal, en la cual los niños y niñas expresan los nuevos aprendizajes, los hábitos que se han modificado, así como aquellos aspectos que han sido de mayor y menor agrado.

Además de la valoración de los participantes, las educadoras evalúan las sesiones de trabajo mediante:

- Cuestionario tipo Likert de 5 puntos (0 insatisfecho/a y 5 muy satisfecho/a) para valorar los siguientes ítems: grado de satisfacción, contenidos, metodología utilizada, material didáctico y trato recibido. Además, se deja un espacio para comentarios y sugerencias.
- Informe de cada sesión donde quedan recogidos las condiciones ambientales, el horario, los recursos utilizados, los objetivos conseguidos, la metodología utilizada, la actitud y participación del grupo y una reflexión personal.

Resultados

En general

- Durante las sesiones la asistencia ha sido del 76,6%, hecho que refleja la buena acogida del programa.
- Las técnicas de EPS escogidas en la metodología han sido pertinentes, puesto que se han adaptado al grupo en función de sus características.
- El idioma ha sido un elemento integrador, ya que ha favorecido una relación de ayuda mutua ante una dificultad de comprensión del lenguaje.
- Se ha conseguido crear un clima de respeto y de trabajo en grupo, en el cual los participantes han expresado sus ideas y opiniones.
- El hecho de ser un grupo heterogéneo a nivel cultural ha sido un elemento enriquecedor (todos han querido compartir sus experiencias personales).
- El programa ha sido valorado muy positivamente por parte de las educadoras (véanse indicadores en la tabla 2).

En las diferentes sesiones

- Los niños y niñas del grupo identifican cuales son los nutrientes que componen un desayuno y una merienda saludables y describen ejemplos de ambos.
- El grupo conoce qué hábitos higiénicos tienen que llevar a cabo diariamente y cómo ponerlos en práctica.
- Se refuerzan los conocimientos sobre higiene postural y participan en ejemplos prácticos de movilización cargas.
- Saben qué alimentos deben comer a diario y de manera ocasional; aunque reconocen que consumen bollería industrial, aperitivos y chucherías más a menudo de lo que deberían.
- El grupo es consciente de que el ejercicio físico es importante para la salud; no obstante, dedican demasiado tiempo a actividades sedentarias en sus momentos de ocio (televisión, ordenador, videojuegos, etc.).

Discusión

La colaboración entre los dos servicios y el trabajo interdisciplinar ha sido uno de los aspectos más positivo de nuestra experiencia. La heterogeneidad en los puntos de partida de cada profesional y la realidad vivida en su trabajo han enriquecido el proyecto. Sin duda esta experiencia ha permitido crear un marco de colaboración conjunto y abierto a nuevas acciones en un futuro.

Respecto al programa que hemos realizado, creemos que, si bien no podemos decir que sea una trabajo pionero o innovador, sí que lo consideramos imprescindible y muy necesario para fomentar el desarrollo integral de los niños y para cubrir las necesidades concretas que presentaba el grupo.

Desde el inicio hasta la finalización del programa se han detectado cambios en el área cognitiva, que valoramos muy positivamente. En el área de las actitudes y las habilidades se necesita un período de tiempo mayor para valorar posibles cambios. La educadora del Casal Petit trabaja con el grupo un máximo de 2 años (requisito del proyecto Digui-Digui), y durante este tiempo se podrán observar si se producen estos cambios.

En definitiva, conseguir estas sinergias profesionales ha permitido trabajar con un grupo especialmente vulnerable, de una manera integral y ajustándose a sus necesidades.

Tabla 2
INDICADORES EVALUADOS

Indicadores	Puntuación Likert de los talleres									
	Desayuno		Higiene		Ergonomía		Alimentación		Ejercicio	
	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5
Número de sesiones en las cuales se valora el grado de satisfacción en una puntuación de 4 o 5/número total de sesiones		X		X		X		X		X
Número de sesiones en que se ha cumplido un 80% de la programación prevista/número total de sesiones		X		X		X		X		X
Número de sesiones en las cuales se valoran los contenidos por los niños con puntuación de 4 o 5/número total de sesiones		X		X	X		X		X	
Número de sesiones en las cuales se valoran los contenidos por las madres con puntuación de 4-5 /número total de sesiones	X			X		X		X	X	
Número de sesiones en las cuales se valora la metodología como adecuada con puntuación de 4-5/número total de sesiones		X		X		X		X		X
Número de sesiones en las cuales se valora el material con puntuación de 4-5/número total de sesiones		X	X		X			X		X

Bibliografía

- Bamonde L. Fimosis [Guía clínica en Internet]. La Coruña: Fisterra.com; 2008. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/fimosis.asp>. [Consulta: 1 de diciembre de 2010.]
- Carbajal A, Pinto JA. El desayuno saludable. Nutrición y salud. Vol. 2. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y consumo de Madrid; 2006.
- Dapich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J, Serra Ll. Guía de la alimentación saludable. Madrid: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
- Fundación Kovacs. El tebeo de la espalda. El lumbago de Juan. Palma de Mallorca: Fundación Kovacs; 2010.
- Insúa P, Grijalvo J, Marañón I. Programa de educación para la salud. Módulo 6: Higiene general. Madrid: Comunidad de Madrid, Departamento de Reinserción; 2006.
- Lévi T. Dentición normal. Londres: NetDoctor; 2010. Disponible en: <http://goo.gl/4MRVo>. [Consulta: 25 de mayo de 2010.]
- Merino B, Aznar S. Actividad física y salud. Guía para familias. Programa Perseo. Estrategia NAOS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Subdirección General de Coordinación Científica; 2007.
- Merino B, González E, coordinadoras. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia; 2006.

LA COLABORACIÓN ENTRE LOS DOS SERVICIOS Y EL TRABAJO INTERDISCIPLINAR HA SIDO UNO DE LOS ASPECTOS MÁS POSITIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA

Para contactar:
Miguel Ángel María Tablado
docencialosfresnos@hotmail.com

Autores:
Miguel Ángel María Tablado, Luis Alfonso Seco Martín, Julia Torres Morales, Juana Mena Fera. Centro de Salud Los Fresnos. Torrejón de Ardoz. Madrid. Dirección Asistencial Este. Gerencia Atención Primaria. SERMAS. Madrid

Palabras clave: derechos del paciente, pacientes externos, asociaciones de pacientes.

Resumen

Objetivos

Mejorar la política de alianzas con nuestros clientes externos a través de sesiones con las asociaciones de pacientes.

Descripción

Contactamos con ocho asociaciones de pacientes (AAPP) que agrupaban a enfermos de Alzheimer, Parkinson, diabetes, estimulación temprana, anorexia, fibromialgia y cáncer. Se realizó una reunión con los miembros del equipo (MMEE) de 1 hora de duración. El formato: presentación de los objetivos, realización de actividades y tiempo de ruegos y preguntas. Participaron todas las AAPP y el 85% de los MMEE. Se realizó acta de cada sesión. Cuatro meses después administramos a los MMEE una encuesta para detectar déficits y necesidades en formación de actividades comunitarias, así como la satisfacción con las sesiones y el número de pacientes derivados (resultados). Se hizo otra

encuesta telefónica a las AAPP sobre conocimientos de la estructura sanitaria de la zona, funciones del centro de salud, satisfacción y posible número de derivaciones (resultados). Se valoró positivamente: la originalidad de la idea, posibilidad de retroalimentación. Hubo cinco nuevas derivaciones. Los MMEE reconocieron déficits y necesidad en formación comunitaria.

Conclusiones

Las alianzas con los pacientes son posibles. Ambas partes se sorprendieron de las posibilidades de coincidencias en un futuro.

Introducción

El abordaje comunitario en la Atención Primaria es una asignatura pendiente: la revisión de la bibliografía existente y las reuniones tipo *brainstorming* en nuestro propio centro de salud lo corroboran. Proponemos un proyecto de aproximación a ese cliente externo a través del asociacionismo de pacientes. A continuación presentamos los fundamentos del proyecto.

Existe una normativa vigente que contempla la participación de los pacientes en la Administración Pública:

- La Constitución española: «la ley establecerá las formas de participación de los interesados en la Seguridad Social» (artículo 129.1).
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el capítulo IX, regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el Sistema Nacional de Salud, que se articula principalmente a través el Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Dentro de las figuras de participación está el Comité Consultivo, integrado por seis representantes de la Administración general del Estado, seis representantes de las comunidades autónomas, cuatro representantes de la

Summary

New partnerships with our outpatients: "going outside the center". Patients' associations

Abstract Objectives

Improving Policy Partnerships with our outpatients through sessions with Patients' Associations (AAPP).

Description

Contact 8: Alzheimer's, Parkinson's, diabetes, early learning, anorexia, fibromyalgia, cancer. A one-hour meeting with team members (MMEE). Format: presentation of objectives, activities, questions and answers. All general government agents took part, as well as 85% of the MMEE.

Minutes were taken of each session. Four months later, we commissioned the MMEE to carry out a survey: detection of shortcomings and needs in Community Activity Training, satisfaction with the sessions and the potential number of referrals (results). A telephone survey was conducted with the AAPP about knowledge of the medical facilities in the area, health center functions, satisfaction and possible number of referrals (results). The originality of the idea and the possibility of feedback were two positively valued aspects. There were five new leads. MMEE recognized the shortcomings and needs in Community Training.

Conclusions

Partnerships with patients are possible. Both sides were surprised by the possibilities of matches in the future.

Keywords: Patient Rights, Outpatients, Patients' Associations.



Figura 1. Anagrama de la Declaración de Barcelona 2003. *Decálogo de los pacientes.*



Figura 2. Anagrama del Foro Europeo de Pacientes.

Administración local, ocho representantes de las organizaciones empresariales y ocho representantes de las organizaciones sindicales más representativas en el ámbito estatal.

Las demandas de los pacientes han sido plasmadas en varios documentos

Los días 20 y 21 de mayo de 2003 se llevó a cabo en Barcelona una reunión en la que participaron profesionales de la salud y representantes de organizaciones y asociaciones de pacientes (AAPP) y usuarios de todo el Estado español. La organización y presentación de la información obtenida constituye la denominada *Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes*, que se resume como el *Decálogo de los pacientes*:

1. Información de calidad contrastada respetando la pluralidad de las fuentes.
2. Decisiones centradas en el paciente.
3. Respeto a los valores y a la autonomía del paciente informado.
4. Relación médico-paciente basada en el respeto y la confianza mutua.
5. Formación y entrenamiento específico en habilidades de comunicación para profesionales.
6. Participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria.
7. Democratización formal de las decisiones sanitarias.
8. Reconocimiento de las organizaciones de pacientes como agentes de la política sanitaria.
9. Mejora del conocimiento que tienen los pacientes sobre sus derechos básicos.
10. Garantía de cumplimiento de los derechos básicos de los pacientes.

Manifiesto de pacientes del Foro Europeo de Pacientes (FEP) para la Comisión y el

Parlamento Europeo 2009. El FEP, que representa a más de 150 millones de pacientes de toda la Unión Europea, demandaba nuevas medidas esenciales para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que se presta en la Unión Europea en tres áreas fundamentales:

- Acceso equitativo y a tiempo para recibir un diagnóstico sin riesgos y efectivo, así como los tratamientos y el apoyo pertinentes.
- Mejor información y recursos para que los pacientes puedan ser partícipes a la hora de determinar su asistencia.
- Asegurar que Bruselas y toda la Unión Europea se hagan eco de la voz de los pacientes.

Se contemplan varios tipos de AAPP. Una clasificación válida de estas asociaciones a efectos prácticos podía ser la siguiente:

- La asociación colaboradora. En ella los profesionales sanitarios deciden los tratamientos pertinentes que deben ser aplicados a sus pacientes. Entre el médico y su paciente circula información suficiente para comprender el tratamiento definido. Este modelo se adapta bien a las enfermedades crónicas. Por lo demás, en algunos casos, el enfermo va aún más lejos en la cooperación y él mismo realiza diversos actos cotidianos (p. ej., autoinyección de insulina para un paciente diabético).
- La asociación empírica. Su origen es casi siempre la ayuda mutua. La asociación desempeña un papel irremplazable al recoger las experiencias de sus miembros y confrontarlas. Ello constituye un conocimiento colectivo parecido al de los profesionales sanitarios, aunque sea diferente.
- La asociación opositora. Este tipo de asociación lucha contra toda intervención de la ciencia

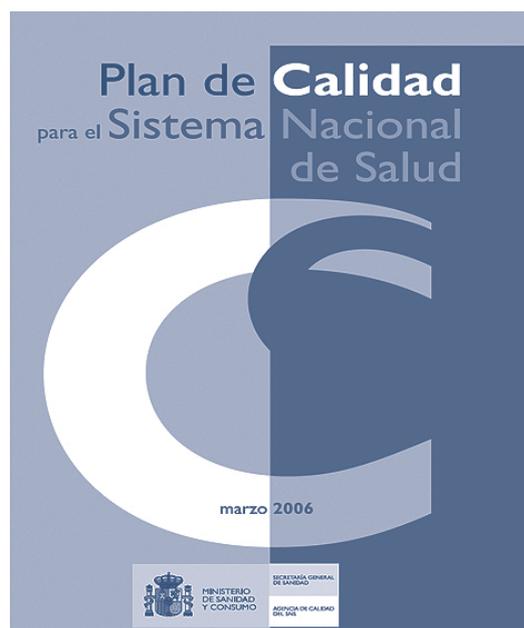


Figura 3. Anagrama del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2006-2012.

oficial a la que acusa de poner en juego la propia identidad de los enfermos, una identidad cuya preservación es el objetivo prioritario.

En la actualidad la Administración Pública está muy sensibilizada con este tema. El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud lo contempla.

De las estrategias de este plan tomamos la estrategia 2 (salud y hábitos de vida), punto 16, 17, 18 y sobre todo el punto 24.

«Impulsar y evaluar experiencias-piloto de participación ciudadana. En particular, las desarrolladas por comunidades autónomas y las desarrolladas en el ámbito del programa de actividades comunitarias en Atención Primaria.»

Tomamos también la estrategia 9 (mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías), puntos 123-129.

La adopción por parte de Atención Primaria del modelo EFQM (forma parte de Contrato Programa para nuestro centro de salud) facilita el trabajo, pues contempla las alianzas como principio de excelencia.

Entre los principios de excelencia de este modelo destacamos:

- Orientación al cliente externo.
- Desarrollo de alianzas. La filosofía de la organización que aplica EFQM debe tener en cuenta satisfacer los intereses y las necesidades de clientes y de la sociedad (organizaciones).

El criterio 4 (gestión de las alianzas y de los recursos) hace referencia claramente a las alianzas con la Administración, entidades sanitarias y comunitarias.

Como trabajadores en Atención Primaria tenemos formación para realizar el abordaje.

Los programas de la diplomatura/grado de trabajo social, de enfermería y de los médicos de familia contemplan formación respecto de la participación comunitaria y la intervención comunitaria.

En concreto el Programa del Especialista en Formación de Medicina Familiar y Comunitaria en el capítulo 11 («Contenidos formativos del área docente de competencias en relación con la comunidad») dice: «Será fundamental procurar que el residente adquiriera una actitud favorecedora y de colaboración con las organizaciones y recursos comunitarios, encaminada a procurar la capacitación (*empowerment*) de los ciudadanos y sus organizaciones, haciéndoles partícipes y protagonistas en el cuidado y promoción de su salud».

Por tanto, las normas, nuestra formación, el Plan de Calidad y el modelo EFQM favorecen el que realicemos el esfuerzo del abordaje comunitario en Atención Primaria. Ésta es una demanda sentida de los pacientes, a los que en gran medida debemos el proyecto.

Objetivos

General

Reforzar las alianzas con los clientes externos de nuestro centro de salud a través de las AAPP presentes en nuestra zona básica.

Específicos

- Conocer las AAPP de nuestro entorno.
- Establecer retroalimentación entre las AAPP y el centro de salud:
 - Conseguir un aumento de la derivación de pacientes.
 - Optimizar un canal de derivación.

- Formación de nuestro personal en las patologías que las AAPP representan.

Métodos

- Dado que nuestro centro de salud cubre una de las zonas básicas de Torrejón de Ardoz. Nos planteamos conocer las AAPP que tenían sede u operaban en la citada población. Contactamos con el ayuntamiento y se nos suministró un listado actualizado de asociaciones vinculadas a la Concejalía de Bienestar Social y a la Mesa de Discapacidad. De las 20 asociaciones inscritas que figuraban en el citado listado, solo ocho tenían una relación directa con nuestra actividad sociosanitaria: Adabanta (anorexia y bulimia), Torrafal (Alzheimer), Asociación Parkinson Torrejón, ADA (diabetes), AFTA (fibromialgia), GRUTEAR (alcohol y juego), ASTOR (estimulación temprana), AECC (sede de Torrejón).
- Se realizó un primer contacto con ellas explicándoles los motivos de nuestro interés por reunirnos con ellas, emplazándoles un día en nuestro centro de salud para una reunión de aproximadamente 1 hora de duración. Les pedimos que trajeran documentación en formato papel (dípticos, pósters), audiovisual (DVD) o telemática (Internet). La información sobre el contenido de las reuniones que realizaríamos con cada una de ellas era similar:

 - Conocer sus actividades en Torrejón de Ardoz.
 - Conocer los beneficios que la posible asociación podía aportar a nuestros pacientes.
 - Conocer los beneficios que las AAPP correspondientes podían proporcionar a nuestros profesionales (canal de formación).
 - Intentar establecer puentes, canales de derivación efectivos, eficaces y revaluables en el tiempo (retroalimentación).

- Las sesiones tuvieron lugar en nuestro centro de salud, y los profesionales del centro, previamente informados, acudieron a las mismas de forma voluntaria. Se realizaba una pequeña acogida y una presentación formal a los miembros del equipo presentes. El lugar era nuestra biblioteca, que cuenta con mesa de sesiones (*face to face*), diversos soportes (CPU, Internet, DVD, pantalla de televisión) y pizarra autolimpiable. El formato de las sesiones fue siempre el mismo: una introducción por parte de un miembro del equipo comentando el propósito de la reunión.

El tiempo de las sesiones fue limitado, aproximadamente 45 minutos, y se llevaban a cabo de 14 a 15 horas.

La persona que realizaba la introducción por parte del equipo actuaba de moderadora.

En general, las AAPP optaron por formatos libres, aunque alguna aportaba un pequeño guión. Todas trajeron material escrito que los asistentes ojeaban mientras duraba la sesión. En dos ocasiones se aportó material informático. No obstante, si la asociación tenía página web, esta era consultada en tiempo real usando el soporte informático de la sala.

- Una vez que las AAPP explicaban sus cometidos, se establecía un turno de preguntas bidireccionales. El moderador intervenía cuando observaba que las preguntas o respuestas se salían del ámbito de lo propuesto.
- Cuando se aproximaba el tiempo pactado previamente, se invitaba a la persona que había actuado como portavoz de la AAPP a que hiciera un breve resumen de lo comentado y a continuación el moderador del centro de salud cerraba la sesión expresando nuestro agradecimiento.
- En fecha aproximada después de cada sesión se realizaba un acta de la misma.
- Pasados tres o cuatro meses de la realización de las sesiones se contactó de nuevo con las AAPP para realizar una encuesta (telefónica) en la que se incluyeron siete ítems (uno abierto) sobre:
 - Conocimiento del *Decálogo del paciente*, organización de la sanidad, cartera de servicios, Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo.
 - Conocimiento del resto de las organizaciones de Torrejón.
 - Número de pacientes recibidos en este tiempo derivados desde nuestro centro de salud/zona básica (resultados).
 - Satisfacción respecto a las reuniones realizadas (líneas de mejora).
- Pasados tres o cuatro meses de la realización de las sesiones, suministramos una encuesta escrita (11 preguntas, tres de ellas abiertas) a los miembros del equipo que habían participado que hacía referencia a los siguientes temas:
 - Formación en temas comunitarios, asociacionismo, déficits.
 - Conocimiento de las asociaciones (resultados).
 - Pacientes derivados (resultados).
 - Otras posibles actividades comunitarias que desarrollar.

CONOCER LOS
BENEFICIOS QUE
LA POSIBLE ASOCIACIÓN
PODÍA APORTAR A NUESTROS
PACIENTES

- Satisfacción respecto a las reuniones realizadas (líneas de mejora).
- Por último, se realizó una memoria, que fue presentada a nuestra dirección asistencial para compartir la experiencia en foros de debate comunitarios, de calidad y gestión, y sobre todo para realizar *benchmarking* sobre otros centros de salud.

Resultados

- El número de asociaciones participantes fue de 8 (100%).
- La respuesta fue rápida, y solo en una ocasión hubo que retrasar una sesión por motivos ajenos.
- El número medio de participantes de equipo fue del 80%.
- Médicos y enfermeras participaron al 100% en todas las sesiones.
- El papel de moderador lo asumieron en un 50%, respectivamente el trabajador social y el médico de familia.
- La duración de las sesiones excedió el tiempo pactado en el 100% de los casos, incluyendo conversaciones en corrillos en el centro de salud con los miembros de las AAPP.

Las impresiones de los miembros del equipo reflejadas en las actas hacen referencia a las siguientes cuestiones:

- La necesidad de tender puentes y optimizar un canal de comunicación fluido y continuo.
- El desconocimiento por parte de los profesionales del centro (médicos, enfermeras) de las dimensiones y potencial de las AAPP respecto a nuestro trabajo habitual:
- Derivación de pacientes con patologías clave.
- Derivación de familiares de pacientes con estas patologías.
- Ayudas económicas o resolución de dudas de pacientes y familiares.
- Apoyos administrativos y sociosanitarios.
- Posibilidad de retroalimentación.
- Posibilidad de formación específica.
- Posibilidad de comunicación ágil y estrecha.

Por parte de las asociaciones lo más reflejado en las actas fue:

- Asombro por haber sido convocadas.
- Asombro por poder hablar con médicos y enfermeras de lo divino y lo humano que interesa a sus asociados.

- Posibilidad de aumentar el número de asociados.
- Desconocimiento del Sistema Sanitario Madrileño (Atención Primaria y especializada).
- Desconocimiento de las funciones de un centro de salud.
- Interés en retroalimentación con el centro de salud
- Interés en repetir sesiones con monitorización de derivaciones.
- Interés en que nuestra experiencia habrá brecha.

Las encuestas de las asociaciones dieron como resultado:

- Un 90% no conocían el *Decálogo de los pacientes*, un 100% no conocía lo que era la cartera de servicios.
- Un 100% desconocían la Organización Sanitaria Madrileña o las atribuciones de un centro de salud a nivel comunitario.
- Un 50% conocían otras asociaciones de Torrejón, un 100% hacían un cálculo inexacto del número de ellas.
- Solo un 25% reconocieron tener pacientes nuevos asociados de nuestra zona básica en este período (4 meses).
- Ninguna asociación destacó en la pregunta libre de satisfacción aspectos negativos (sesgo de informador). Entre los positivos, coincidieron en valorar la proximidad de los miembros del equipo, la sorpresa, la predisposición por parte del equipo, haberse sentido escuchados, la sensibilidad por parte de los miembros del equipo. Y sobre todo lo atractivo y positivo de la idea.

Respecto a los resultados de las encuestas realizadas por los miembros del equipo, cabe destacar lo siguiente:

- Un 80% señaló que no se consideran formados en temas comunitarios; sin embargo, solo un 10% demanda formación específica.
- Un 80% desconoce la existencia del *Decálogo de los pacientes*, un 75% desconocían las actividades de la Dirección General de Atención al Paciente y un 60% no conocía la participación de los pacientes en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo (SNS).
- Un 90% desconoce otras formas de participación comunitaria, y respecto a propuestas de otras actividades en el centro de salud de este estilo, la mayoría coincide en reforzar los lazos creados, así como realizar actividades de diagnóstico comunitario y contactos con servicios sociales del ayuntamiento.

- Un 100% estaba de acuerdo con el asociacionismo, un 50% sabía que algunos de sus pacientes eran asociados o voluntarios de las asociaciones, un 40% había derivado pacientes nuevos en el período (4 meses), una media de 1,5 por profesional.
- De las sesiones se destacó la interactividad y la gran posibilidad de realizar actividades en común. En el aspecto negativo se reflejaba la falta de guión de alguno de los representantes de las AAPP.

Discusión

Cuando se gestó esta actividad y se comentó en el centro de salud, notamos muchas reticencias por parte de los miembros del equipo. No obstante, la lectura de la literatura y de lo presentado en la introducción nos animaba a realizar una pequeña contribución a la participación de nuestros pacientes, representados en sus asociaciones. Se lo debíamos.

La sorpresa de la alta implicación por parte de las AAPP contactadas y los miembros del equipo fue muy notoria, como se plasma en las actas y en los resultados presentados.

Todos hemos coincidido en que centros de salud y AAPP nos necesitamos y que las posibilidades de colaboración, formación, retroalimentación, etc., son ilimitadas.

El asociacionismo y la participación activa de los pacientes/clientes en la elaboración de guías de práctica clínica, itinerarios diagnósticos, decisiones político-sanitarias van a marcar sin duda un estilo, una nueva filosofía de la sanidad.

Los nuevos modelos de gestión y calidad nos invitan a forjar alianzas con los pacientes y sus organizaciones.

Los profesionales sanitarios no nos creemos formados para poder canalizar la avalancha comunitaria que pronto se nos vendrá encima. Debemos exigir y optimizar esa formación clave para entender la ontología sociosanitaria de los próximos años.

Creemos que el objetivo general, reforzar las alianzas con los clientes externos de nuestro centro de salud a través de las AAPP presentes en nuestra zona básica, quedaba cubierto a través del cumplimiento de los objetivos específicos:

conocer las AAPP de nuestro entorno; establecer retroalimentación entre las AAPP y el centro de salud; conseguir un aumento de la derivación de pacientes: 1,5 pacientes de media por profesional; optimizar un canal de derivación —se consiguió al menos con dos de las asociaciones (protocolo escrito)—; compromiso al menos con dos de las AAPP de formación de nuestro personal en las patologías que las asociaciones representan.

La brecha está abierta y se generaron nuevas expectativas, entre las que destacamos: sesiones formativas en Alzheimer, jornada del Alzheimer en el ayuntamiento de Torrejón, elaboración de un documento en nuestra dirección asistencial sobre las ofertas de las asociaciones derivadas de las actas.

Bibliografía

150 millones de razones para actuar. Manifiesto de pacientes del FEP para la Comisión y el Parlamento Europeo 2009 [en línea]. 2009. Disponible en: http://www.webpacientes.org/fep/docs/manifiesto_fep_comision_parlamento.pdf. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Decálogo de los pacientes, declaración de Barcelona 20 y 21 de mayo de 2003 [en línea]. 2003. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/dbcn/>. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Dickinson D, Raynor DKT, Kennedy JG, Bonaccorso S, Sturchio J. What information do patients need about medicines? *BMJ*. 2003;327:861-4.

Foro Español de Pacientes: La necesidad de desarrollar políticas efectivas de información al paciente en el Sistema Nacional de Salud [en línea]. 2010. Disponible en: http://www.webpacientes.org/docs/propuesta_consenso.pdf. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Gabriele J. Organizaciones de pacientes, asociacionismo y participación: revisión de una sinfonía inacabada. *Revista de pacientes* [en línea]. 2005. Disponible en: www.webpacientes.org/2005epacientes/. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Las asociaciones de pacientes en la sociedad: la sanidad participativa [en línea]. 2005. Disponible en: <http://goo.gl/ASZW2>. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Maderuelo JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. *MEDIFAM*. 2002;12:631-40.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [en línea]. 2006-2010. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

Programa Formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [en línea]. 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

What Patients Want: A Summary of The Future Patient Conference. The Future Patient Conference, which took place on 14-15 November, 2002 in Brussels, Belgium [en línea]; 2002. Disponible en: <http://goo.gl/dLxw1>. [Consulta: 16 de abril de 2012.]

LA BRECHA ESTÁ
ABIERTA Y SE
GENERARON NUE-
VAS EXPECTATIVAS

Programa de intervención comunitaria con familias de personas con enfermedad mental: «Cómo cuidar para el desarrollo de la autonomía»

Para contactar:
Victoria Barjola Gómez
vibargo65@yahoo.es

Autora:
Victoria Barjola Gómez. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Osuna. Área Sanitaria de Osuna (Sevilla).
Servicio Andaluz de Salud

Palabras clave: enfermedad mental, familias, mitos, autonomía.

Resumen

El trabajo con familias de personas con enfermedad mental es una tarea fundamental que llevar a cabo desde las unidades de salud mental comunitarias, para contribuir a una mejor comprensión social de esta realidad que posibilite la participación de las familias y permita la adquisición de mayores grados de autonomía de sus miembros.

Mediante el método de Grupo Formativo de Procesos Correctores Comunitarios (ProCC), se promueve la participación y la reflexión de las familias sobre la enfermedad mental en diferentes vertientes, desde lo personal a la convivencia familiar en el sistema social actual. Esta experiencia grupal permitió a las familias salir del aislamiento social, adquirir una posición más sana ante la enfermedad y comprender que la percepción social ha de cambiarse entre todos. Fruto de este trabajo se ha creado una asociación comarcal.

Introducción

La enfermedad mental en la sociedad actual, a pesar de los importantes avances, sigue sien-

do desconocida. Múltiples prejuicios en torno a ella determinan aún hoy actitudes de rechazo hacia estas personas, dificultando sus posibilidades y su autonomía.

Las familias afectadas por el padecimiento de la enfermedad de algunos de sus miembros manifiestan un peso enorme: no solo por la dificultad en el afrontamiento de la enfermedad en sí, o de los problemas de convivencia propia del modelo de dependencia, sino también por el silencio y la soledad que supone para ellas la consideración social de la enfermedad.

Este peso manifiesto coloca a las familias en situaciones de riesgo para la propia salud que incrementa la dificultad de afrontar adecuadamente los cuidados que la persona con enfermedad mental necesita.

La Metodología de los ProCC es una vía para que los participantes puedan atravesar juntos algunas dificultades desde sus propias elaboraciones, hacer pequeñas cosas que pueden ser muy potentes desde el plano interno familiar hacia el plano externo social-comunitario.

Los talleres de familia posibilitan un trabajo de sensibilización comunitaria sobre la enfermedad mental; son accesibles a la población afectada porque se trabaja en su propio medio social, en sus pueblos, dentro de un proceso de desarrollo comunitario que va haciendo red e implicando a las diferentes instituciones.

Objetivos

General

Contribuir a una mejor comprensión de la enfermedad mental en el ámbito familiar y social, que posibilite la participación de las familias y la adquisición de mayores grados de autonomía de sus miembros.

Summary

Program of communitarian intervention for the families of people with mental diseases: "How to care in order to develop autonomy"

Abstract

Working with the families of people with mental diseases is a fundamental task to be carried out by the Community Mental Health Teams to promote better social understanding of this fact. It enables families to participate and their members to acquire better degrees of autonomy.

Through the ProCC Formative Group we promote participation and reflection within families about mental diseases on different levels, ranging from personal aspects to family life within the current social structure. This group experience gave families the possibility to get out of social isolation, acquire a more healthy position regarding diseases and to understand that society as a whole must change its perception of diseases. A Local Association has been created as a result of this work.

Keywords: Mental diseases, families, myths, autonomy.

Específicos

- Visualizar la enfermedad mental como una realidad de la que se puede y se debe hablar para cambiar la concepción social actual excluyente.
- Elaborar la problemática de la enfermedad mental desde las vivencias que se generan en la convivencia familiar y social.
- Ofrecer información acerca de la enfermedad, las características y los tratamientos clínico-sociales para un mejor apoyo, contención y cuidados.
- Propiciar una relación más participativa de la familia con el equipo sanitario y con los demás recursos sociales de la comunidad.
- Colaborar con Atención Primaria (AP) y los servicios sociales en una sensibilización sobre la enfermedad para la atención integral de estas familias.

Material y métodos

Instituciones y entidades implicadas

Unidad de Salud Mental Comunitaria del Área Sanitaria de Osuna (Sevilla), equipos de Atención Primaria (EAP) de la zona, servicios sociales municipales y grupos de familiares.

Ámbito de actuación

El programa de intervención se llevó a cabo, desde enero a noviembre de 2011, con familiares de personas con enfermedad mental y otras personas interesadas del ámbito comunitario referido a las cinco Zonas Básicas de Salud del Área Sanitaria de Osuna, así como los municipios que las conforman. Esta área da una cobertura a una población de 180.000 habitantes.

Los participantes son familiares de personas con diagnósticos de esquizofrenia. Proceden del ámbito rural, con un nivel socioeconómico medio-bajo; trabajan fundamentalmente en el sector doméstico, agrario y de servicios (tabla 1).

Metodología de las intervenciones

Estas intervenciones se llevaron a cabo con la Metodología de los ProCC. Utiliza como dispositivo grupal el método de grupo formativo, fruto de una rigurosa investigación cien-

Tabla 1
MUNICIPIOS DE PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES.
FECHAS Y LUGARES DE REALIZACIÓN

Talleres realizados	Procedencia de los participantes	Fecha y lugar de realización
Taller 1 Casariche Zona Básica de Salud de Estepa, I	Casariche La Roda de A. Lora de Estepa Badolatosa Corcoya	Febrero, 2011 Casa de la Juventud
Taller 2 Estepa Zona Básica de Salud de Estepa, II	Estepa Herrera Gilena Pedrera	Marzo, 2011 Centro de Atención Primaria
Taller 3 El Saucejo Zona Básica de Salud El Saucejo	El Saucejo Martín de la Jara Villanueva S. Juan Algámitas Los Corrales	Abril, 2011 Centro de Atención Primaria
Taller 4 Marchena Zona Básica de Salud Marchena	Marchena	Mayo, 2011 Centro de Atención Primaria
Taller 5 Osuna Zona Básica de Salud La Puebla-Osuna	Osuna La Puebla El Rubio	Junio, 2011 Centro de Atención Primaria

tífico-técnica desarrollada en diferentes lugares de España y Latinoamérica. Brinda aportes teórico-metodológicos contrastados y eficaces; centra el aprendizaje cuidando la especial relación entre los aspectos temáticos y dinámicos del proceso grupal. Su dimensión investigativa se encuadra dentro del paradigma de la investigación integradora transformadora que integra creativamente aportes de la investigación cualitativa y de la investigación-acción, además de otros.

El diseño de los programas se basa en un minucioso análisis de la necesidad a partir de los indicadores diagnósticos de población y la articulación de una estrategia de intervención a partir de la relación entre necesidad y demanda.

Reuniones

Se realizaron cuatro reuniones de 2 horas de duración con cada uno de los grupos establecidos, con objetivos bien definidos. Cada reunión tiene diferentes momentos: inicial, planteamiento temático, elaboración, y el final de integración evaluación y cierre.

Se utilizan diferentes técnicas: ruedas iniciales y finales, recursos psicodramáticos, grupos

EL DISEÑO DE LOS PROGRAMAS SE BASA EN UN MINUCIOSO ANÁLISIS DE LA NECESIDAD



Figura 1. Póster de difusión de la actividad de cierre del encuentro comarcal.

de discusión, puesta en común, etc.; todo ello dentro de un proceso constructivo entre coordinadora y participantes (figura 1 y tabla 2).

Hilo conductor del programa

Se trabajó la problemática de la enfermedad mental en el ámbito social, familiar y comunitario reflexionando sobre:

- El imaginario social, analizando los mitos e ideas que perpetúan determinadas actitudes excluyentes, dentro de las contradicciones sociales actuales.
- Las implicaciones familiares desde un modelo de dependencia familiar donde los roles asignados-asumidos son comunes a la generalidad de las familias. Se propicia la expresión de los sentimientos que se generan por la forma de cuidar, por la vivencia de la enfermedad, así como por los prejuicios sociales para poder atravesar el proceso de duelo y lograr una posición más sana en el afrontamiento de la enfermedad y en la propia convivencia familiar.
- Características clínicas-sociales de la enfermedad y su abordaje integral.

- Alternativas para el desarrollo de la autonomía: los límites y el ejercicio de la autoridad. Los lugares adecuados en la familia y espacios vitales como criterio de salud.

Proceso grupal

Se ha basado en una integración de aportes individuales: desde las experiencias de aquellas personas que llevan años en el recorrido de la enfermedad hasta las vivencias de impacto de quienes se enfrentan por primera vez con ella.

Las emociones que se movilizaron fueron muy fuertes. Fue importante tener en cuenta los aspectos transferenciales y contratransferenciales para llevar a cabo devoluciones contenedoras, no defensivas y con carácter constructivo sobre la propia producción grupal.

Seguimiento y valoración

Con la supervisión continua se completa la comprensión de todo el proceso de intervención. Se estudian los registros de observación de las reuniones, lo verbal y lo no verbal, y se valora si la tarea se adecua a los objetivos establecidos, el nivel de consecución de los mismos, así como el grado de pertenencia y pertinencia de los participantes con el grupo y con la tarea.

Resultados

A partir de esta experiencia hemos podido observar como:

- Muchas familias hablaron de los prejuicios y del rechazo social que les ha dificultado la aceptación de la enfermedad. No quieren identificar a su familiar enfermo ni a ellas mismas con la enfermedad mental por la asignación de un estigma social que sobre ellas recaería:
 - «Nos miran mal», «Los vecinos ni te preguntan», «Miedo a que la sociedad sepa que hay un enfermo en la familia, se oculta un poco al enfermo».
- Las familias expresaron que estaban afectadas profundamente en su propia vida y organización familiar por el padecimiento de la enfermedad:
 - «Cuando llega la enfermedad, a la familia la hace polvo», «La propia vida no se vive».
- Pensar sobre el modelo de dependencia familiar asignado socialmente y común a todas

SE TRABAJÓ LA PROBLEMÁTICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO SOCIAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO

las familias, es un elemento que aportó alivio desde la comprensión de que la forma de cuidar genera malestar, y que desde este malestar se le adjudican a la enfermedad cuestiones que no son específicas de ésta:

«No puedo más», «Son veinticuatro horas cuidando», «Todo esto es para mí».

- Igualmente les ha aliviado porque identifican aspectos concretos de estos malestares que tienen posibilidad de reparación y cambio:

«No somos imprescindibles», «Yo a la boda voy», «Me apunto a todo lo que hay en mi pueblo».

- Las familias pasan por un proceso de duelo importante, que generalmente desconocen. Esto conlleva desconcierto, impotencia y, a veces, culpabilidad. Se potenció la expresión y elaboración de sus sentimientos:

«Siento pena, lástima, rabia, coraje», «La familia se siente muy culpable», «Necesité tiempo para tragar todo esto», «Ahora sé cómo hablarle».

- Las familias manifestaron su queja por la falta de recursos de apoyo institucional, social y sanitario, adecuado a sus necesidades. Esta carencia les sitúa en una importante sobrecarga y soledad en los cuidados:

«Lo ven cada dos meses», «Yo no puedo hablar delante de él en las consultas», «¿Qué va a ser de él cuando yo no esté?».

- La vivencia de los roles asignados-asumidos femenino y masculino les genera conflictos. Hablaron de desencuentro y de disparidad de criterios en las parejas para la educación y el trato con los hijos, y reconocieron que estas actitudes crean un clima familiar tenso e inadecuado:

«Los hombres vemos la enfermedad de otra forma, ellas los protegen más», «En la pareja el hombre y la mujer están distanciados, de espaldas, buscando culpables; se ven los fallos, perdiendo lo común».

- Los lugares en la familia y la necesidad del espacio propio fueron temas importantes sobre los que se reflexionó. Se pudo constatar la falta de autoridad para establecer los límites adecuados para una mejoría en la convivencia y en los cuidados:

«El hijo se sube encima», «Si te dice el enfermo que no te vayas, tú no te vas», «Hay que tenderles la mano, pero sin que te acaparen», «Aprendiendo a vivir y dejar de sufrir».

- Se habló del importante beneficio al estar y aprender en grupo. El encontrarse con otras familias les ha hecho ver que su situación es mucho más frecuente de lo que ellas habían pensado. Aunque no es un espacio terapéutico propiamente dicho, las familias lo viven como tal:

Tabla 2
CUADRO DE ASISTENCIA POR GRUPOS

Datos/zonas	Casariche	Estepa	El Saucejo	Marchena	Osuna-La Puebla
Convocados	15	25	24	30	55
Inscripción inicial	10	19	20	24	25
Total de integrantes	10	17	17	18	17
Número total de bajas	3	3	3	2	4
Asistencia media	70%	82,7%	82,7%	88,9%	76,5%

«Esto es de mucho apoyo, porque una no tiene en quien apoyarse», «Esto es una terapia», «He visto una pequeña ventana abierta, algo de luz», «Un pasito para adelante», «Compañerismo».

- Se hizo constar el deseo de hacer una proyección «hacia fuera» para cambiar entre todos la concepción social actual de la enfermedad:

«Una parte de la sociedad tendría que estar en este curso», «Estas clases se deberían hacer en los colegios para educar de otra manera».

Conclusiones

Este programa de intervención comunitaria ha permitido a las familias:

- Una formación, un reconocimiento y una mayor comprensión de la enfermedad, lo que ha revertido en una mayor aceptación de la misma, esto supone una mejoría en el apoyo a la persona con la enfermedad.
- Salir del aislamiento, participando con otras familias para ampliar la mirada sobre las actitudes sociales excluyentes en torno a la enfermedad mental.
- Reconocer la enfermedad, la sintomatología que la caracteriza, las verdaderas necesidades propias y las del enfermo, las posibilidades de intervención y tratamientos más adecuados que fomenten autonomía.
- Compartir las vivencias y sentimientos para entender los procesos de duelo que pueden atravesar.
- Crear una Asociación Comarcal de Familiares de Personas con Enfermedad Mental. Están emprendiendo acciones de ayuda mutua y de sensibilización social junto al equipo sanitario.

En cuanto a la sensibilización de profesionales:

HABLARON DE
DESENCUENTRO
Y DE DISPARIDAD
DE CRITERIOS EN
LAS PAREJAS PARA
LA EDUCACIÓN
Y EL TRATO CON
LOS HIJOS

COMPRENDER MEJOR LA ENFER- MEDAD MENTAL

- La Unidad de Salud Mental Comunitaria considera este trabajo con familias parte integral del tratamiento de los pacientes con trastornos mentales graves (TMG). Han participado en la experiencia residentes de Medicina Familiar y residentes de psiquiatría, así como otros profesionales de AP y de los servicios sociales de la zona, quienes se van implicando de forma gradual.
- Observamos que la comprensión general sobre la enfermedad mental que este programa ha aportado a los profesionales que han participado, revierte directamente en el trabajo que continúan haciendo con las familias desde su lugar institucional de mayor accesibilidad.

Discusión

El trabajo con familias llevado a cabo con la Metodología ProCC, y gracias a su vertiente investigativa, nos ha permitido a aquellos profesionales que hemos intervenido directamente en su implementación y desarrollo:

- Ver el carácter constructivo y novedoso de esta tarea de participación que acerca a las diferentes partes implicadas y que ha revertido en una mejora asistencial para el cuidado de las personas afectadas.
- Pasar de una atención individualizada y parcializada a una atención integral que abre perspectivas a nuevas intervenciones más coherentes y completas con base comunitaria.
- Constatar que la puesta en marcha y desarrollo de estas intervenciones requieren un trabajo de equipo, siendo importante la participación del observador para que la tarea tenga un carácter más riguroso.

- Comprender mejor la enfermedad mental. Al poner la mirada en los roles masculinos y femeninos asignados y asumidos, hemos obtenido una visión más clara de que muchos malestares que sufren las familias no son solo por la especificidad de la enfermedad mental, sino por la forma de cuidar que genera vínculos de dependencia e impide la autonomía. Esta comprensión ha permitido que las familias hayan visto posibilidad de cambio. Han hablado de sentimiento de normalización y salida del estigma.
- Afianzar el programa de intervención llevado a cabo, reconociendo conceptos y elementos de análisis para seguir brindándolos a la comunidad, así la mirada social se convierte en aceptación, en reconocimiento, en posibilidad, en autonomía, en desarrollo de lo humano y, por tanto, en desarrollo social.

Bibliografía

- Castoriadis C. Imaginario e imaginación en la encrucijada. En: Figuras de lo pensable. 2.ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2002. pp. 93-113.
- Córdova MD. Los indicadores diagnósticos de población ¿Pistas para su identificación? En: Cucco M, Córdova M, Rebollar M. La intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Aportes de la metodología de los procesos correctores comunitarios. Madrid: Nuevos Escritores; 2010. pp. 223-9.
- Cucco M. ProCC: Una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana. Del desatino social a la precariedad narcisista. Buenos Aires: Atuel; 2006.
- Fernández AM. El campo grupal. Notas para una genealogía. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
- López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez A, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2008;38(101):43-83.