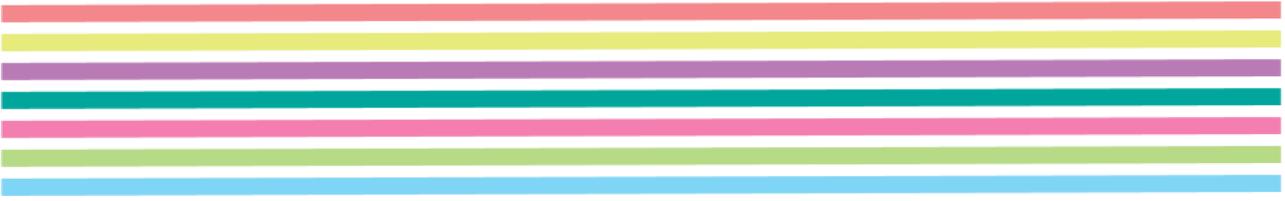




El desarrollo de Grupos Socioeducativos con personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social

Recomendaciones para profesionales del trabajo social
en atención primaria



Este documento ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo “El desarrollo de GRUSE con poblaciones vulnerables”, constituido en el marco de la Estrategia GRUSE, de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

El Grupo de trabajo estuvo formado por:

- M^a Luz Burgos Varo. Trabajadora Social-Málaga
- Carmen Gámez Lomeña. Trabajadora Social-Málaga
- José Miguel Garrido la Torre. Trabajador Social - C.S. Níjar-DAP Almería
- Adela López Bernabeu. Trabajadora Social C.S. Alcazaba-DAP Almería
- Consuelo Revilla Delgado. Trabajadora Social-Huelva
- Inmaculada Rodríguez Molinillo. Trabajadora Social USMC Peñarroya AGS Norte de Córdoba

Coordinación del Grupo de Trabajo:

- Águila Bono del Trigo. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Patricia García Roldán. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- Consuelo Revilla Delgado. Trabajadora Social-Huelva

Redacción del Documento:

- Águila Bono del Trigo. Escuela Andaluza de Salud Pública
- Patricia García Roldán. Subdirección de Gestión Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud.
- Almudena Millán Carrasco. Escuela Andaluza de Salud Pública

Revisión:

- Ana Rosa Listán Cortés. C.S. San Telmo-AGS Jerez, Costa Noroeste y Sierra- Cádiz

Editado por la Escuela Andaluza de Salud Pública. Julio de 2023



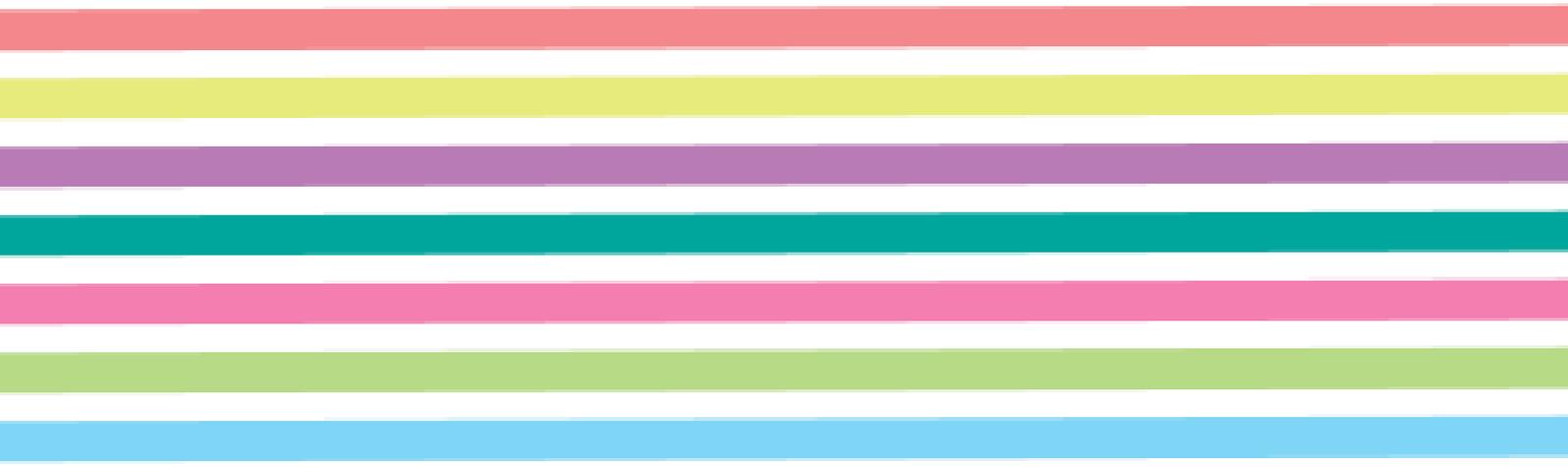
Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CUESTIONES PREVIAS	11
2.1 Diagnóstico de la zona.....	12
2.2. Importancia del trabajo intersectorial	14
2.3. Aspectos a considerar con determinados perfiles de poblaciones	15
OBJETIVOS DE UN GRUPO	19
CAPTACIÓN Y POSIBLES PERFILES	21
ENTREVISTA INICIAL.....	25
GRUPO.....	27
SESIONES	31
EVALUACIÓN.....	36
ANEXOS.....	39



INTRODUCCIÓN





INTRODUCCIÓN

El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, recoge como principales ejes de desigualdad en salud: el contexto social y político, la posición socioeconómica, las condiciones de vida y trabajo y las conductas relacionadas con la salud.

En este marco, el análisis de situación del Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales para la elaboración de una propuesta de reducción de las desigualdades sociales en salud en España², señalaba que los grupos sociales más vulnerables como las personas de clases sociales desfavorecidas, las mujeres o, más recientemente, la población inmigrada de países pobres, presentaban peores condiciones de vida y de trabajo, adoptaban conductas menos saludables y tenían más dificultades para acceder a algunos servicios sanitarios.

Recientemente, una revisión sistemática de la literatura publicada desde el año 2010 hasta 2021³, sobre la salud y factores intermedios que indican sobre ella, en población española, encontró que los principales ejes de desigualdad estudiados fueron el estado socioeconómico (15/50 publicaciones) y la raza/etnia/origen (9/50), siendo el principal resultado estudiado la salud mental (23/50), seguido de la salud autopercibida (19/50). En general, se encontró que, a mayor desventaja social, en cualquiera de los factores intermedios estudiados, peores resultados en salud, especialmente, salud mental, siendo este hallazgo consistente con lo

¹ Dahlgren, Göran, Whitehead, Margaret. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health*, 199: 20-24. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>.

² Rodríguez Sanz, Maica y Borrell, Carme. Capítulo 2. Los determinantes sociales de las desigualdades en salud en España. En Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid. 2009. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

³ Ruiz Álvarez M, Aginagal de Llorente AH, Del Llano Señarís JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Rev Esp Salud Pública*. 2022; 96: 12 de mayo e202205041.



señalado en la literatura internacional^{4,5,6,7}. En Andalucía, la Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016, encuentra también que, a menor nivel de estudios, de ingresos o clase social peor es la salud mental de los andaluces⁸. De aquí se concluye que es especialmente importante cuidar de la salud mental de las personas en mayor desventaja social.

El informe SESPAS de 2016 (Urbanos-Garrido, R 2016)⁹, señalaba que en el acceso a las prestaciones sanitarias en España, existe un gradiente social según el nivel socioeconómico, en el que la población con menor renta, a igual necesidad, utiliza más las consultas de Atención Primaria y, en menor medida, las de especializada. Otros estudios señalan, en la misma dirección, cómo colectivos vulnerables como las personas de etnia gitana, usaban más los servicios sanitarios, en especial, los servicios de Atención Primaria y Urgencias¹⁰. Esto significa que Atención Primaria se convierte en un ámbito clave para cuidar de la salud mental de las poblaciones más vulnerables.

Además, dentro del equipo de Atención Primaria, las/os trabajadoras/es sociales aportan la visión social a los problemas de salud. Son el colectivo profesional que conoce mejor a los grupos vulnerables y/o de riesgo de la comunidad atendida en cada centro de salud. Parte destacada de su rol es prestar mayor atención a estos colectivos, con el fin de minimizar consecuencias

⁴ Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. PLoS One. 2019; 14(3):1-16.

⁵ Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. Soc Sci Med. 2013; 90:24-31.

⁶ Hudson, Christopher G. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. American Journal of Orthopsychiatry. 2005, 75 (1): 3–18 Disponible en: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/ort-7513.pdf>

⁷ Zhang Yali, Zhang Jiagen, Li Hongxia, Jiang Yongzhi. La relación entre el estatus socioeconómico y la depresión: una revisión sistemática y un metanálisis [J]. Avances en la ciencia psicológica, 2022, 30(12): 2650-2665. Disponible en: <https://journal.psych.ac.cn/xlkxjz/EN/10.3724/SP.J.1042.2022.02650>

⁸ Sánchez-Cruz, José Juan; García Fernández, Llenalia; Mayoral Cortés, José M^a. La Salud en Andalucía: Adultos. V Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2017. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/La%20Salud%20en%20Andaluc%C3%ADa-%20Adultos.pdf>

⁹ Urbanos-Garrido, R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. Informe SESPAS. Gac Sanit. 2016; 30(S1):25-30.

¹⁰ La Parra-Casado D, Mosquera PA, Vives-Cases C, San Sebastian M. Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain. Int J Environ Res Public Health 2018; 15 (1).



negativas para su salud de las condiciones en que viven. Para ello, estas/os profesionales deberán promover la mejora del afrontamiento personal y social de dichas situaciones^{11,12}.

A nivel de afrontamiento personal, diversos estudios sostienen evidencias de la eficacia de las actividades de promoción de la salud en Atención Primaria, en las que, entrenando habilidades de resiliencia, se disminuye la vulnerabilidad al estrés, los niveles de ansiedad y depresión, se mejora la capacidad de las personas para afrontar de manera eficaz las situaciones adversas a las que se enfrentan en su día a día y se refuerza su bienestar emocional^{13,14}.

La Estrategia de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria, “GRUSE”¹⁵ sería una de esas actividades de promoción de la salud mental. Se puso en marcha 2011¹⁶ y, desde entonces, forma parte de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Su eficacia se ha puesto de manifiesto en diversas publicaciones^{17,18}, tanto en términos mejora del bienestar emocional

¹¹ Agulló Porras, Ana y Martín Esparza, Ana Laura. Intervención del Trabajo Social sanitario ante los determinantes de la salud Modalidad: Teoría del Trabajo Social. Documentos de Trabajo Social (63): 130-149. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7931015.pdf>

¹² Raya Díaz, E. Tema 5. Participación ciudadana y Trabajo social comunitario. Asignatura: Trabajo social Comunitario. Universidad de la Rioja. Curso 2005/2006. Disponible en: <https://www.unirioja.es/dptos/dchs/archivos/tema5participacion.pdf>

¹³ Peralta–Ramírez, MI; Robles–Ortega, H; Navarrete–Navarrete, N; Jiménez–Alonso, J. Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. Salud Ment v.32 n.3 México may/jun. 2009.

¹⁴ Utrera Caballero, V; Guerrero Sánchez R y Rosado Tejero L. Mindfulness como terapia para la disminución de la ansiedad y síntomas depresivos. Boletín Psicoevidencias nº 37. Tercer Cuatrimestre 2013

¹⁵ Mateo Rodríguez, I (Coord.); García-Cubillana de la Cruz, P ; Conde Gil de Montes, MP . Manual para el diseño e implementación de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2011. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/158/GRUSE_MANUAL_v4.pdf

¹⁶ La Estrategia GRUSE se dirige a promover la salud entre personas con síntomas de malestar que no se explican con una enfermedad y que necesitan obtener herramientas y habilidades para enfrentarse a las situaciones adversas de la vida cotidiana. Se basa en un programa de intervención grupal a través de 8-10 sesiones acotadas, que pretenden promover el afrontamiento saludable de las dificultades de la vida desde el enfoque de igualdad, apoyo mutuo y activos en salud.

¹⁷ Iáñez Domínguez, Antonio; Morales Marente, Elena; Palacios Gálvez, Marisol; Luque Ribelles, Violeta. Resultados finales de la investigación que evalúa la estrategia GRUSE-Mujeres. III Encuentro GRUSE Málaga. 5 de marzo de 2019.

¹⁸ Palacios-Gálvez, María Soledad; Morales-Marente, Elena; Iáñez-Domínguez, Antonio; Luque-Ribelles, Violeta. Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.02.005



como de inclusión social (participación, empoderamiento...) de las personas que participan en los grupos.

Sin embargo, GRUSE, a pesar de ser una de las pocas intervenciones de promoción del bienestar emocional que incorpora el enfoque de determinantes sociales de la salud, parece tener dificultades para ser implantado en centros de salud de zonas desfavorecidas. En este sentido, según análisis de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, del Servicio Andaluz de Salud, en 2019 se realizaron GRUSE en el 52.07% de los Centros de Salud ubicados en zonas desfavorecidas, mientras que los GRUSE desarrollados en el total de Centros de Salud ascendió al 72.56%. En el informe global de ese mismo año sobre la actividad grupal en el marco de la Estrategia¹⁹ figura “Incluir actuaciones para la captación en entornos o con colectivos vulnerables”, en el apartado de líneas de actuación prioritarias.

En 2014 un estudio, realizado con metodología cualitativa que exploraba el desarrollo de los GRUSE en zonas desfavorecidas, expresaba las dificultades que estas poblaciones tenían para acceder a determinados programas y proyectos relacionados con la salud, y muy especialmente a los que tienen un carácter eminentemente preventivo, como los GRUSE²⁰. Posteriormente, en 2018, en un taller de expertos de profesionales en GRUSE²¹ se concluyó que una de los retos de GRUSE era: *“la mejora de la accesibilidad y la fidelización de la participación de determinados colectivos con características culturales específicas, dificultades en lectoescritura, dificultades socioeconómicas, aspectos ambientales u otros”*.

En otra publicación que describe los problemas de implementación de GRUSE en zonas con necesidades de transformación social (ZNTS) de la ciudad de Sevilla²², se concluye que las

¹⁹ Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Informe de evaluación 2019. Grupos socioeducativos de atención primaria de salud. Documento interno Red GRUSE:

<https://www.gruse.es/mod/folder/view.php?id=74>

²⁰ Bruquetas Callejo, Carlos; Llamas Martínez, María Victoria. Evaluación de los Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Estudio cualitativo 2014. Sevilla. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública. Consejería de Salud. 2014. Documento interno Red GRUSE:

<https://www.gruse.es/mod/folder/view.php?id=74>.

²¹ Bono del Trigo, A.; Fernández Pérez, MD; García-Cubillana de la Cruz, P; García Roldán, P; Godoy Lorite, I; Millán Carrasco, M. Informe de resultados del Taller de expertos de la estrategia GRUSE. EASP. Granada 2018. Disponible en: Documento interno Red GRUSE <https://www.gruse.es/mod/folder/view.php?id=74>

²² Rodríguez Fernández-Viagas, Cristina; García Gil, Carmen; Bayo Barroso, Nora; Villalba Quesada, Cristina y Álvarez Girón, Manuela. Implantación de un programa de promoción de la salud de las mujeres en zonas de exclusión social de la ciudad de Sevilla. Gaceta Sanitaria. 32 (6): 584-587. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.018>



dificultades de implantación están relacionadas con una comunidad “*desbordada por su propia realidad, incapaz de pensar en su salud cuando no tiene cubiertas sus necesidades más básicas*”.

Y es que para promover la salud es hay que incidir en la mejora de los estilos de vida saludable a nivel individual/grupal pero también fomentar el desarrollo de acciones comunitarias que promuevan contextos saludables²³. En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud ²⁴ señala que para promover la salud es necesario trabajar en: a) fortalecer los entornos saludables clave; b) facilitar la participación y el empoderamiento de la comunidad, y el compromiso de la sociedad civil; c) fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar, y abordar los determinantes sociales de la salud; d) fortalecer los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud. Y la propia OMS, en su Informe mundial sobre salud mental de 2022²⁵, señala que las intervenciones de promoción y prevención funcionan identificando los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental y, seguidamente, interviniendo para reducir los riesgos, fomentar la resiliencia y establecer entornos favorables para la salud mental²⁶.

Los GRUSE, en el que trabajadoras/es sociales enfrentan el malestar de las poblaciones con las que trabajan desde el modelo de activos y el enfoque de determinantes sociales, son espacios óptimos para trabajar, de forma especial en el caso de poblaciones vulnerables), la conciencia de cómo el género, la clase social, la etnia, el nivel de ingresos... inciden en la salud mental y también para promover espacios de participación, que permitan el apoyo mutuo, que se generen iniciativas solidarias, y también de mejora de acceso a los recursos y servicios, etc. Para fortalecer el bienestar emocional, especialmente en poblaciones vulnerables, es importante

²³ Del Arco, Isabel. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. Cátedra de Desarrollo de Organizaciones y Territorios Saludables. Dykinson. Lleida. 2021. Disponible en:

<https://cv.udl.cat/access/content/group/32d8844c-b31f-483b-8e6e-7f6935291cac/Monogr%C3%A0fics%20DOTS/MONOGRAFICO%20DOTS%204%20REVISADO.pdf>

²⁴ Organización panamericana de la salud (OPS). Estrategia y Plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030. Aprobada en el 57 Consejo Directivo de la OPS en 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

²⁵ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos: panorama general. Organización Mundial de la Salud. 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356118> . Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030. Organización Mundial de la Salud. 2021 Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>



trabajar en iniciativas intersectoriales que puedan modificar contextos y situaciones, luchando contra las desigualdades en salud ^{27,28,29,30,31}.

Partiendo de este marco de reflexión, en enero de 2021, se puso en marcha un grupo de expertos³², formado por profesionales de Trabajo social, con experiencia en el desarrollo de GRUSES en zonas en las que habitan poblaciones vulnerables con el objetivo de ofrecer recomendaciones prácticas y materiales que sean de utilidad para fomentar el desarrollo grupos con dichas poblaciones.

Este documento, fruto del trabajo del grupo, plantea algunas consideraciones de cara a la intervención mediante GRUSE con poblaciones desfavorecidas, y pone énfasis en la adaptación del planteamiento, metodología y contenidos de la Estrategia GRUSE para su desarrollo con poblaciones vulnerables. Las recomendaciones que aparecen en este documento, están especialmente destinadas a profesionales con experiencia en el desarrollo de grupos socioeducativos, que deseen ampliar sus competencias con poblaciones que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, independientemente de que su territorio esté incluido o no en una clasificación de zona desfavorecida (Zona de Transformación Social, Zona Estrategia Regional Andaluza para la Cohesión e Inclusión Social u otra).

²⁷ Martínez, Manuel Fco.; Martínez García, Julia. Procesos migratorios e intervención psicosocial. Papeles del Psicólogo, vol. 39, núm. 2, 2018. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77855949003>

²⁸ Aguiló E. Los malestares de la vida cotidiana y la Atención Primaria. Demanda y necesidad. Taller Internacional de Metodología ProCC. [Internet.] La Habana (Cuba); 2008. Disponible en: http://www.procc.org/pdf/AP3.Los_malestares_de_la_vida_cotidiana_y_la_AP.Aguilo.2008.pdf

²⁹ Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Estudio sobre determinantes de la salud de la población gitana cántabra. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. 2022. Disponible en: <https://fmvaldecilla.es/wp-content/uploads/2022/07/estudio-sobre-determinantes-de-la-salud-de-la-poblacion-gitana-cantabra.pdf>

³⁰ Grupo de gestión integrada para la salud mental. Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Dirección de promoción y prevención subdirección de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/salud-mental-indigena-orientaciones-tecnicas.pdf>

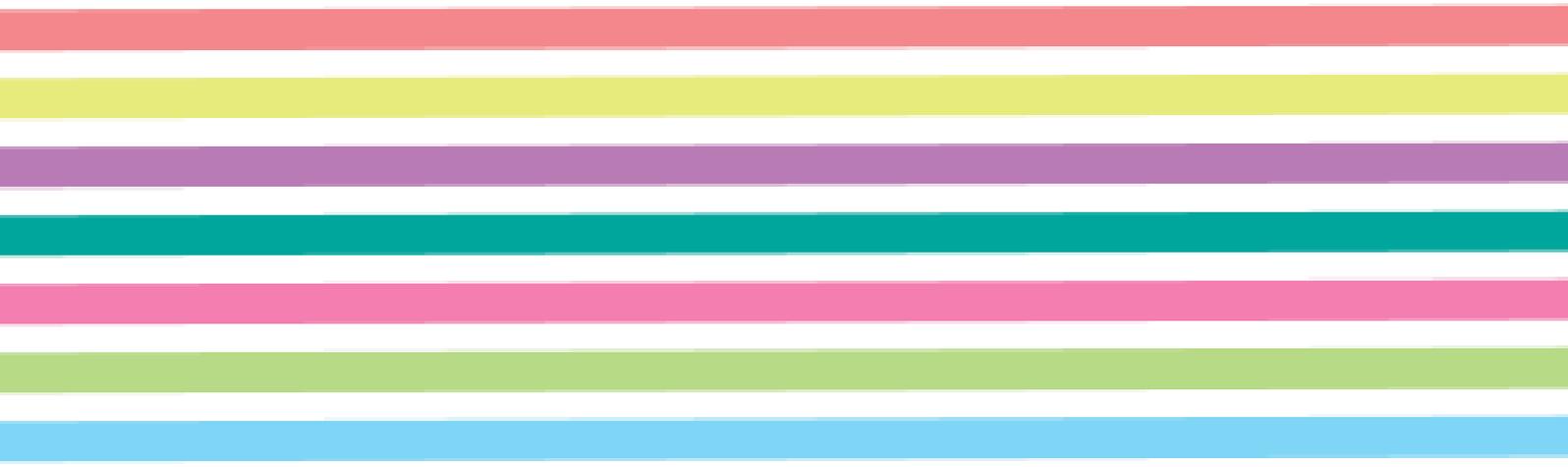
³¹ Painter, Anthony. A universal basic income: the answer to poverty, insecurity, and health inequality? Early evidence suggests substantial health dividends. BMJ. 33: 158-67. 2016. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/355/bmj.i6473>

³² Grupo de desarrollo de Grupos Socioeducativos (GRUSE) con personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social: Consuelo Revilla Delgado, M^a Luz Burgos Varo, Carmen Gámez Lomeña, Jose Miguel Garrido de la Torre, Inmaculada Rodríguez Molinillo, Adela López Bernabéu, Patricia García Roldán y Aguila Bono del Trigo.





CUESTIONES PREVIAS





CUESTIONES PREVIAS AL INICIO DE UN GRUPO EN ZONAS DESFAVORECIDAS O CON POBLACIÓN VULNERABLE

Antes de iniciar un grupo socioeducativo, como cualquier otra intervención social, es relevante conocer con cierta profundidad la situación socio cultural y económica de la población con la que se va a intervenir. En el caso del trabajo en zonas desfavorecidas o con población vulnerable este aspecto resulta indispensable.

Llevar a cabo un diagnóstico de situación de la zona, asumir la importancia de la intersectorialidad y conocer las características específicas de las poblaciones que las habitan, son aspectos básicos de referencia para el desarrollo de grupos socioeducativos con poblaciones vulnerables.

2.1 Diagnóstico de la zona

La consideración de la salud como un bien social y la evidencia de que las políticas sociosanitarias reducen las desigualdades sociales debería ser hoy incuestionable. La salud y la calidad de vida dependen de múltiples factores, entre ellos los ambientales, por los que las intervenciones socioeducativas deberían adecuarse a los aspectos socioculturales de la comunidad, barrio o zona en la que se pretenda actuar. Llevar a cabo un diagnóstico de la zona, basado en los determinantes sociales, puede resultar de gran ayuda para definir los problemas y necesidades. Facilitará la adecuación de la intervención, y específicamente de los objetivos y la programación,



partiendo del principio de participación activa de la población y de los agentes socio sanitarios existentes y de su interacción³³

Este documento, no establece la metodología para llevarlo a cabo, por considerar que no es objeto del mismo, y por la amplitud y complejidad que requeriría. No obstante, se ha considerado relevante hacer referencia a que el proceso de intervención requiere, en primer lugar, explorar y conocer la realidad de la zona, mediante la revisión de la documentación disponible en otras instituciones (como pueden ser el Instituto Nacional de Estadística, documentación de los Ayuntamientos, de los Servicios Sociales Comunitarios, del Servicio Público de Empleo Estatal, etc.), así como conocer los datos epidemiológicos del Distrito Sanitario o revisar cualquier estudio que se haya realizado con anterioridad referido a la población o la zona en la que se vaya a realizar el GRUSE.

Este proceso de planificación, requiere del contacto con otras instituciones y agentes sociales para poder establecer el perfil de población diana y el mapa de activos de la zona. Si el acercamiento a la realidad se realiza trabajando en red desde el principio, se crearán las bases para que las futuras intervenciones sean intersectoriales e interprofesionales. Se recomienda acceder a los mapas de activos que se han elaborado en una gran parte de los Centros de Salud de Andalucía y que recogen las entidades, instituciones, recursos y asociaciones con presencia en el territorio, y además se identifican los valores, costumbres, idiosincrasia, señas de identidad e historia de cada territorio.

El objetivo de un diagnóstico de situación será conocer qué tipo de población reside en el territorio; cuál es su nivel socio-económico, nivel de instrucción, características culturales, motivaciones e intereses; identificar grupos que pueden ser considerados vulnerables, desfavorecidos y/o con indicadores de exclusión. Esto nos ayudará a plantear cada GRUSE atendiendo a las necesidades específicas encontradas, determinar los recursos más adecuados y la utilización de un lenguaje accesible³⁴.

Los GRUSE son una estrategia de promoción de la salud y hacer promoción de la salud significa ayudar a las personas a responsabilizarse de su propio bienestar, y para ello, es necesario conocer los determinantes que les afectan. Un GRUSE supone trabajar los conceptos claves para

³³ Lillo Herranz, Nieves y Roselló Nada, Elena. Manual para el Trabajo Social Comunitario. Madrid. Narcea SA Ediciones. 2010. Pag 179-187.

³⁴La experiencia en el Barrio de Pérez Cubillas de Huelva (Ver la experiencia detallada en Anexos), puede servir de ejemplo, en la que se realizó “el análisis de la realidad” desde la Coordinadora de Colectivos, que integraba todos los colectivos e instituciones del barrio. El proyecto incluía el diseño del estudio y la ejecución de las actividades que se llevaron a cabo y participaron por igual todos los miembros de la Coordinadora. Los resultados fueron “devueltos” a todo el barrio mediante la celebración de una exposición de fotografías, carteles y videos. Esta experiencia permitió avanzar en muchos y muy variados proyectos para profundizar en los activos comunitarios del barrio, en su historia, sus señas de identidad, potencialidades, necesidades, etc.



cuidar el bienestar, ejercitar esos conceptos mediante dinámicas de grupo, juegos o cualquier otra actividad práctica y, por último, reforzarlos mediante actividades que se pueden realizar en el día a día de cada persona. Conocer la situación vital y del entorno de los miembros del grupo será imprescindible para hacer comprensibles los conceptos claves, adaptar las prácticas a las realidades de los y las participantes y facilitar la incorporación de lo aprendido a la vida cotidiana.

2.2. Importancia del trabajo intersectorial

Partiendo de la consideración de que la salud tiene dimensiones físicas, emocionales, sociales y económicas, y que sus determinantes son multifactoriales, la acción intersectorial es clave para mejorar el bienestar y la salud de la población con la que se va a desarrollar un GRUSE.

Promover espacios comunes con otros agentes del territorio, facilitará que los análisis, objetivos, proyectos, intervenciones etc. sean compartidos y asumidos por todas las partes implicadas.

Trabajar con enfoque intersectorial, y en red, implica superar el concepto de coordinación, involucrando, desde el primer momento, a la ciudadanía y a sus organizaciones. La intersectorialidad no significa estar “enterados/as” de lo que hacen los/as demás, sino tener objetivos integrados y trabajar desde todos los sectores para la consecución de los mismos.

Habrán de conocerse los espacios de encuentro o planificación ya constituidos, al objeto de ofrecer, si no lo está ya, la integración del Centro de Salud en los mismos, así como participar y potenciar el abordaje intersectorial en aquellas cuestiones consideradas importantes para el desarrollo comunitario y mejora de la calidad de vida. Será en esos espacios desde dónde se estudiarán alternativas y se planificarán las intervenciones para el desarrollo de las potencialidades y los activos, tratando de implicar día a día a un mayor número de personas. Las dificultades y obstáculos que pueden presentarse en el trabajo comunitario en red, habrán de ser asumidas, tratando de superar los compartimentos estancos, protagonismos personales o institucionales.

Es importante favorecer, fomentar y liderar los programas de salud que se desarrollen con otras instituciones, convertirse en agentes claves en el campo de salud y nexo de unión entre la comunidad y el centro de salud. En este sentido, se recomienda establecer vínculos con agentes activos en otras redes de salud pública, como la Red de Acción Local en Salud, Forma Joven u otras.

Para la planificación y desarrollo de un GRUSE, el trabajo en red servirá además para mejorar la captación y formación de grupos con mayor adherencia, ya que el resto de profesionales y



agentes de la zona, cercanos a las personas, contribuirán y reforzarán la importancia de participar³⁵.

2.3. Aspectos a considerar con determinados perfiles de poblaciones

Algunas de las características que se observan con frecuencia cuando se trabaja con poblaciones vulnerables deberían ser consideradas de cara al desarrollo y adaptación de un GRUSE; problemas de lectoescritura, dificultades vinculadas a la cultura de origen cuando en poblaciones migrantes, dificultades asociadas a especificidades étnicas, problemas derivados de situaciones de precariedad económica, entre otros.

Dificultades de lectoescritura o analfabetismo funcional

Es muy probable que las personas que vayan a participar en el GRUSE tengan problemas de lectoescritura y/o analfabetismo funcional, lo que supondrá la adaptación de los materiales, especialmente de la parte conceptual. Para ello será necesario comunicar con imágenes y canciones, evitando la incorporación de textos. Focalizar las sesiones en dinámicas y juegos, enfocados a la transposición a los hábitos de vida de las personas, resultará útil para el seguimiento y participación activa. Las “tareas para casa” deberían excluir ejercicios de lectoescritura y ser adaptados a formatos audiovisuales.

Dificultades con el idioma y adaptación del GRUSE a otras realidades socioculturales

Si se trabaja en una zona con población migrante, de cara a planificar un GRUSE, habría de tenerse en cuenta que es muy probable que las personas que vayan a participar hayan estado sometidas a situaciones de gran estrés. Por una parte, ocasionado por la asunción de pérdidas (familia, idioma, hábitos alimenticios, cultura, estatus social y profesional, clima, etc.) y, por otra,

³⁵La experiencia de la “Mesa de Barrio Cruz Verde-Lagunillas” de Málaga (ver la experiencia detallada en Anexos), incluye a todas las entidades y organismos del barrio, aportando cada cual sus recursos y planificando anualmente las actividades conjuntas a realizar en función de las necesidades detectadas. De esta manera se potencian todos los activos comunitarios y los resultados son muy prometedores, ya que son sus habitantes quienes asumen el protagonismo en los procesos de mejora.



por el esfuerzo que supone la integración, la adaptación a la soledad, los sentimientos de tristeza, aislamiento, miedo, desesperanza, duelo, etc. Ello unido a las dificultades de comunicación en un país extraño y la lucha por cubrir las necesidades básicas. Es muy conveniente, incluso en ocasiones, imprescindible, contar con mediadores/as en el desarrollo de un GRUSE con población migrante.

Además de la adaptación por dificultades de comprensión del idioma, y de lectoescritura, será necesaria la adaptación del GRUSE a su realidad sociocultural. En este sentido, la modificación de los contenidos y las dinámicas grupales resulta fundamental, además de considerar cuestiones básicas como el horario de las sesiones, fechas, espacio en el que se desarrollan, etc.³⁶

Pertenencia a una minoría étnica

Si se trabaja en una zona en la que residen personas de etnia gitana, de cara a planificar un GRUSE, habrán de considerarse las condiciones socioeconómicas precarias que puedan soportar, especialmente las mujeres. Esta característica de vulnerabilidad social dificulta su acceso a todo tipo de servicios, incluido una intervención de promoción de salud como es un GRUSE.

La imagen social que la población general tiene del pueblo gitano y de sus mujeres está teñida de estereotipos y prejuicios que impiden un entendimiento intercultural y una convivencia deseable. Del mismo modo, la población gitana también tiene prejuicios y estereotipos sobre la población no gitana. Y ambos prejuicios pueden influir en la accesibilidad a programas como los GRUSE, en la desconfianza que se puede generar en el grupo o con la persona que modere, en la posible falta de cohesión grupal, etc. Contar con mediadores/as que colaboren desde el inicio en el desarrollo del GRUSE puede ser fundamental³⁷

También hay que tener en cuenta escasas competencias en lectoescritura y problemas para satisfacer las necesidades básicas que pueden tener las personas de etnia gitana.

³⁶Por ejemplo, si se va a realizar un GRUSE con mujeres magrebíes, habrán de tomarse en consideración cuestiones básicas como la asertividad, el abordaje diferencial de las desigualdades de género, que el horario no coincida con su horario laboral o que la fecha no coincida con el ramadán.

³⁷La experiencia de trabajo conjunto con una mediadora de la Federación Fakali en el Centro de Salud Victoria, de Málaga (ver la experiencia detallada en Anexos), que además de ser gitana, era universitaria y residente en el barrio y que participó en la realización de cinco sesiones de GRUSE con un grupo de mujeres, todas emparentadas, fue muy enriquecedora. La presencia de la mediadora facilitó el clima de confianza necesario y aportó los conocimientos sobre las adaptaciones indispensables para el correcto desarrollo de las sesiones.



Falta de cobertura de las necesidades básicas

Es probable que potenciales participantes en los GRUSE no tengan cubiertas las necesidades básicas y que, siendo perceptores de prestaciones sociales, éstas les sean garantizadas con el compromiso de participar en determinadas actividades (cursos, talleres, grupos, proyectos, etc.).

La participación en un GRUSE podría ser objeto de compromiso de cara a percibir una prestación. Las alianzas y el trabajo conjunto con dichas Entidades Prestadoras (Administraciones, Entidades u Organizaciones) para que los participantes de los GRUSE reciban alguna prestación económica u otro recurso, previo acuerdo de participación en un grupo, son muy recomendables.

En relación a los contenidos que se van a trabajar en los GRUSE, es necesario priorizar los que puedan resultar más útiles a quienes los integran, vinculados a dar cobertura a sus necesidades básicas. La tasa de abandono con personas que no tienen cubiertas las necesidades básicas es mayor que en grupos cuyas personas sí las tienen cubiertas. No tener asegurada la subsistencia o una vivienda digna, es tan relevante en la vida de una persona, que difícilmente se podrán abordar otros niveles de intervención^{38, 39}.

Entornos rurales o muy endogámicos

Si se trabaja en el medio rural, es posible que el escaso desarrollo económico, el déficit de infraestructuras y equipamientos, la existencia de una población activa con mínimos niveles de formación y cualificación profesional, sean elementos a considerar para el desarrollo de un GRUSE.

38 Un ejemplo de este tipo de acuerdos son los de algunos programas de INCIDE (Inclusión, Ciudadanía, Diversidad y Educación), en los que es obligatorio para recibir alguna prestación participar en ellos: Talleres empleabilidad, brecha digital, colonias de verano etc.

39 La experiencia del Centro de Servicios Sociales Comunitarios Casco Antiguo y el Centro de Salud Alcazaba de Almería (ver la experiencia detallada en Anexo), con madres jóvenes de etnia gitana, con graves carencias formativas y con importantes dificultades para su inserción laboral, en situación de exclusión social es un ejemplo. Tras la realización de varios grupos, se continuó apoyando la participación con ayudas económicas de los servicios sociales comunitarios, condicionada a la asistencia de las participantes. Poco a poco, se fueron incorporando y participando profesionales de otras administraciones y servicios: salud mental, centros educativos, Instituto Andaluz de la Mujer, Fundación Secretariado Gitano, etc., constituyendo un trabajo en red que le daba un carácter más integrador a las intervenciones grupales con esta población.



En el medio rural, a menudo hay importantes barreras para la conciliación e igualdad entre hombres y mujeres, lo que impacta negativamente sobre la salud de ambos. Los mandatos de género pueden erigirse como una gran barrera para el desarrollo de GRUSE ya que dificultan el acceso y la fidelización a los grupos. En estos casos, es recomendable la adaptación del lenguaje para acercarlo a los y las participantes y seleccionar contenidos que generen cohesión grupal. Muy importantes resultan las señas de identidad comunitaria y trabajar, en todas las sesiones, las consecuencias que las desigualdades de género tienen en la salud, de forma lúdica y ejemplificadora.

El temor a la falta de confidencialidad que se puede dar en estos entornos rurales, de reducido tamaño, se puede resolver realizando grupos comarcales y seleccionando muy bien a los y las componentes⁴⁰.

Dadas las características y obstáculos para formar grupos en las zonas rurales o comarcales, se puede valorar también la posibilidad de constituirlos con algún denominador común, como pueden ser: padres y madres de menores con dificultades, cuidadores/as de personas mayores.

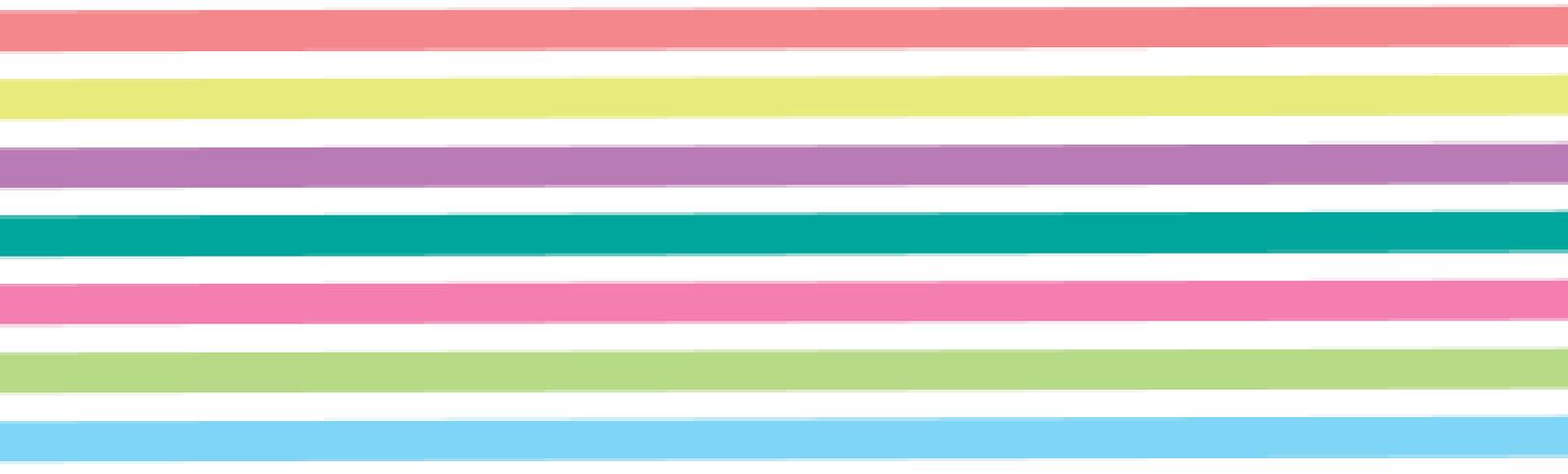
Si se va a realizar un GRUSE con personas mayores, hay que tomar en consideración los signos de aislamiento social y las implicaciones en sentimientos de soledad, de pérdidas, dificultades para cubrir necesidades básicas, etc. En estos casos, las necesidades de adaptación del GRUSE suponen cuestiones de contenido como el abordaje de la soledad no buscada, el duelo, etc., y también cuestiones de forma como buscar espacios con buena accesibilidad, elegir dinámicas adecuadas a personas con movilidad reducida, etc.

40 La experiencia de grupos comarcales, está ampliamente desarrollada en el AGS Norte de Málaga, donde la población que acude a cada grupo proviene de los distintos pueblos de la comarca, los GRUSE se coordinan conjuntamente, repartiéndose las sesiones y establecen la sede del grupo de forma rotatoria en los diferentes Centros de Salud





OBJETIVOS DE UN GRUPO





OBJETIVOS DE UN GRUSE CON POBLACIÓN VULNERABLE

Los objetivos de un GRUSE con población vulnerable son los mismos que los que se perseguirían en cualquier GRUSE. En este apartado, se hará referencia sólo a aquellos aspectos relacionados con los objetivos que requieren de una atención diferenciada en el caso de que los y las participantes estén en situación de especial vulnerabilidad.

El objetivo general se centraría en facilitar un espacio de apoyo para mejorar su salud y su bienestar, teniendo en cuenta la influencia de la situación de riesgo que puedan estar afrontando. Así, deberían priorizarse los siguientes objetivos:

- Permitir que emerja el malestar relacionado con dificultades reales de la vida que afrontan, facilitando la identificación en el grupo de respuestas saludables a dichos malestares.
- Promover la identificación de factores protectores o de resiliencia para su bienestar (asertividad, autoestima y pensamientos positivos, metas y objetivos vitales, resolución de problemas), así como la adquisición de habilidades para afrontar situaciones de riesgo vinculadas a su realidad vital (desarrollo de autoestima, pensamientos positivos, metas y objetivos vitales, etc.)
- Favorecer la identificación de activos comunitarios (redes de apoyo, solidaridad, cohesión comunitaria...) e institucionales (servicios sociales, sanitarios, de empleo...)
- Identificar otras demandas y compartirlas con otros dispositivos y servicios sanitarios/sociales.





CAPTACIÓN Y POSIBLES PERFILES





CAPTACIÓN Y POSIBLES PERFILES PARA CONSTITUIR UN GRUSE

Respecto al perfil idóneo para participar en un GRUSE hay que aplicar el principio de flexibilidad, tomando en consideración el diagnóstico de situación realizado y la identificación de los perfiles de mayor vulnerabilidad en la zona. Serán personas que se encuentren en situación vulnerable y que puedan beneficiarse de su participación en esta estrategia, según los objetivos generales y específicos que se promueven.

La estrategia y elección de vías que se usarán para realizar la captación de las personas con las que se formarán el GRUSE son de especial relevancia, dadas las dificultades de participación en actividades de promoción de la salud y socioeducativas que tienen las personas en especial situación de vulnerabilidad.

El trabajo integrado con otros sectores facilitará llegar a las poblaciones más vulnerables, bien porque son personas con las que trabajan otros y otras profesionales, porque participan en proyectos específicos de otro sector o porque son miembros o colaboradores de alguna asociación. El trabajo conjunto con otras entidades y/o espacios con los que se mantiene relación, será de gran utilidad en la captación: Servicios Sociales Comunitarios y Especializados, Organizaciones No Gubernamentales con actividad local, Servicios Especializados de Salud, Servicios de Drogodependencia, Equipos vinculados a Planes Locales de Intervención en Zonas Desfavorecidas, Asociaciones de Vecinos/as, etc.

La integración desde el inicio de agentes sociales, informantes claves, mediadores, puede ser determinante no solo para la formación de los grupos, sino para reforzar la adherencia a los mismos. En este sentido, es muy aconsejable compartir con esos agentes, información detallada de la incidencia que los GRUSES tienen en las personas. Una vía directa y útil de conseguirlo es invitarles a participar en una sesión (contando con agentes de varias organizaciones e instituciones), en el que se pueda observar el abanico de características y perfiles que pueden tener los participantes, conocer directamente el contenido, facilitar que las derivaciones sean más acertadas, identificar medidas para evitar abandonos y realizar el seguimiento adecuado.

Es importante el papel que pueden jugar en la captación personas que hayan intervenido en algún grupo anterior y que su participación en la estrategia le haya generado un cambio sustancial en su proyecto personal, por ejemplo, retomar educación secundaria, iniciar grado formativo, integración en asociación, etc. Hay que aprovechar ese ejemplo como elemento de difusión de la estrategia.



Las derivaciones y captación desde los y las profesionales del propio centro de salud también hay que fomentarlas, incluyendo a profesionales en formación (MIR, PIR, EIR). Para ello, hay opciones como impartir una sesión completa a los miembros del equipo de salud, dando a conocer la estrategia a las nuevas incorporaciones, así como mantenerles informados/as de la evolución de los grupos y de las personas que fueron derivadas por ellos/as.

Otra opción para la captación, especialmente en entornos rurales, es contar con agentes claves del propio centro de salud, profesionales de todas las categorías (profesional de recepción, administrativo/a, un/a médico o enfermero/a etc.) que conozcan a la población y mantengan relaciones de confianza, podrían facilitar la difusión y captación de personas para el GRUSE.

Un recurso útil para la captación es hacer uso de cartelería, dípticos y folletos que se difundirán tanto en el Centro de Salud como en otros centros de la zona, en especial con la/as entidad/es colaboradora/as para cada GRUSE. Un buen medio de difusión son también las farmacias, comercios de la zona, centros cívicos o sociales, etc.

Para mejorar la difusión puede ser muy positivo utilizar las redes sociales (facebook de asociaciones y/o peñas, twitter del Centro de Salud, grupos de whatsapp (por ejemplo, de grupos de padres y madres, millón de pasos, etc.), etc.

Puesto que la captación en las zonas desfavorecidas o con población vulnerable es difícil, la elección de un perfil concreto para un GRUSE puede ser complicado. Es probable que, tras la entrevista inicial, existan personas con diferentes circunstancias vitales dispuestas a participar, si bien habría que considerar algunos aspectos.

- **Diferencias de edad.** El hecho de que las mujeres o los hombres participantes en un GRUSE tengan diferentes edades puede suponer un hándicap porque su situación vital no es la misma y la adaptación de materiales y dinámicas puede ser difícil. Pero, al mismo tiempo, puede generar una red de relaciones enriquecedora entre personas con más experiencia y personas que necesitan una visión más madura. Esto no es específico de las poblaciones que viven en zonas desfavorecidas y si se produce ese intercambio, hay que promover los aspectos positivos, favoreciendo que el propio grupo genere la dinámica de apoyo entre sus miembros.
- **Diferentes circunstancias socioeconómicas.** Mezclar en un mismo grupo personas con un nivel socioeconómico muy bajo o que no tengan sus necesidades básicas cubiertas, con personas de un nivel medio o medio-alto, puede implicar rechazo por parte de unas y cohibición o abandono por parte de otras. Hay que valorar este hecho y, en todo caso, facilitar la cohesión grupal con intereses comunes, poniendo de manifiesto los activos personales de cada cual y promover especialmente las dinámicas grupales.
- **Diferentes niveles educativos o culturales.** La existencia en un grupo de personas con problemas graves de lectoescritura y personas universitarias, por ejemplo, implica un gran esfuerzo de adaptación de materiales para lograr la comprensión de los conceptos sin aburrir a ningún componente.

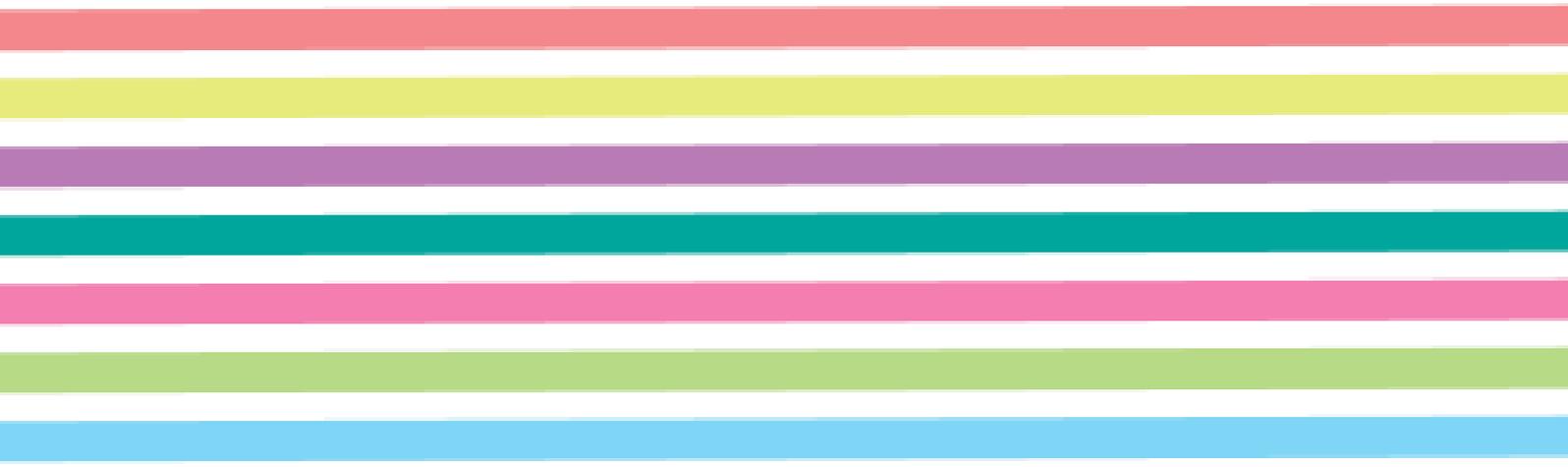


Existen experiencias positivas en las que los grupos han sido heterogéneos en cuanto a edad, situación social y nivel educativo, si bien hay que tomarlos en consideración y prestar atención a estas circunstancias en el desarrollo del grupo.





ENTREVISTA INICIAL





ENTREVISTA INICIAL

La primera entrevista, es clave para comenzar a establecer una relación de ayuda y facilitar la creación del vínculo entre profesional y participante del grupo. Por ello, se recomienda que la entrevista inicial sea realizada por la persona que vaya a coordinar el grupo.

No obstante, es conveniente valorar la participación de otros/as agentes, que podrían facilitar su desarrollo. Por ejemplo, en el caso de población migrante con dificultades de comunicación, el/la agente social o persona mediadora que ha podido servir de enlace para la captación de la persona, podría desempeñar un papel de apoyo muy recomendable en la entrevista inicial.

Debería obtenerse información clave sobre las circunstancias personales, socioeconómicas y culturales que están incidiendo en la salud de la persona. Este primer encuentro podría ser contemplado como una intervención en sí misma, por lo que pueden ofrecerse recomendaciones. En este sentido se puede valorar, invitar a participar al médico/a de referencia de la persona.

Antes de iniciar la entrevista, se aconseja recabar información que pueda ayudar a conocer la historia personal y/o familiar de cada uno de los miembros que participarán en los GRUSE. Esta información previa, tanto a nivel socio familiar y económico, como clínico-psicológico, ayudará a realizar una adecuación del enfoque de la entrevista inicial, que permitirá evaluar la situación vital de la persona, sus inquietudes y todo lo necesario para una correcta adaptación de contenidos en el GRUSE, así como para facilitar el desarrollo del mismo.

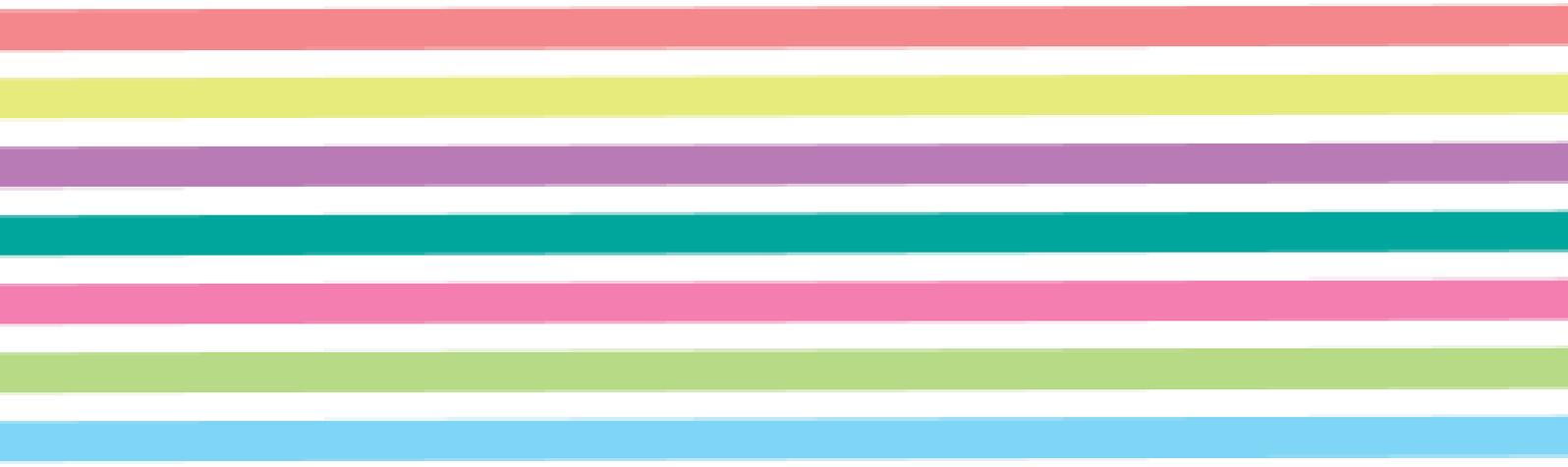
La entrevista inicial pretende ser el primer paso para establecer un clima de confianza mutua entre la persona participante y el o la trabajadora social, pero, además, debe lograr transmitir información clara sobre los grupos GRUSE y aclarar dudas sobre posibles expectativas. Es, por tanto, un intercambio de información clave para el buen desarrollo del grupo.

En el anexo de este documento figura de forma detallada una adaptación de la entrevista inicial, que incluye recomendaciones para su realización, guion de preguntas, ficha para registrar la información recogida, así como una recomendación de las escalas de salud que pueden ser utilizadas.





GRUPO





CONSTITUCIÓN DEL GRUPO

Sobre la formación de grupo cerrado o abierto

Como regla general, los grupos deberían ser cerrados para facilitar la cohesión entre los miembros, es decir, no permitir la incorporación de nuevas personas una vez iniciadas las sesiones. La entrada de nuevos componentes puede provocar dificultades para la integración y/o disminuir la comunicación e interrelación entre todos.

Aunque, en determinados grupos se podrían incorporar nuevas personas, en torno a la segunda o tercera sesión, en función de las características de sus integrantes, de los temas que hayan sido abordados, y de forma especial, del momento en el que se encuentre el grupo con respecto a las relaciones interpersonales, cuidando que las nuevas entradas no perjudiquen la cohesión del mismo. No hay que olvidar que la metodología utilizada facilita la unión y el compromiso con el grupo, ya que todos los contenidos se trabajan de forma interrelacionada y no de forma independiente, siendo la influencia del grupo esencial. En el caso de incorporación de nuevas personas, hay que plantearse abordar con la persona o personas que se incorporan los temas más relevantes ya trabajados con el resto.

Dicho esto, y dadas las características de la población a la que nos referimos en este documento, vulnerable y en situación desfavorecida, es factible la creación de grupos abiertos, ya que puede ser la única opción de llegar e intervenir con estos colectivos. Las situaciones que afrontan las personas, que no tienen cubiertas las necesidades básicas, plantean introducir flexibilidad en este planteamiento, y permitir que el grupo tenga cierta apertura para recibir una persona nueva, aceptar un abandono o una participación intermitente.

Las circunstancias que pueden explicar el abandono o desapego del grupo son múltiples y dignas de ser tomadas en consideración desde el primer momento, ya que en muchas ocasiones están relacionadas con la propia situación de vulnerabilidad. No es viable exigir el compromiso de participación si a una persona le surge la posibilidad de tener unos ingresos necesarios para su subsistencia, tener una cita que le facilitará una ayuda económica, atender a una consulta por un problema de salud grave, etc. Estas situaciones pueden dar lugar a que algunas personas participen con cierta intermitencia o tengan que abandonar.

Otro aspecto a considerar es que en algún caso será necesario el seguimiento individual, con objeto de abordar cuestiones más íntimas, dejando para el grupo aspectos más generales.



Si se programan grupos abiertos hay que tomar en consideración que todas las sesiones deben empezar con un resumen de las anteriores o iniciar cada sesión con una dinámica a modo de recuerdo (ver en anexos algunos ejemplos).

En este planteamiento flexible de la programación de un GRUSE puede incluso ser válido la realización de un GRUSE con una sesión única.

Sobre el número de participantes

Respecto al número de componentes, igualmente es necesario aplicar el principio de flexibilidad, realizando una adaptación según la disponibilidad y características de las personas. En cualquier caso, el número óptimo de miembros es igual que en cualquier otro GRUSE, entre 8 y 12 personas. Hay que tener en cuenta que en estos grupos son más frecuentes los abandonos, lo que podría reducir su tamaño considerablemente y que en un grupo con menos de 5 personas no se generan las interacciones que requieren las sesiones GRUSE. Iniciar un grupo demasiado grande por la previsión de abandono, también puede tener un coste en términos de interacción ya que habrá personas que no se atrevan a participar de forma fluida si el grupo es muy numeroso.

Sobre el lugar de celebración

En la elección del lugar de celebración de las sesiones, el criterio más importante es la cercanía con sus participantes, que sean espacios que conozcan o frecuenten, como pueden ser las sedes o locales de las entidades que han facilitado la captación y contacto con los integrantes en el grupo (siempre que reúnan las características mínimas de espacio, que dispongan de mobiliario movable, etc.). Esto podría además ser un factor que promovería la fidelización.

Se puede valorar consensuar con los miembros del grupo la elección del lugar de celebración, o contemplar el cambio de lugar una vez iniciado un grupo, si así se favorece la asistencia a las sesiones.

En zonas rurales y/o diseminadas se valorará la conveniencia de celebrar las sesiones en localidades distintas a la que pertenecen algunos miembros, así como la de integrar a personas de diversas localidades. Es frecuente que en zonas pequeñas se despierten recelos y temores al compartir cuestiones muy personales ante otras personas del vecindario o conocidos. En todo caso, habría que contemplar las posibilidades de desplazamiento, antes de establecer un lugar al que no puedan llegar.



Sobre el número de sesiones

La flexibilidad también habrá de ser aplicada al número de sesiones al llevar a cabo la programación, adaptándose al ritmo de trabajo y disponibilidad de las personas seleccionadas para cada grupo, ajustándose a las necesidades y con la posibilidad de dedicar más de una sesión a determinados temas, persiguiendo que el contenido se trabaje adecuadamente y valorando de forma continuada que está siendo asimilado.

Otra propuesta a tener en cuenta es recurrir a una sesión única, en la que se priorizarían temas básicos e imprescindibles. Esta opción sería de elección sólo en aquellas circunstancias en las que a priori se tiene información sobre la imposibilidad de garantizar la adherencia de una parte importante del grupo.

Sobre la duración y horario

La duración y el horario de las sesiones debería ser consensuado con cada grupo, en función de las características y disponibilidad de sus miembros. A nivel orientativo, se plantea que sean dos horas semanales durante el periodo de tiempo que permita alcanzar los objetivos perseguidos con cada GRUSE.

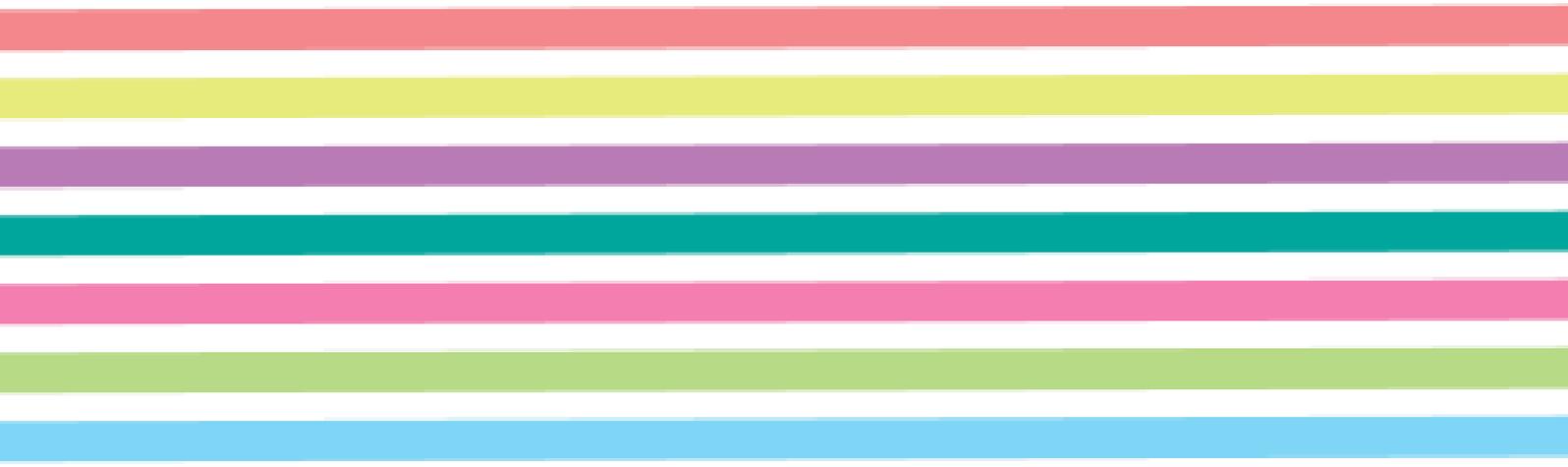
Sobre las adaptaciones imprescindibles y seguimiento

- Hay que realizar un esfuerzo de adaptación de contenidos para solventar las dificultades para que las personas asistan a todas las sesiones programadas, así como para que se mantengan en el grupo hasta su finalización.
- Es necesario contemplar cuestiones como el nivel de instrucción que puede dificultar la comprensión de los mensajes si no se han adaptado al nivel de conocimientos, sobre todo en términos de capacidad de lectoescritura.
- Ya se han referenciado algunas prácticas para resolver el desapego a los grupos cuando están influidos por la precariedad económica, como es la posibilidad de prestaciones en las que sea necesario la participación en los grupos.
- En la adaptación metodológica se refuerza la importancia del trabajo en red, ya que otros profesionales o agentes sociales pueden aportar ideas para evitar abandonos, como el seguimiento telefónico previo a las sesiones, recordatorios de convocatorias en grupos de whatsapp, apoyo de otros miembros del grupo para realizar acompañamiento, búsqueda de alternativas a situaciones que dificultan la asistencia a la sesión (cuidado de un menor o persona dependiente, etc.)
- En la planificación y adaptación de contenidos, habrá que prestar especial atención a que las personas comprendan cómo influye en su salud las situaciones de vulnerabilidad que están viviendo. Esta información se obtendrá en la entrevista inicial, y habrá de ser contemplada para el desarrollo de las sesiones.





SESIONES





CONTENIDOS DE LAS SESIONES

Los contenidos que se pueden abordar en estos GRUSE, podrían dividirse en básicos (que necesariamente habrán de ser tratados) y transversales, que deberían estar presentes en todas las sesiones interrelacionando con los contenidos básicos. Además, dependiendo de los objetivos específicos con cada grupo, podrían plantearse otros contenidos.

Contenidos básicos:

- Activos personales
- Comunicación
- Percepción y Pensamientos.
- Emociones
- Autoestima
- Afrontamiento y resolución de problemas
- Activos comunitarios.
- Metas y objetivos personales

Contenidos transversales:

- Determinantes en salud
- Igualdad de género
 - Autocuidado. Hábitos saludables y afrontamiento de la ansiedad
- Relajación

Otros contenidos específicos o complementarios:

- Afrontamiento del duelo y pérdidas
- Soledad
- Educación, absentismo escolar y relaciones paterno filiales.
- Desarraigo sociocultural
- Empleo. Aspectos formativos
- Salud sexual y reproductiva

Los contenidos pueden agruparse en bloques en la programación y acordarlos con los y las profesionales que participen en el proceso de captación y si se estima oportuno, en el desarrollo de los grupos.

El número de sesiones que comprenderá cada uno de los bloques es flexible y va a depender del desarrollo de todos los contenidos y del nivel de interiorización de los mismos, así como de la disponibilidad de participación que se haya valorado. Lo importante es garantizar que se avanza a nivel emocional y cognitivo y que se logran los



objetivos definidos. Cada tema debe contemplar una planificación en la que se identifiquen objetivos a lograr y adaptaciones necesarias en función de las características del grupo.

Al finalizar puede ser interesante celebrar una sesión dedicada exclusivamente a realizar la evaluación. Evaluar con los miembros del grupo contribuye a destacar las experiencias positivas de haber participado en un grupo, lo que reforzará lo vivido y podrá favorecer la futura participación en otros grupos en diferentes momentos de sus vidas.

Propuesta de primer bloque de contenidos:

Todas las personas, y aún más aquellas que no están familiarizadas con la participación en un grupo, sienten temores y dudas, por no conocer al resto y por no tener claro las expectativas sobre la participación propia. Por ello, la primera sesión es fundamental en el proceso de conformación del grupo, clarificando los objetivos que se pretenden, la metodología que se utilizará y las normas que se deben respetar (puntualidad, confidencialidad, etc.).

Dedicar el tiempo necesario para generar confianza y tranquilidad, aminorando temores y dudas y creando un ambiente confortable y amable es esencial al inicio del grupo. Para ello son útiles las dinámicas de presentación, cohesión, etc. así como técnicas de relajación.

En este primer bloque es recomendable incluir dinámicas que permitan empezar a trabajar los activos personales.

Este bloque puede desarrollarse en una o dos sesiones.

Propuesta de segundo bloque de contenidos:

Un segundo bloque de contenidos estaría dedicado al autoconocimiento, abordando los siguientes temas:

- Comunicación
- Percepción
- Pensamientos
- Las emociones
- Autoestima y Activos personales

Propuesta de tercer bloque de contenidos:

En este bloque se trabaja el autocuidado, con los siguientes contenidos:

- Afrontamiento y resolución de problemas
- Ansiedad
- Hábitos de vida saludable.

Propuesta de cuarto bloque de contenidos:

El cuarto bloque se centraría en la identificación de activos comunitarios y en comparar los activos personales con los detectados en las primeras sesiones, resumir todo lo trabajado en relación con los determinantes y desigualdades en salud, y abordar las metas y proyectos personales.



En este bloque es muy recomendable invitar a agentes sociales de la zona para que presenten los proyectos que se llevan a cabo en la zona y que podrían ser de interés para los y las participantes, como alfabetización de adultos, programas de orientación al empleo, asociaciones de mujeres o de personas mayores, etc.⁴¹.



DESARROLLO DE LAS SESIONES

Un aspecto imprescindible en el desarrollo de un GRUSE con poblaciones vulnerables, es que la metodología sea activa y especialmente dinámica. En las sesiones deben utilizarse las técnicas grupales adecuadas para el logro de los objetivos que se pretenden y evitar el uso intensivo de transmisión de conceptos que puedan ser nuevos.

La participación de otros profesionales para el abordaje de cuestiones específicas, contribuirá a profundizar en temas de interés y a crear espacios compartidos de colaboración y trabajo en red entre profesionales de distintas administraciones.

Así mismo, la participación de otros/as agentes de la zona puede ser puntual o en todas las sesiones, y ser esencial para la comprensión del lenguaje y del vocabulario, en el caso de inmigrantes o de minorías étnicas, y favorecerán el mantenimiento de las personas en el grupo o el acompañamiento e intercambio intercultural.

Los materiales e instrumentos que se utilicen en las sesiones precisan de adaptación a las características de los y las participantes, cuidando muy especialmente el uso de un vocabulario sencillo, considerándolas posibles dificultades de las personas para la lectoescritura. Por ello es imprescindible, la utilización de imágenes, dibujos y mensajes muy cortos en las presentaciones, para no generar incomodidad, inseguridad, o vergüenza porque la información no está en formato adecuado. Estos sentimientos además de no ayudar a trabajar la autoestima, potencialidades y recursos personales, pueden ser motivo de abandono del grupo.

Hay que incorporar alternativas al texto para la transmisión de los conceptos. El uso de juegos de mesa, diseñados para objetivos y contenidos concretos, pueden ser una buena alternativa

⁴¹La experiencia del Centro de Salud de El Palo, en la que diversos Proyectos se han nutrido de personas que han participado en los GRUSES: “Envejecimiento Activo”, “Por un Millón de Pasos”, “Itinerarios Saludables”, “Alimentación saludable”, “Escuela de envejecimiento”, etc.



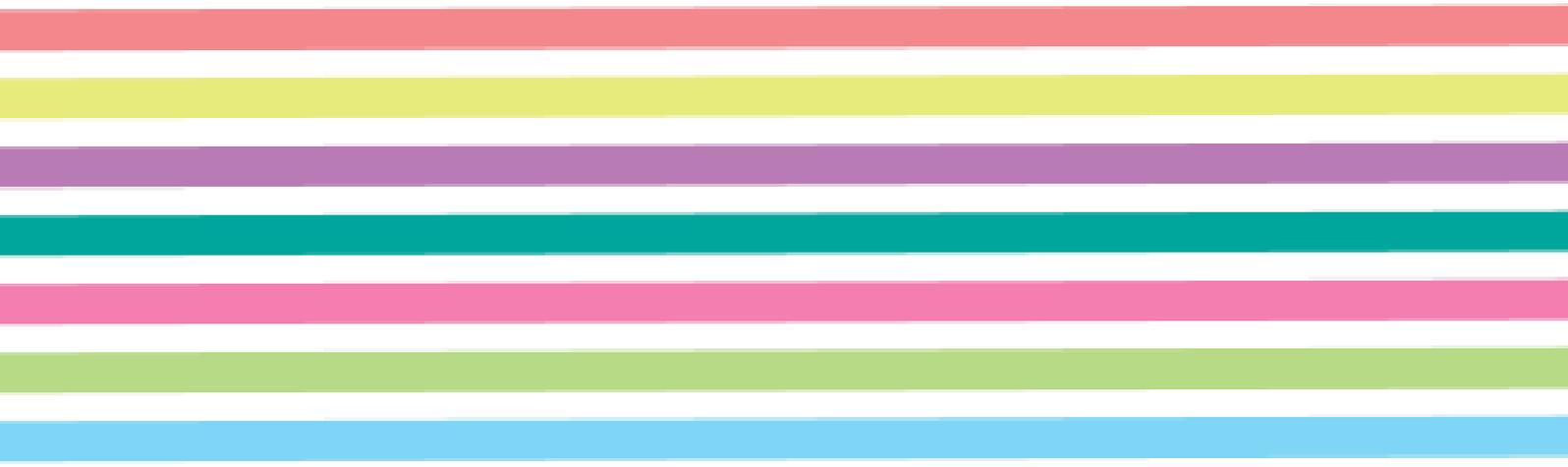
porque generan un ambiente lúdico y relajado, favoreciendo la comunicación interpersonal y cohesión grupal.

Se pueden realizar actividades que ayuden al fortalecimiento de las relaciones intergrupales, la confianza y la movilización y desarrollo de activos personales y comunitarios. El tipo de actividades es ilimitado y va a depender, de la creatividad, imaginación y disponibilidad del grupo. Por ejemplo, salidas a lugares de interés, encuentros gastronómicos con intercambios de platos elaborados por las personas participantes, exposiciones de objetos creados por miembros del grupo, meriendas en grupo, etc. El papel del/la responsable del grupo, en estas actividades, deja de ser tan determinante y continuo, favoreciendo la autonomía en las interacciones y relaciones.





EVALUACIÓN



EVALUACIÓN

En el desarrollo de grupo con personas en situación de vulnerabilidad, puede decirse que la evaluación tiene más importancia aún que en cualquier otro GRUSE, puesto que el carácter flexible y las adaptaciones específicas que habrán de hacerse en función de las personas participantes, exigirá una evaluación para valorar la eficacia de las posibles modificaciones, valorar los logros y profundizar en los aspectos que se demuestren válidos para futuros grupos.

Existen gran variedad de instrumentos para realizar evaluaciones, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

Se pueden realizar evaluaciones de cada una de las sesiones celebradas, de los grupos constituidos y en el caso del colectivo que nos ocupa, de la estrategia en el territorio.

Las evaluaciones cualitativas, con estas poblaciones son muy pertinentes. Las técnicas similares a grupos focales o entrevistas estructuradas grupales, permitirá obtener una información cualitativa muy valiosa sobre el resultado del grupo y para la adaptación de otros grupos. Este tipo de técnicas cualitativas están especialmente indicadas para personas que tienen dificultades de lectoescritura, y valoran el nivel de comprensión de los contenidos, interiorización de los mismos, cambios generados, etc. El uso de cuestionarios, en estos casos debería estar descartado.

Puede ser útil trabajar la misma técnica al inicio y al final del grupo y comprobar en qué se ha modificado, por ejemplo, para explorar la autopercepción de cada miembro del grupo.

También es interesante celebrar encuentros de cada grupo pasado un tiempo desde la última sesión con el fin de evaluar los cambios consolidados y las relaciones que se mantienen. Se han realizado experiencias en este sentido, siendo muy gratificantes tanto para las personas convocadas como para los y las profesionales implicados⁴².

Asimismo, hacer coincidir a los miembros de grupos distintos en algunas actividades servirá para profundizar en el fortalecimiento del tejido social⁴³.

⁴²La experiencia del Centro de Salud “El Cachorro”, que al finalizar un GRUSE con hombres, organizó una sesión de evaluación con los participantes y los equipos de salud de referencia de cada persona (médico de familia y enfermería), los hombres expusieron lo que había supuesto el GRUSE para ellos y los y las profesionales manifestaron los cambios que habían percibido, siendo muy enriquecedoras para todas las partes.

⁴³En muchos Centros de Salud, tras la participación en los GRUSE, las personas se incorporan a otros programas como “Un millón de pasos”.

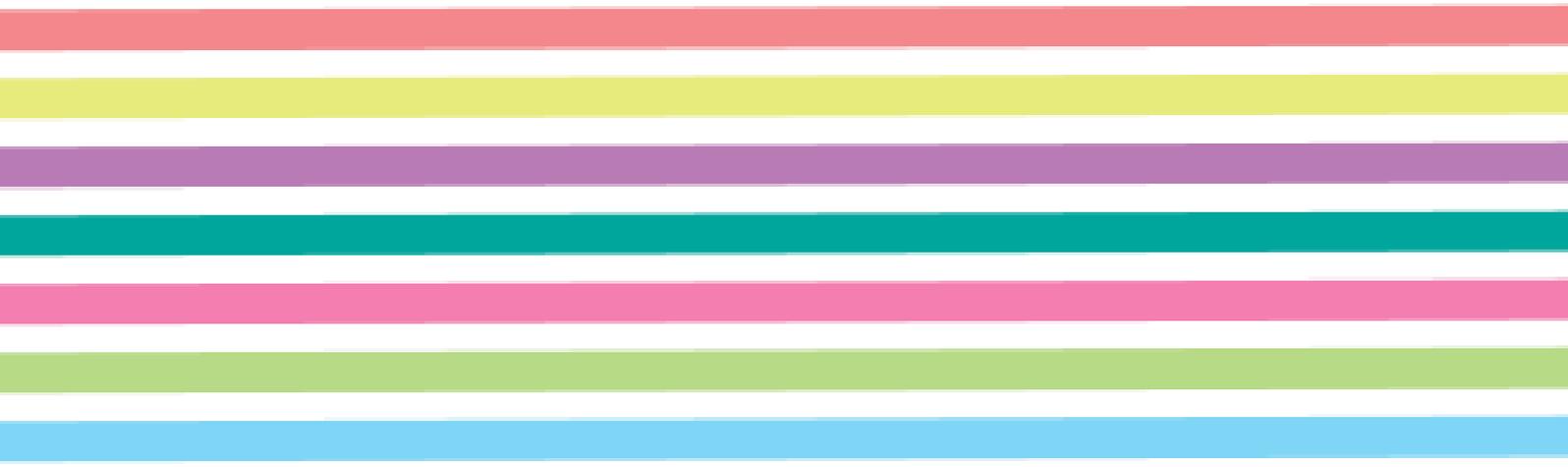


Es importante que se evalúen las propias intervenciones, recursos utilizados, metodología, instrumentos, etc. así como los logros o aspectos a mejorar de las colaboraciones realizadas con otras Entidades o agentes que han participado en el proceso, desde la captación hasta el desarrollo del grupo.





ANEXOS





ANEXO 1: Adaptación de la entrevista inicial

Antes de realizar la entrevista

La entrevista inicial tiene un doble objetivo, especialmente con poblaciones vulnerables. Por una parte, generar un clima de confianza y transmitir a la persona en qué consisten los GRUSE, los compromisos que implica y los beneficios que se pueden obtener.

Por otra parte, conocer las circunstancias personales, socioeconómicas y culturales que están incidiendo en la salud de la persona; identificar los intereses de las personas, sus necesidades y toda aquella información crítica para el desarrollo posterior del grupo.

No es aconsejable estar escribiendo todo lo que la persona responde; se trata de tomar algunas notas y, al finalizar la entrevista, volcar la información obtenida, de forma más estructurada en la ficha de la entrevista, cumplimentando las tablas que figuran en el anexo. Es imprescindible establecer una relación en la que la persona no se sienta observada ni juzgada y pueda expresarse en sus propios términos.

Hay cuestiones que se deben preguntar para poder seleccionar a las personas que compondrán el grupo, una de ellas es la disponibilidad para acudir al grupo en un horario determinado y a lo largo de las semanas previstas.

También es importante saber, si no se sabe previamente, cómo ha conocido la existencia de los GRUSE y qué información tiene sobre ellos. Esta información es relevante para realizar después una devolución a los y las profesionales que han hecho la derivación y para identificar si la información que tienen éstos de los GRUSE es correcta o es necesario poner en marcha alguna actuación de difusión y sensibilización.

Identificación de la persona

Antes de iniciar la entrevista deberás tener todos los datos de identificación de la persona participante. Es importante confirmar con él o ella, los datos de contacto e identificación, como la dirección, teléfono, etc.



Situación familiar y socioeconómica

El primer bloque de preguntas tiene como objetivo recabar información cualitativa que permita adecuar mejor las sesiones a las realidades familiares y socioeconómicas de los y las aspirantes al GRUPO. Preguntar directamente sobre los ingresos económicos puede generar rechazo o desconfianza, por lo que hay que acceder a esa información con preguntas indirectas.

Conocer el nivel de cobertura de las necesidades básicas, tanto de la persona como de su entorno, va a permitir adecuar los objetivos a trabajar y también permitirá saber si son necesarias adaptaciones al material y/o a las dinámicas para hacerlas más accesibles. Conocer las realidades de las personas que van a participar nos facilita adecuar las sesiones con ejemplos cercanos a las situaciones a las que se enfrentan los y las participantes.

Percepción de salud - apoyo social

Las siguientes preguntas están destinadas a conocer mejor la percepción de salud de la persona, sus preocupaciones fundamentales, y especialmente, la red de apoyo social con la que cuenta. Esta información será muy útil para definir contenidos de las sesiones, para identificar personas con momentos vitales afines y para establecer mejor vínculo relacional con la persona. Además, servirá para manejar mejor las situaciones de malestar emocional que puedan emerger durante las sesiones.

Significados sobre la salud

Se trata de conocer en qué medida la persona considera que su salud está condicionada por su situación social y el entorno en el que vive. Esto permitirá orientar las sesiones, especialmente la de activos personales y comunitarios para la salud.

Utilización de escalas de salud

Una vez finalizada la entrevista, es conveniente que la persona cumplimente alguna de las escalas que figuran al final de este documento.

Recomendamos que, al menos, se utilice la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. La puntuación obtenida podrá servirte para saber si la persona tiene el perfil adecuado para participar en el Grupo, o debería ser derivada a los servicios de salud mental.



Al finalizar el GRUSE, es muy aconsejable volver a pasarle la/s misma/s escala/s, con la idea de disponer de una medida para evaluar su paso por el GRUSE en términos de mejora de su bienestar emocional.

Esta información pre y post GRUSE podrá servirte para transmitirla a los y las profesionales que la hayan derivado, tanto de Atención Primaria (Medicina de Familia, Enfermería, etc.) como de otros sectores u organizaciones, siempre garantizando el al respeto a la información sensible y confidencial sobre la persona.



1. GUIÓN DE ENTREVISTA

Antes de comenzar, vamos a cotejar tus datos... tu dirección, teléfono, etc. Es importante tener una forma de contactar que sea efectiva.

Para poder acoplarnos mejor, necesito saber si puedes venir al grupo sin dificultad o tienes alguna cuestión que te impida acudir regularmente o en un horario determinado.

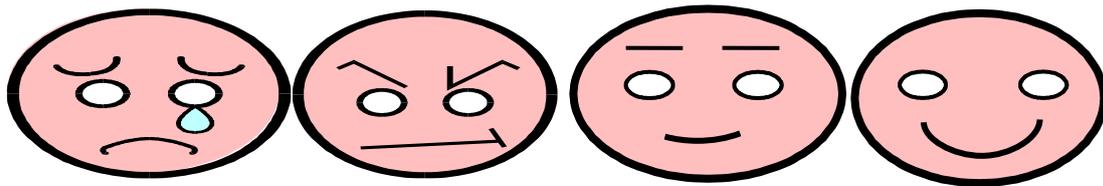
La participación en un grupo GRUSE es totalmente voluntaria y me gustaría saber cómo has conocido estos grupos y qué información tienes sobre ellos.

Ahora quisiera conocer un poco tu situación personal, con la idea de preparar las sesiones que vamos a tener en el grupo, para que te resulten lo más útiles posibles y cercanas a tu realidad.

1. ¿Cuántas personas forman tu familia?
2. ¿Qué estudios tienes terminados?
3. ¿Estás trabajando? ¿En qué trabajas? ¿Buscas empleo?
4. ¿En qué tipo de vivienda vives, en un piso, una casa? ¿vives de alquiler o es de tu propiedad? ¿Cómo dirías que es tu vivienda? ¿está bien conservada?

¿Qué te parece si hablamos sobre tu salud, sobre tus apoyos, y sobre otros aspectos que pueden influir en cómo te sientes? Esta información también nos servirá para orientar mejor las sesiones en grupo, con el resto de participantes.

5. En una escala de muy buena, buena, regular, mala o muy mala, ¿cómo dirías que es tu salud últimamente?
6. ¿Cómo te sientes habitualmente? Elige una de estas caras...



A

B

C

D

7. ¿Qué cosas te preocupan?
8. ¿Tienes con quién hablar de las cosas que te preocupan?
9. ¿Cuándo tienes demasiadas cosas que hacer y necesitas ayuda ¿a quién pides ayuda? ¿a alguien de tu familia? ¿a tus vecinos?
10. ¿Pertenece a alguna asociación? ¿Se relaciona con algún Grupo o Asociación? (vecinal, religioso, ONG...) ¿Con alguna persona en especial de la asociación?



Vamos a conocer un poco mejor qué significa para ti tener salud y con qué se relaciona tener mejor o más salud.

11. ¿Qué significa para ti la palabra salud? ¿Qué significa para ti tener salud?
12. ¿Crees que si tienes más información o educación se vive más y mejor?, o ¿eso no tiene nada que ver? ¿Crees que la gente que tiene más educación tiene más salud? O ¿eso no tiene nada que ver?
13. ¿Cree que las condiciones de la casa donde vives influyen en tu salud? O
¿Eso no tiene nada que ver con la salud?
14. ¿Y el barrio dónde vives, influye en tu salud? ¿o eso no tiene nada que ver?
15. ¿Crees las condiciones de tu trabajo (o tu actividad) influyen en tu salud? o ¿eso no tiene nada que ver? ¿Crees que hay diferencias entre la gente que tiene buen trabajo y los que no para tener buena salud?
16. ¿Crees que las personas que tienen buenas relaciones con la vecindad, amistades y con la familia tienen mejor su salud que las que no tienen buenas relaciones?
17. ¿Qué servicios u otros espacios (parques...) tiene tu barrio que influyen en la salud?

Por último, me gustaría saber para qué crees que te va a servir participar en este grupo.

18. ¿Por qué quiere participar en este grupo? O ¿Qué espera del grupo?

Los GRUSE son una actividad grupal que pretende fomentar las habilidades y talentos que tenemos para afrontar mejor las dificultades del día a día y lograr sentirnos mejor. Puedes conseguir muchos beneficios, pero también tienes que cumplir con unas normas (aquí hay que mencionarle las normas básicas de asistencia, confidencialidad, etc.).



2. ESCALAS DE SALUD

A continuación, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas algunas de las siguientes sensaciones⁴⁴:

(No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad)

Escala de ansiedad	No	Si
1. ¿Se ha sentido muy excitado/a, nervioso/a o tenso/a?	0	1
2. ¿Ha estado muy preocupado/a por algo?	0	1
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	0	1
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	0	1
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	0	1
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	0	1
7. ¿Ha tenido temblores, hormigueos, mareos, sudores y/o diarrea?	0	1
8. ¿Ha estado preocupado/a por su salud?	0	1
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse	0	1
Puntuación Escala de ansiedad:		
Escala de depresión	No	Si
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	0	1
2. ¿Ha perdido su interés por las cosas?	0	1
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo/a?	0	1
4. ¿Se ha sentido desesperanzado/a, sin esperanza?	0	1
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	0	1
6. ¿Ha perdido peso por falta de apetito?	0	1

⁴⁴ Escalas de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Fuentes:

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Escalas disponibles en versión electrónica en la Web del SAS: <http://goo.gl/Y3Zzri>



7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	0	1
8. ¿Se ha sentido enlentecido/a?	0	1
9. ¿Cree que se ha encontrado peor por las mañanas?	0	1
Puntuación Escala de depresión:		

Cálculo: Suma de las puntuaciones señaladas en cada columna. Cada subescala se puntúa por separado, salvo para población geriátrica que podría usarse como escala única sumando ambas puntuaciones. Los puntos de corte son: mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica, el punto de corte conjunto sería mayor o igual a 6.

19. (OPCIONAL) ¿Pensando en usted, marque la opción que mejor le describa⁴⁵?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que las demás.	4	3	2	1
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy un/a fracasado/a.	1	2	3	4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	4	3	2	1
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	4	3	2	1
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.	1	2	3	4

⁴⁵ Escala de Autoestima de Rosenberg. Fuentes:

- Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón, R Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. Apuntes de Psicología, 2004, Vol. 22, número 2, págs. 247-255.
- Echeburua, E. (1995). Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca.
- Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent Self-image. Revised edition. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Rosenberg, M. (1965). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós (traducción de 1973).



	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a (e.g. me cuido, busco tiempo para hacer cosas que me gustan, tengo buenos pensamientos y sentimientos hacia mí mismo/a).	4	3	2	1
7. En general, estoy satisfecho/a conmigo mismo/a (e.g. con mi forma de ser, con cómo me comporto con los/as demás, con mi físico, con mi desempeño en mis obligaciones y tareas cotidianas, etc.).	4	3	2	1
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.	1	2	3	4
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4
Subtotal:				
TOTAL:				

Cálculo: Para su corrección deben invertirse las puntuaciones de los ítems enunciados positivamente: 1, 3, 4, 6 y 7 (ya modificados en la tabla) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por tanto, oscila entre 10 y 40. Los puntos de corte de referencia son:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

20. **(OPCIONAL)** Para terminar, piense en una situación o un hecho que le haya sucedido en el último mes y que haya sido muy estresante para usted. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentir mal, o le cuesta enfrentarse a ella. Puede ser con su familia, en el trabajo, con amigos, etc. La situación puede estar sucediendo ahora o puede que haya sucedido ya.



A continuación, responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación⁴⁶.

	Total- mente	Mucho	Bastant e	Un poco	En absolut o
1. Luché para resolver el problema.	4	3	2	1	0
2. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.	4	3	2	1	0
3. Me esforcé para resolver los problemas de la situación.	4	3	2	1	0
4. Traté de olvidar por completo el asunto.	4	3	2	1	0
5. Hice frente al problema.	4	3	2	1	0
6. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.	4	3	2	1	0
7. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.	4	3	2	1	0
8. Me comporté como si nada hubiera pasado.	4	3	2	1	0
9. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.	4	3	2	1	0
10. Evité pensar o hacer nada.	4	3	2	1	0

⁴⁶ Ítems de resolución y evitación de problemas de la Escala de Afrontamiento ante la Adversidad de Tobin y cols. Fuentes:

- Cano FJ, Rodríguez L, García J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas EspPsiquiatr 2007; 35(1): 29-39.
- Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Kigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. CognitTherRes 1989; 13: 343-61.



Resolución de problemas	Subtotal ítems 1, 3, 5, 7 y 9:					
	TOTAL RP					
Evitación de problemas	Subtotal ítems 2, 4, 6, 8 y 10:					
	TOTAL EP:					

Cálculo: Se puntúan dos estrategias de afrontamiento por separado: una de manejo adecuado (Resolución de problemas), que incluye los ítems 1, 3, 5, 7 y 9; y otra de manejo inadecuado (Evitación de problemas), que incluye los ítems 2, 4, 6, 8 y 10. Cada estrategia se calcula sumando las puntuaciones señaladas en los ítems que la componen. A mayor puntuación, mayor valor alcanzado en cada estrategia.



FICHA DE LA ENTREVISTA

- Fecha de realización:
- Nombre:
- Año de nacimiento:
- Domicilio:
- Teléfono:
- País de Origen / Nacionalidad:

Derivación / Captación:

- Entidad Colaboradora. Indique Nombre:
- Captación el/la profesional de Trabajo Social del Centro de Salud
- Derivada por otros profesionales de Atención Primaria. Indique Profesional:
- Derivada por los Servicios Sociales Comunitarios.
- Acude por iniciativa propia
- Otros (especificar):

Genograma:

Observaciones sobre las redes de apoyo

Estudios terminados:

<input type="checkbox"/> Sin estudios /No sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Secundaria obligatoria	<input type="checkbox"/> Educación superior universitaria
<input type="checkbox"/> Sin estudios / Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Ciclos de grado superior
<input type="checkbox"/> Primaria (Graduado Escolar)	<input type="checkbox"/> Formación profesional de grado medio	<input type="checkbox"/> Otros estudios no reglados

Situación laboral/actividad:

<input type="checkbox"/> Trabajo doméstico no remunerado	<input type="checkbox"/> Trabaja sin contrato	<input type="checkbox"/> Parado/a
<input type="checkbox"/> Trabaja con contrato a tiempo completo	<input type="checkbox"/> Trabaja por temporadas	<input type="checkbox"/> Jubilado/a
<input type="checkbox"/> Trabaja con contrato a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Baja laboral (incapacidad laboral temporal)	<input type="checkbox"/> Pensionista por incapacidad laboral permanente



Percepción de estado de Salud:

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
----------	------	---------	-------	-----------

Añade cualquier otra información relevante sobre su percepción de salud:

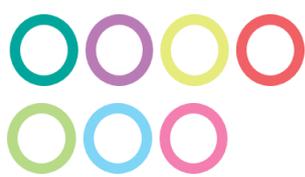
Estado de vivienda:

Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Chabola <input type="checkbox"/> Otro	Número de habitaciones:	Tenencia: <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> En propiedad <input type="checkbox"/> Otro	Conservación <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala
---	--------------------------------	--	--

Añade cualquier otra información relevante sobre la vivienda, barrio, zona, etc.

Otras observaciones:





ANEXO 2. Ficha de Planificación de sesión

Ejemplo de Planificación de Primera Sesión GRUSE

Objetivo	Contenido	Técnicas	Instrumento	Duración Aproximada	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> . Acogimiento . Conozcan programa . Explorar expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> . Bienvenida . Presentación ¿qué espero? . Presentación Gruse (objetivos, Planificación normas, horarios, confianza, participación) . Presentación sesión 	<ul style="list-style-type: none"> . Refranes . Exposición 	<ul style="list-style-type: none"> . Cuadernos . Bolígrafos . Pizarra . Papel continuo . espray . cartulina colores . roturadores 	20´	. Observación
<ul style="list-style-type: none"> . Inicien experiencias vivencias . Compartir experiencias . Potenciar comunicación 	. Importancia de la relajación	<ul style="list-style-type: none"> . Relajación . Cuchicheo: ¿para qué me sirve relajarme? “cómo me he sentido” 	<ul style="list-style-type: none"> . Cd. música . Ordenador . Altavoces . Pizarra, tiza 	15´ 10´	<ul style="list-style-type: none"> . Observación . Comunicación . Cuchicheo . Conclusión
. Iniciar reflexión personal	. Activos personales	<ul style="list-style-type: none"> “Quién Soy” “el árbol del grupo” 	<ul style="list-style-type: none"> . Ficha . Folios 	30´	Observación

Objetivo	Contenido	Técnicas	Instrumento	Duración Aproximada	Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> . Potenciar autoestima . Potenciar autoconocimiento 		. Debate	<ul style="list-style-type: none"> . Bolígrafos . Papelógrafo . Roturadores . Música 		
. Potenciar trabajo personal	Tarea casa: Completar “activos personales”	“soy, nos vemos, nos ven...”	<ul style="list-style-type: none"> . Folios en forma de muñecos . Bolígrafos 	5´	En sesión 2
.Evaluar sesión		“Frase clave”		5´	Resultado técnica





ANEXO 3. Buenas prácticas de GRUSE con poblaciones vulnerables

BUENA PRÁCTICA-UGC El Cachorro. DSAP Sevilla

Fecha de alta: 25/02/2018

Persona que presenta la Buena Práctica: María Rodríguez Guirado

Descripción de la acción

- Fecha de inicio: 01/04/2016
- Fecha de fin: 20/06/2016
- Entidad responsable:
 - ✓ Centro de Salud: “El Cachorro”
 - ✓ UGC: El Cachorro/Amante Laffon
 - ✓ DSAP/AGS: DSAP Sevilla
 - ✓ Provincia: Sevilla

Palabras clave: Grupos Socioeducativos, promoción de la salud, evaluación

Objetivos:

Evaluar el impacto de los GRUSE en la salud de los participantes en un GRUSE con hombres.
Sensibilizar a los y las profesionales sanitarios sobre los beneficios de esta estrategia.

Estrategias utilizadas:

- Difusión
- Evaluación

Población diana: Grupos de hombres con perfil GRUSE

Breve descripción de la buena práctica:

Tras el desarrollo de un GRUSE con hombres en el CS “El Cachorro”, la trabajadora social les propuso a los participantes que les presentaran su experiencia y evolución a los y las

profesionales sanitarios de referencia (medicina de familia y enfermería). Se realizó una sesión de intercambio de experiencias y sensaciones con magníficos resultados.

La experiencia se grabó en vídeo y se difundió por diferentes Centros de Salud.

Áreas de influencia: Centro de Salud

Datos adicionales

Datos de contacto:

María Rodríguez Guirado

Correo electrónico maria.rodriguez.guirado.sspa@juntadeandalucia.es

Número de teléfono 677905845



BUENA PRÁCTICA

UGC Victoria DSAP Málaga Guadalhorce

Descripción de la acción

Título de la experiencia: Talleres Grupos Socioeducativos de Atención Primaria (Gruse) dirigidos a las mujeres gitanas pertenecientes a la Federación Andaluza Fakali- Málaga

Entidad responsable:

- D.S. Málaga-Guadalhorce
- UGC: "Victoria"
- Ámbito de la buena práctica: ZBS "Victoria"

Resumen de la buena práctica: Se ha realizado un taller Gruse en Coordinación con Fakali (Federación de Mujeres Gitanas pertenecientes a la ZBS de "Victoria"). Destacar que es la primera práctica llevada a cabo en el Distrito Sanitario Málaga- Guadalhorce), al mismo tiempo que la intervención con esta población nos permite entrar directamente en contacto con ella, familiarizarnos mutuamente y facilitar el acceso a la participación de la cartera de servicios del SAS.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Equidad en Salud, Calidad de Vida (bienestar emocional, potenciación activos, anti gitanismo, estereotipos, discriminación.

Introducción y justificación:

FAKALI es la Federación de Mujeres Gitanas de Andalucía. Se consolida como la primera federación con estas características, y nace con la aspiración de promover socialmente a las mujeres gitanas en igualdad de género y de etnia. En demasiadas ocasiones, la imagen social del pueblo gitano y de sus mujeres está teñida de estereotipos y prejuicios que impiden un entendimiento intercultural y una convivencia deseable. FAKALI pretende servir como mediadora entre la Comunidad Gitana y sus mujeres y el resto de la Sociedad, estableciendo un puente de entendimiento e interculturalidad.

Convencidas de que la Salud es una premisa primordial para lograr el mejor desarrollo social y personal de cualquier ser humano, el objetivo es facilitar las mismas oportunidades a todas las personas sin discriminación para que puedan disfrutar de todo el potencial de salud. Las mujeres gitanas de entornos desfavorecidos tienen una salud más deficitaria que el conjunto de la población femenina; desde muy temprana edad la mujer gitana asume el rol de cuidadora de su familia, dedicando escasa atención a sí misma en lo que a la salud se refiere.

Con este colectivo (Fakali) hemos llevado a cabo una estrategia de promoción de Salud, como son los talleres Gruse, incluidos en la cartera de servicios de Atención Primaria, destinados estos a fomentar activos para la salud y bienestar emocional de mujer.

Objetivos:

Generales:

- ✓ Fortalecimiento de la participación comunitaria integrando a la población gitana
- ✓ Dinamizar y fomentar la participación social

Específicos:

- ✓ Desarrollar habilidades personales y competencias que faciliten la adopción de estilos de vida saludables para la población de mujeres gitanas.
- ✓ Establecer alianzas con organizaciones que nos permitan poder trabajar transversalmente en otros programas de la cartera de servicios.
- ✓ Fecha de inicio y finalización de la buena práctica (en caso de estar en proceso, indicar fecha prevista de finalización). (Ver ficha)

Metodología, medios y recursos utilizados

Se ha llevado a cabo 7 sesiones en los que se han abordado:

- ✓ 1.- Introducción basados en activos de salud
- ✓ 2.-La Ansiedad
- ✓ 3.- Pensamientos
- ✓ 4.- Percepción
- ✓ 5.- Emociones
- ✓ 6.- Autoestima
- ✓ 7.-Recursos Comunitarios

Recursos humanos, materiales, tecnológicos y económicos empleados:

Cañón. Ordenador y presentación en PowerPoint

Datos adicionales

Datos de contacto:

M^a Carmen Gámez Lomeña

Puesto de la persona de contacto: Trabajadora Social

Teléfono: 653 37 43 83

correo electrónico: carmenlomena@yahoo.es



BUENA PRÁCTICA

CS Pérez Cubillas. DSAP Huelva

Descripción de la acción

Entidad responsable:

Coordinadora de Colectivos del barrio de Pérez Cubillas (Huelva)

Palabras claves: Análisis Realidad, Participación, Intersectorialidad

Objetivos:

- ✓ Conocer la realidad de la zona.
- ✓ Potenciar la participación e implicación de la ciudadanía.
- ✓ Ejecutar intersectorialmente proyectos integrales y actuaciones que mejoren calidad de vida en el barrio.
- ✓ Sensibilizar e implicar a las distintas administraciones y responsables políticos para los cambios y medidas necesarias que mejoren calidad de vida.

Estrategias utilizadas:

- ✓ Difusión
- ✓ Implementación
- ✓ Orientación a colectivos vulnerables
- ✓ Investigación
- ✓ Intervenciones intersectoriales

Población diana:

- ✓ Colectivos vulnerables
- ✓ Población general

Breve descripción de la buena práctica:

La coordinadora de colectivos existentes en barrio de Pérez Cubillas, Huelva, decide realizar análisis de la realidad con metodología cualitativa, en la línea de investigación- acción- participativa, para conocer científicamente la situación actual y dar primeros pasos que potencien cambio. Así mismo servirá para desarrollo de intervenciones intersectoriales y comunitarias.

- ✓ Diseño conjunto, por los miembros de coordinadora, de entrevista semiestructurada para informantes claves y personas significativas del barrio, previamente seleccionados,



representando a todos los sectores de población. Los miembros de coordinadora realizaron las entrevistas.

- ✓ Análisis de entrevistas. En análisis se constata que las necesidades detectadas por los profesionales y organizaciones del barrio coinciden globalmente con la visión de los propios ciudadanos. Se evidencian varias cuestiones relevantes y dignas de señalar:
- ✓ Mayoritariamente consideran se está perdiendo sentimiento de pertenencia de vecinos.
- ✓ Añoran espacios de encuentro y fiestas como lugar de convivencia.
- ✓ Preocupación de cuestiones medioambientales por cercanía física de balsas fosfoyesos.

La siguiente actividad seleccionada, siguiendo metodología, fue una EXPOSICIÓN DE FOTOGRAFÍAS de imágenes antiguas y recientes del barrio. Así mismo se visionó permanentemente, durante días y horas de exposición, video realizado a tal efecto, dónde se grabaron rincones de la zona, estado de algunas viviendas....

En esta actividad se entrevistó a personas residentes en barrio desde hace años. La visión de ellos profundizaba en evolución del mismo desde construcción y su relación con resto de la ciudad, planteando añoranzas y expectativas de futuro.

El día de la inauguración se realizó una “chocolatada” para los asistentes, preparada por distintos colectivos y sectores.

Los objetivos de Exposición fueron:

Presentar visualmente a ciudadanía y representantes políticos las condiciones del barrio. Primer paso para implicación de ciudadanía y políticos en búsqueda de alternativas para potenciar cambio.

Fomentar contacto de los miembros de la coordinadora con los vecinos que acudan a exposición recogiendo sensaciones y opiniones.

A partir del análisis de la realidad y de la exposición se planifican y ejecutan distintos proyectos con visión intersectorial y comunitaria (I Muestra Intercultural / Recuperación Fiestas del Barrio, Proyecto Intervención con Familias, Intervención con menores e inmigrantes, Orientación e inserción laboral. Intervención / formación con inmigrantes...)

Áreas de influencia: Centro de Salud

Datos adicionales

Datos de contacto:

Consuelo Revilla Delgado

Puesto de la persona de contacto: Trabajadora Social

Teléfono: 620754143

correo electrónico: chelorevilla@hotmail.com



BUENA PRÁCTICA

UGC Alcazaba (Almería)

- Fecha de alta: 21/04/2021
- Persona que presenta la Buena Práctica: Adela López Bernabeu

Descripción de la acción

Fecha de inicio: 2014

Fecha de fin: 2020

Entidad responsable:

- ✓ UGC Alcazaba
- ✓ DSAP Almería
- ✓ Otros: Servicios Sociales Comunitarios Casco Antiguo-Ayuntamiento de Almería

Palabras clave: exclusión social, mujeres, trabajo en red.

Objetivos:

Crear un espacio de encuentro, reflexión y aprendizaje significativo con mujeres en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social.

Favorecer el aprendizaje basado en la propia experiencia y la construcción de conocimiento grupal.

Ofrecer apoyo en la cobertura de las necesidades básicas de familias con menores a cargo por medio de ayudas económicas.

Construir un espacio compartido de colaboración y trabajo en red entre profesionales de distintas administraciones.

Abordar situaciones de grave vulnerabilidad asumiendo nuevos retos profesionales.

Estrategias utilizadas:

- ✓ Difusión

Profesionales del centro de salud y del centro de servicios sociales.

Boca a boca de las mujeres que han participado en otros grupos.

- ✓ Captación/Derivación

La captación se ha realizado por los profesionales del centro de servicios sociales comunitarios y trabajadora social del centro de salud, a partir de las familias que demandan ayuda para cobertura de sus necesidades básicas (alimentos, medicación, etc.), que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

- ✓ Implementación



A las mujeres que se han captado se les realiza una entrevista para valorar la idoneidad de participar en el grupo y se les ofrece esta posibilidad apoyada por la concesión de una ayuda económica.

La percepción de dicha ayuda está condicionada a su asistencia al grupo, pudiendo causar baja en caso de ausencias sin justificación.

La financiación es con recursos económicos propios del Ayuntamiento a través de las ayudas económicas para familias de los servicios sociales comunitarios.

✓ Orientación a colectivos vulnerables

En un principio los grupos estaban dirigidos a mujeres en situación de exclusión social, la mayoría de etnia gitana. Posteriormente se ha extendido esta estrategia grupal a hombres, también en situación de exclusión social.

✓ Evaluación

Evaluación cuantitativa: Hasta ahora se han realizado 6 grupos de mujeres en los que han participado un total de 84 mujeres y dos grupos de hombres con un total de 25 participantes.

Evaluación basada en la evidencia: Este tipo de intervenciones ha mostrado su eficacia ya que favorece el aprendizaje de las personas integrantes del grupo. En grupos de mujeres se ha demostrado su eficacia en el “empoderamiento” de sus miembros ya que desarrolla habilidades personales de adaptación y superación que elevan la autoestima y seguridad, elementos esenciales para modificar comportamientos y conductas capaces de influir sobre los determinantes en salud. Existe diversa bibliografía referente a que los cambios que se producen a través de los grupos tienden a ser más consistentes que los conseguidos con otros métodos.

Población diana:

Grupos por sexo

Colectivos vulnerables

Mujeres en situación de exclusión social. Son madres jóvenes y con hijos a su cargo. Presentan graves carencias formativas y se encuentran en situación de desempleo de larga duración, con importantes dificultades para su inserción laboral. La mayoría de ellas son de etnia gitana.

Breve descripción de la buena práctica:

Grupos socioeducativos dirigidos a mujeres en situación de exclusión y/o grave vulnerabilidad social. Se trata de una práctica de trabajo grupal realizada en colaboración con los Servicios Sociales Comunitarios de la zona.

El grupo está integrado por 10-15 participantes y tiene una duración de 6 meses, con sesiones semanales de dos horas y media de duración. La metodología que se utiliza es muy activa y



participativa. La actividad se desarrolla en forma de debates, juego de roles, collage y murales, visionado de vídeos y cortometrajes, discusiones en pequeños grupos, trabajos grupales e individuales, narraciones, etc. Se termina con una reflexión final que facilite el aprendizaje.

Las sesiones se imparten por las trabajadoras sociales del centro de salud y del centro de servicios sociales comunitarios. Se trata de un trabajo en red donde colaboran también profesionales de otros organismos e instituciones en algunas de las sesiones (Salud Mental Comunitaria y Salud Mental Infantil, centros educativos, Instituto Andaluz de la Mujer, Cruz Roja, Fundación Secretariado Gitano, Servicio Provincial de Drogodependencias).

Los contenidos que se trabajan en estos grupos son:

- ✓ Contenidos relacionados con el desarrollo personal: autoconocimiento y autoestima, manejo de emociones, comunicación, habilidades sociales, resolución de conflictos, risoterapia, etc.
- ✓ Contenidos relacionados con la parentalidad: pautas de crianza de los hijos, pautas educativas y de socialización, valores culturales, importancia de la escuela, absentismo escolar, etc.
- ✓ Otros contenidos: mujer y género, cultura gitana, cuidados básicos de salud, planificación familiar, sexualidad, inserción laboral, etc.

Áreas de influencia: UGC

Datos adicionales

Documentación (referencia de dónde encontrar información adicional, revistas, cartera de servicios, etc.)

VÍDEO: “Mujeres y Exclusión” <https://vimeo.com/215091018?ref=em-v-share>

PUBLICACIÓN: Experiencias profesionales innovadoras y buenas prácticas en trabajo social. Revista Servicios Sociales y Políticas Sociales. Consejo General del Trabajo Social.

Revista nº 123: Latinoamérica: Trabajo Social en defensa de las libertades. <http://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/revista/latinoamerica-trabajo-social-en-defensa-de-las-libertades>

Datos de contacto:

Adela López Bernabeu

Correo electrónico: adelaf.lopez.sspa@juntadeandalucia.es; adelalopezbernabeu@gmail.com

Número de teléfono: 950153395 / 659829241



BUENA PRÁCTICA

UGC El Palo y Limonar (DSAP Málaga)

Fecha de alta: 27/04/2021

Nombre y apellidos de la persona que presenta la Buena Práctica: M^a Luz Burgos Varo

Descripción de la acción

- ✓ Fecha de inicio: 2006
- ✓ Fecha de fin: 2020
- ✓ Entidad responsable:

Centro de Salud El Palo y Limonar
UGC El Palo y Limonar
DS Málaga-Guadalhorce
Provincia: Málaga

Palabras clave: Malestar inespecífico, Prevención Salud Mental, Activos en Salud

Objetivos:

Objetivo general:

- ✓ Promocionar la salud mental de las mujeres que presentan malestar inespecífico a través de potenciar habilidades personales para el afrontamiento de la vida diaria, mejorando su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- ✓ Crear espacios de reflexión grupal sobre su propio autoconocimiento e identificación de los factores que les hacen sentir mal, en particular los relacionados con los “mandatos de género”.
- ✓ Acompañarlas en el descubrimiento y potenciación de sus capacidades y habilidades para afrontar los problemas de la vida cotidiana (activos personales)
- ✓ Aprendizaje del control del malestar mediante el manejo de las habilidades sociales y del uso de técnicas de relajación.
- ✓ Ofrecer y favorecer la creación de redes de apoyo mutuo.
- ✓ Estimular la participación en las actividades de Promoción y Educación para la salud del Centro de Salud.
- ✓ Estimular la participación comunitaria poniéndolas en contacto con las asociaciones y entidades comunitarias (Activos comunitarios)



Estrategias utilizadas:

✓ Difusión

Sesiones periódicas de formación e información dirigidas a los miembros del Equipo de Salud. Se comenzó con el Equipo del C.S El Palo y se extendió al C.S. Limonar, ambos del DS Málaga Guadalhorce.

✓ Captación/Derivación

- Captación en consultas médicas, de enfermería y primeras consultas de Salud Mental que se realizan en los C. de Salud mediante desplazamiento periódico de Psiquiatra y Psicólogo del Equipo de la Unidad de Salud Mental Comunitaria de referencia.
- Se realiza la derivación mediante P. 10 y/o informe de derivación del profesional sanitario dirigido a la Trabajadora Social.
- También pueden ser derivadas por el Centro de Servicios Sociales.
- Por la Consulta de Trabajo Social del C. de Salud.
- A demanda de las propias usuarias.

✓ Implementación

Entrevista de Valoración: Previa a la formación del grupo se realiza entrevistas individuales de valoración sobre los motivos de la derivación, los malestares subjetivos, la situación sociofamiliar, laboral y redes de apoyo de la persona, la frecuentación médica y consumo de psicofármacos y expectativas ante el grupo

- Se conforman el grupo con una media de 12 participantes
- Desarrollo del grupo

Sesiones semanales de dos horas de duración.

- El número de sesiones oscila de 8 a 10 según las necesidades del grupo
- La última sesión contaba de dos partes: una de evaluación en grupo de la experiencia otra de presentación de las entidades y asociaciones de la zona en la que podrían integrarse de forma que se iniciaba el contacto personal con sus responsables.
- Entrevista de Evaluación: Al terminar el grupo, se realizan entrevistas personales con cada persona participante para poder hacer una evaluación individual de la participación en el grupo.

Durante todas las sesiones se iba informando de las actividades comunitarias programadas por el Centro de Salud, motivando a su participación en las mismas; especialmente las del P. de Envejecimiento Activo: P. Por Un Millón de Pasos, Itinerarios Culturales, Talleres de Alimentación Saludable, Escuela de Salud.

✓ Orientación a colectivos vulnerables



La vulnerabilidad viene dada por su situación de malestar y ansiedad. Los grupos han sido heterogéneos en edad, situación socioeconómica y nivel de instrucción. Se ha contado con numerosa participación de personas inmigrantes.

✓ Evaluación

Personalizada: Se les pasa el Test de Goldberg tanto en la entrevista inicial de valoración como en la posterior de Evaluación.

Se le pasa un cuestionario cualitativo de evaluación subjetiva.

En grupo: La última sesión de los grupos es evaluativa. Cada persona habla libremente de lo que le ha supuesto su paso por el grupo, los temas que más le han impactado, las relaciones del grupo, etc.

Se ha realizado una media de tres grupos anuales en el periodo comprendido desde el 2006 al 2020. El número medio de mujeres participante en cada grupo han sido de 8.

✓ Investigación

Tanto las mujeres componentes de los grupos como profesionales sanitarios del Equipo y la profesional de T. Social, han participado en los estudios de investigación realizado por: los Servicios Centrales del SAS, la Universidad Pablo Olavide (Sevilla), Universidad de Cádiz y de Huelva, el Distrito Sanitario Guadalhorce, la Trabajadora Social del C. de Salud.

✓ Otras (coordinación con otras estrategias, planes integrales, otros sectores, etc.)

Los Grupos Socioeducativos para mujeres se encuadran en el II Plan Integral de Salud Mental y el Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatizaciones como actividad preventiva y de promoción de salud.

A las mujeres participantes en los GRUSES se les invita a integrarse en otros Programas preventivos del C. de Salud, especialmente el en P. de Envejecimiento Activo.

Población diana:

- Grupos de edad: De 18 a 70 años (flexible según su grado de autonomía)
- Grupos por sexo: Mujeres
- Colectivos vulnerables: Mujeres con violencia de género, Cuidadoras con sobrecarga, Inmigrantes.
- Población general

Breve descripción de la buena práctica:

Los Grupos Socio Educativos nace del Programa de Promoción de la Salud Mental como una estrategia encaminada a atender el malestar de las mujeres desde A. Primaria de Salud desde un punto de vista de la promoción de la salud mental. Este malestar se define como



sufrimiento que no puede ser expresados con palabras y aparecen como síntomas mal definidos.

Se trata de una alternativa al uso de psicofármacos, basada en el abordaje de los factores psicosociales que inciden en este malestar y que tienen que ver con los roles de género (cuidados, renuncia, entrega sin límites, dependencia emocional)

Se inicia de forma piloto en el DS Málaga, a través de un grupo de trabajo integrado por profesionales del Equipo de Salud Mental y de Atención Primaria.

En el 2006 se inicia de forma experimental el primer grupo en el C. Salud El Palo. Posteriormente se incluyen mujeres procedentes del CS Limonar.

La experiencia ha tenido una gran aceptación por parte de los Equipos de Salud, integrándose como un programa más del Centro, con derivaciones asiduas y continuas, potenciadas además por el Proyecto de Coordinación entre el Equipo de S. Mental y el de A. Primaria. El efecto boca a boca también nutre de mujeres que desean participar en los grupos.

De forma natural estos grupos de mujeres han continuado su participación en todas las actividades comunitarias, organizadas desde el Centro de Salud, de tal forma que han constituido el grueso de personas que participan habitualmente en el P. de Envejecimiento Activo.

En el año 2015, promovida por profesionales del Centro, se crea la Asociación ciudadana En Activo dirigida a la organización de actividades de promoción y educación sanitaria orientada al envejecimiento saludable. Esta asociación está formada en un alto porcentaje por personas que han participado en los GRUSE, fundamentalmente mujeres de mediana edad y mayores de 65 años, conformándose como una entidad de resonancia del Programa de Envejecimiento Activo, actualmente cuenta con 163 socios, de las cuales 149 son mujeres.

Áreas de influencia:

Centro de Salud El Palo y Limonar
UGC El Palo y Limonar
DSAP/AGS: DS Málaga Guadalhorce
Provincia: Málaga
Comunidad autónoma: Andalucía

Datos adicionales

Documentación (dónde encontrar información adicional, revistas, cartera de servicios, etc.)

Cartera de Servicio de Atención Primaria del SAS



- ✓ Morales Sutil, M^a Luisa, Cervilla Suárez, Francisco José, Faz García, M^a Carmen, Ariza González, Marta; Muñoz Cobos, Francisca, Burgos Varo, M^a Luz “Promoción del envejecimiento activo. Una experiencia de participación comunitaria” Revista Comunidad. Julio- Octubre 2017 19(2).ISSN: 2339-7896
- ✓ Espinosa Almendro JM, Muñoz Cobos F, Burgos Varo M^a L, Gertrudis Díez M^a A, Canalejo Echeverría A, Criado Zofio M. “La estrategia de envejecimiento activo: de la teoría a la práctica clínica” [artículo especial]. MedfamAndal. 2015; 16 (3 Sup 1): 5-70. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v16n3sup1/v16n3sup1.pdf>
- ✓ Comunicaciones: “Escuela de Envejecimiento Activo en un Centro de Salud” y “Mujer, mírate, cuídate, quíérete. Grupos socioeducativos para mejorar la salud” En el libro en formato digital titulado “Aportaciones sobre la intervención social en tiempo de malestares. XII Congreso Estatal de Trabajo Social, Marbella (Málaga, 14 al 16 de Noviembre de 2013” con ISBN10:84-616-6983-5/ ISBN 13: 978-84-616-6983-7; editado por el Consejo General del Trabajo Social. Noviembre 2013
- ✓ Castillo Trillo, Beatriz; Burgos Varo, M^a Luz; Muñoz Cobos, Francisca; Pérez Enríquez, Inmaculada; Canalejo Echeverría, Alberto “Envejecimiento Activo en un centro de salud”. Revista Comunidad Vol. 14, nº 2 Diciembre 2012. ISSN: 1138-4441
- ✓ Burgos Varo M^a Luz, Fernández Fernández Emilia, Gámez Lomeña M^a Carmen, “Grupos socioeducativos para mujeres en Atención Primaria de Salud (GRUSE)” publicado en el nº 91 de la revista “TS Difusión” con el nº de I.S.S. N.: 1577-0532 del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga. Abril 2012.

Datos de contacto:

M^a Luz Burgos Varo

Correo electrónico: mluzburgos@hotmail.com

Número de teléfono: 677272123





Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo

Escuela Andaluza de Salud Pública