

El abordaje comunitario en un Equipo de Salud Mental de Distrito: una intervención psicosocial con mujeres

Gloria M^a ROLDAN MALDONADO

Equipo de Salud Mental de Distrito Santa Fe. Granada

Francisco Javier CARRASCOSO LOPEZ

Programa PIR. Granada

Resumen

En este artículo describimos una serie de intervenciones psicosociales con mujeres, encuadradas dentro de la educación para la salud, desarrolladas desde un Equipo de Salud Mental de Distrito. Esta intervención se realizó con mujeres pertenecientes a asociaciones de extensión agraria y de amas de casa. Paralelamente mediante conferencias, diseminamos las intervenciones por nuestro distrito geográfico de actuación. Al mismo tiempo realizamos algunas reflexiones preliminares en un intento de operativizar el sentido de lo *comunitario*.

Palabras clave: Conductas de salud; educación para la salud; estilo de vida; dimensiones sociales del comportamiento humano; prácticas conductuales; salud mental comunitaria; ansiedad; depresión; mujeres.

Abstract

In this article we describe a series of psychosocial interventions with women, framed within health education and developed by a District Mental Health Care Team. This intervention was carried out with women members of agrarian and housewife associations. Through parallel conferences and talks, the interventions were spread out over our geographical district. At the same time, some preliminary reflections are also presented in an attempt to operationalize the idea of 'community'.

Key words: Health behaviours, health education, life style, social dimensions of human behaviour, behavioural practices, community mental health, anxiety, depression, women.

Antecedentes y contexto actual

Durante largos años la atención psiquiátrica ha sido de tipo hospitalario, centralista y especializada, permaneciendo

aislada de las otras zonas de la medicina. Los profesionales interesados en ella eran pocos, y sus actividades generalmente se realizaban en los *manicomios*, con métodos terapéuticos y

Dirección de los autores: La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al primer autor: Avda. de la Constitución, 42, 6º D, 18012 Granada.

concepciones anticuadas y limitadas. Así, la intervención a nivel de *curación mental* funcionaba bajo las coordenadas de un modelo médico basado en la enfermedad, en el que la curación, el tratamiento individual, el abuso farmacológico -con el alto coste que esto implica-, el círculo vicioso del *etiquetado*, y el fomento de la pasividad en el paciente por la concepción de la enfermedad como algo ajeno e independiente de los comportamientos y estilos de vida, eran algunas de sus características distintivas.

Ya en 1913, Adolf Meyer abogaba por la puesta en marcha de centros de salud basados en la comunidad y por programas de educación pública. En la década de los treinta ya existían las bases para establecer un programa completo de salud mental comunitaria, pero ésto no tendría lugar hasta después de la segunda Guerra Mundial. Así, la convergencia de las ideas de la antipsiquiatría, de la psiquiatría de sector francesa, y de las primeras experiencias de desinstitucionalización en Italia, darían origen en el Reino Unido y en EE.UU. al desarrollo de las primeras comunidades terapéuticas y centros de salud mental. La psiquiatría comunitaria entró a formar parte de la historia. Se estaban sentando las bases para el desarrollo y la extensión del movimiento de salud mental comunitaria, considerado como la *tercera revolución* en la historia de la psiquiatría, después de la humanización del tratamiento y la influencia del psicoanálisis y el desarrollo de la moderna psicofarmacología.

Es en este marco histórico donde cobra sentido la reforma de la atención a la salud mental en Andalucía, iniciada en 1984 con la Ley de Creación del Instituto Andaluz de Salud Mental -en adelante

IASAM-. A partir de este momento se inicia un largo proceso en el que se van a realizar importantes cambios organizativos y funcionales, para culminar en una red de servicios para la atención a la salud mental, que se ofrecen como alternativa a las viejas estructuras asistenciales existentes hasta el momento (para una descripción, ver Roldán, Carrascoso, García, García y Maestro, 1991). Esta nueva red se caracteriza por: *a)* la descentralización; *b)* la priorización de la atención primaria; *c)* su integración administrativa y funcional en el sistema sanitario general como una prestación más al usuario; *d)* la continuidad asistencial; y *e)* el trabajo multi e interdisciplinar para el abordaje integral biopsicosocial de la salud. Surgen así como principios rectores de la reforma, las ideas de promoción, prevención y educación para la salud, y la concepción integral de la salud, en contra del reduccionismo cartesiano mente-cuerpo; y como consecuencia de ello, los Equipos de Salud Mental de Distrito -ESMD-, concibiéndose como dispositivos de apoyo a los Equipos Básicos de Atención Primaria -EBAP-, el núcleo central del sistema sanitario en el que la prevención primaria, secundaria y terciaria de los trastornos mentales, suponen la piedra angular del nuevo sistema público de salud (IASAM, 1988).

Los factores psicosociales en los procesos de salud-enfermedad

Existe suficiente evidencia empírica que muestra cómo la relación que un individuo mantiene con un grupo social determina sus actitudes y comportamientos en un ámbito como es el binomio

salud-enfermedad. Así, por ejemplo, Cartwright y Zander (1968; citado en Huici, 1985, pg. 111), en una compilación clásica sobre investigación en dinámica de grupos, concluían que *ha puesto en claro* que muchas de las creencias, actitudes y comportamientos de un individuo son fundamentalmente moldeados por los grupos a que *pertenecen*. Cada vez más se hace patente la necesidad de adaptar los programas de salud a las comunidades y costumbres locales, y de contribuir a aumentar el conocimiento de la gente acerca de la salud y de los servicios sanitarios, haciendo más hincapié en los modos de modificar y prevenir el problema o trastorno, que en la información acerca de la etiología y los síntomas, lo cual constituía el énfasis especial de los programas tradicionales.

Suchman (1972; citado en Huici, 1985) constató que el estatus socioeconómico era un determinante mucho más importante del uso de servicios médicos preventivos y de otras conductas orientadas al mantenimiento de la salud, que la estructura de grupo o la orientación médica de los individuos. Así, la integración social de la comunidad a la que pertenecen los individuos es una variable crucial a tener en cuenta por los profesionales de la salud y los servicios sanitarios a la hora de dispensar cuidados de salud. Rosenstock (1966; citado en Huici, 1985) formuló un modelo en el que integraba todos aquellos factores que determinan no sólo el uso primario o preventivo de los servicios de salud, sino en general toda la conducta preventiva orientada a lograr este modo de utilización de los servicios sanitarios. De manera más específica trata una serie de aspectos tales como factores perceptuales,

motivacionales y claves para la acción, en tanto que inciden en el comportamiento por parte de los individuos, de una serie de recomendaciones preventivas para el mantenimiento de la salud.

Becker y Maiman (1976) destacan como factores que determinan la preparación para la acción en la percepción en un área concreta de salud: *a)* la susceptibilidad a la enfermedad -variable con la que se relaciona la acción preventiva-; *b)* la gravedad de las consecuencias; *c)* el balance de los costos y beneficios que conlleva la acción preventiva; *d)* las claves para la acción, tanto internas como externas; y *e)* un conjunto de factores modificadores de carácter demográfico -sexo, edad- y psicosocial -personalidad, clase social, grupo de iguales y grupo de referencia-, que inciden indirectamente sobre el cumplimiento de las acciones preventivas a través de los factores perceptivos y motivacionales. Estos autores destacan cómo la conformidad con las normas de grupo, puede incidir directamente sobre las conductas orientadas hacia la salud.

Los profesionales han ido dando respuesta a las cuestiones planteadas en salud mental según los criterios que sobre los conceptos de salud y enfermedad, han predominado en cada momento histórico. El desarrollo actual de los conocimientos provenientes de la psicología y la sociología, ha cuestionado las prácticas asistenciales llevadas a cabo en los servicios sanitarios y ha centrado la atención en programas de actuación que posibiliten el desarrollo de las competencias de los individuos teniendo en cuenta el ambiente en el que se desenvuelven, introduciendo tanto en los modelos conceptuales como en las es-

trategias de intervención, otras variables psicosociales. Así surgen nuevos modelos como el Modelo Socioecológico de Salud propuesto por Moos (1979; citado en Huici, 1985), en el que se consideran al estatus de la salud y la conducta relacionada con la salud, como el *explanans*, y los sistemas ambiental y personal como los principales *explican-dum*. Moos distingue en su modelo seis elementos fundamentales, unidos entre sí por relaciones de diverso sentido y nivel: 1) el sistema ambiental, formado por cuatro factores: contexto físico; aspectos organizativos; agregado humano; y el clima social; 2) el sistema ambiental personal, que incluye factores demográficos -tales como edad, sexo, estatus económico, inteligencia y similares-, los roles, las expectativas, el estrés, y otros factores limitadores de la capacidad de respuesta del individuo frente al ambiente; 3) la evaluación cognitiva del ambiente o ambiente percibido; 4) el grado de activación; 5) los esfuerzos de adaptación -superación- que pueden ir, desde la negación o minimización de la seriedad de una crisis, al ensayo de los procedimientos para su superación, pasando por la búsqueda de información relevante, de apoyo emocional de establecimiento de objetivos limitados y concretos, y otros aspectos; y 6) estatus de la salud y conductas relacionadas con la salud, que incluye el inicio de la enfermedad, su desarrollo y tratamiento, la adhesión al mismo, la eficacia funcional y la satisfacción y el bienestar.

Todos estos desarrollos teóricos y empíricos, aparecen en el contexto de una explosión dentro de la psicología, de la investigación en el ámbito de los procesos de salud-enfermedad. Como

muy acertadamente comenta Bermúdez (1993), (...) *Cada día disponemos de mayor evidencia de que las causas de morbilidad y mortalidad en nuestra sociedad, y en términos generales, el nivel de salud de la población, guardan una estrecha relación con las formas de comportamiento que la gente desarrolla. En este sentido, no resultará sorprendente que los investigadores y todos aquellos (individuos e instituciones) con responsabilidad sobre la salud de la población hayan focalizado- o debieran focalizarlo, añadiríamos nosotros- su atención en el estudio de aquellos factores individuales y sociales asociados al desarrollo y mantenimiento de estilos de vida y formas de comportamiento que puedan suponer un riesgo potencial para la salud* (pg. 18). Esto implica que para que el actual sistema sanitario se muestre capaz de resolver problemas de salud que surgen en una comunidad, se han de introducir nuevos tipos de abordajes y tecnologías menos costosas y más eficaces, así como una renovación de los esquemas conceptuales para interpretar los fenómenos ubicados dentro de los procesos de salud-enfermedad. Otro planteamiento diferente implicaría un estancamiento en el proceso de reforma, y un grave -y tal vez trágico- retroceso.

Estilos de vida en la mujer y procesos de salud-enfermedad

Como ya señalábamos en otra ocasión (Roldán y Fernández, 1993), los datos epidemiológicos son claros al señalar el sexo femenino como una variable moduladora significativa de las respuestas ansioso-depresivas. Se estima que existe una diferencia considerable

en cuanto a la distribución por sexos en lo referente a los trastornos emocionales. El 70% de los usuarios de los servicios ambulatorios de psiquiatría de nuestro país, son mujeres, y los síntomas de carácter ansioso-depresivo son una de las causas más frecuentes de este tipo de consultas, existiendo un alto consumo de medicación psicotrópica -ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos- por parte de este grupo de población (Roldán, Almeda, Sánchez, Carrascoso y Alonso, 1992; Roldán y Fernández, 1993). La incidencia de trastornos de ansiedad y depresión en las mujeres es el doble que en los varones, existiendo cierto consenso en situar la edad de mayor riesgo para un trastorno depresivo en el intervalo de los 35-45 años, y al *ama de casa* como un perfil de riesgo para mantener estilos de vida característicos, condicionados por valores y normas socio-culturales (*American Psychiatric Association*, 1987/1989; Burin, Moncenaz y Velázquez, 1990; Colom, 1988; Dio Bleichmar, 1991; Herrero, Sabanés y Payés, 1983; Instituto de la Mujer, 1985; Varela, 1990). Así, coincidimos con Dio Bleichmar (1991) cuando señala que el origen de estas altas cifras de incidencia deben buscarse en las condiciones de vida y en la propia subjetividad de las mujeres.

Los datos muestran también que las mujeres desarrollan desde edades tempranas, todo tipo de trastornos de la autoestima, en mayor proporción que los varones, y que los conflictos afectivos con sus parejas constituyen uno de los motivos más frecuentes del origen de la depresión en la mujer (Dio Bleichmar, 1991). Algunos autores han relacionado estos datos con los factores psicosociales que constituyen el estereotipo de la femineidad, al desempeño de un rol social

restringido cuyos rasgos descriptivos más generalizados serían: sensibilidad; complacencia; dulzura -ausencia de agresividad y de competencia-; pasividad; obediencia; necesidad de apoyo; dependencia; contacto afectivo; fragilidad; y baja autoestima e indefensión. De este modo, la femineidad misma aparece como el mayor factor de riesgo para la depresión.

A pesar de la amplia coincidencia entre autores y profesionales, con adscripciones teóricas y prácticas heterogéneas, en el hecho de que los trastornos ansioso-depresivos en la mujer quedan definidos por hábitos y comportamientos que resultan de estilos de vida poco saludables, condicionados por su rol social, la respuesta sanitaria habitual sigue siendo, en la gran mayoría de los casos, una intervención medicalizada basada en el modelo infeccioso de enfermedad, claramente desfasado, pero que condiciona una práctica estereotipada compuesta por diagnóstico nosológico -el más frecuente de los cuales suele pertenecer al ámbito de los trastornos histriónicos-, junto a tratamiento psicofarmacológico en exclusiva, abusivo en la mayoría de los casos.

Esta respuesta sanitaria nos parece claramente inadecuada, insatisfactoria y altamente costosa cuando no ineficaz, ya que tras varios años de consumo de medicación psicotrópica y de otros tipos -analgésicos entre otros-, los estilos de vida siguen siendo los mismos, cuando no reforzados y cronificados, por un modelo de enfermedad que fomenta claramente la pasividad y la dependencia. Ante este problema, defendemos que un modelo de intervención comunitaria, basado en un concepto de salud como

bienestar biopsicosocial, con el énfasis focalizado sobre la prevención, la continuidad de cuidados, la atención integral, y unos servicios próximos a la comunidad y sus características socioculturales, se convierte en una organización de servicios que puede y debe ofrecer una respuesta más adecuada y comprehensiva a los problemas de la mujer, además de implicar menos costes en un sistema sanitario que se declara en crisis en todos los órdenes.

La sensibilidad ante este problema socio-sanitario, llevó a crear desde los inicios del ESMD *Santa Fe* en 1989, un espacio terapéutico que permitiera ofertar una respuesta coherente con los últimos hallazgos y concepciones psicosociales de la problemática de la mujer, de tal forma que se consiguiera un cambio de comportamientos y actitudes. Hasta la fecha se han realizado tres grupos de intervención cognitivo-conductual con mujeres, con diez integrantes por grupo, y un grupo siguiendo la metodología operativa surgida de la concepción ECRO -Esquema Conceptual Referencial Operativo- dentro de los modelos psicoanalíticos de corte grupal, con doce mujeres integrantes. Tras esta experiencia de tres años de duración, los resultados obtenidos reforzaron nuestro interés por la búsqueda de otras alternativas asistenciales más adecuadas, y la defensa de la creación de grupos psicoeducativos y de autoayuda en la comunidad.

El ser conscientes de que los estilos de vida que observábamos en las mujeres que consultaban al ESMD, coincidentes con los descritos en la literatura, eran un factor condicionante de la problemática de la mujer, nos llevó a diseñar un programa de evaluación e intervención

psicosocial en el medio comunitario. En buena medida, este programa fue impulsado por las propias mujeres que habían formado parte de los grupos cognitivo-conductuales anteriores, que se habían constituido en una asociación de amas de casa, y por mujeres pertenecientes a la asociación de extensión agraria, que conocían nuestro ESMD y estos grupos terapéuticos anteriores, descritos en otro lugar (Roldán y Fernández, 1993). Podría decirse que ya existía una demanda potencial y consciente, previa a nuestra intervención.

Una experiencia inicial de intervención psicosocial con mujeres en la comunidad

Características de las mujeres

La intervención se realizó con un grupo de 71 mujeres, que participaron voluntariamente en la experiencia, y pertenecían a la Asociación de Mujeres de Extensión Agraria de Santa Fe, la cabecera de nuestro distrito de actuación. Todas las mujeres pertenecían al medio rural y a un estatus socioeconómico medio-bajo.

Tras una evaluación formada por diversos cuestionarios (ver apartado de *Evaluación*), se encontraron los siguientes datos epidemiológicos: *a*) la mayoría estaban casadas (87'03%); *b*) las edades oscilaban en la banda 30-70 años, estando más representado el intervalo comprendido entre los 40-60 años (64'81%); *c*) el nivel educativo medio era bajo: sin estudios (37'03%); estudios primarios (50%); *d*) la mayoría tenían dos o más hijos (74'05%); *e*) las enfermedades señaladas con más frecuencia fueron: HTA,

artrosis y niveles elevados de colesterol; *f*) en líneas generales existía un elevado nivel de frecuentación de consultas: consultas regulares (58'82%), y consultas frecuentes y muy frecuentes (23'52%). El 49'01% consultaba regularmente a diversos especialistas, y el 7'84% lo hacía de forma muy frecuente. Sólo el 16'13% no acude ninguna vez al mes al médico de cabecera; *g*) la mayoría señalaba haber recibido tratamiento por problemas de salud mental por su médico de cabecera, existiendo un 54'91% de consumo de ansiolíticos y antidepresivos, y un 50'99% de consumo de hipnóticos; *h*) los promedios generales en una batería de cuestionarios (ver apartado de *Evaluación*) fueron como sigue: 1) Temor a la Valoración Negativa: 15'71; 2) Inventario de Depresión de Beck: 7'98; 3) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala A-E: 55'96; 4) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Escala A-R: 61'43.

Características del programa y metodología

Se elaboró un programa de abordaje psicosocial implementado en líneas generales en dos fases. En la primera fase, de evaluación, todas las mujeres fueron testadas, y distribuidas aleatoriamente a dos grupos tras el análisis de resultados. En la segunda fase se pasó a la intervención propiamente dicha.

La metodología seguida en la fase de intervención fue eminentemente psicoeducativa, desarrollándose a lo largo de las sesiones distintos módulos de aprendizaje social estructurado.

La duración total del programa fue de dos meses. Al inicio, se realizaron dos sesiones semanales, pasándose poste-

riormente a una sesión semanal. La duración de todas las sesiones fue de una hora y media.

Los diversos pasos seguidos para la puesta en marcha e implementación del programa fueron como sigue:

1. Contactos previos, diseño y administración de la ficha de recogida de información y selección de batería de cuestionarios.
2. Elaboración del programa.
3. Evaluación de los componentes del grupo. Análisis de resultados.
4. Distribución aleatoria de sujetos.
5. Implementación del programa al primer grupo.
6. Implementación del programa al segundo grupo.
7. Evaluación final.

Evaluación

Se elaboró una ficha para la recogida de datos de identificación y motivación de las mujeres. En ella se recogían: nombre, edad, estado civil, número de hijos, localidad, nivel educativo, tratamientos previos y/o simultáneos en salud mental, y enfermedades. Además se presentaban once temas para que señalaran cinco de ellos, ordenándolos según sus intereses. Los temas apuntados fueron: 1) autoestima e imagen: como generar un autoconcepto positivo en la mujer; 2) cómo influyen los comportamientos y los estilos de vida en la salud en la mujer; 3) la ansiedad en la mujer: de qué depende y qué hacer; 4) la depresión en la mujer: de qué depende y qué hacer; 5) de la enfermedad a la tristeza, la soledad y la incomprensión; 6) la sexualidad en la mujer; 7) la menopausia

en la mujer; 8) la comunicación en la pareja; 9) educación de los hijos: principios psicológicos que influyen en la adquisición de comportamientos; 10) habilidades que le faciliten a la mujer relacionarse con los demás; y 11) conocimiento y uso de los recursos comunitarios y sanitarios.

Se utilizó también una batería compuesta por tres cuestionarios estandarizados: 1) el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rial y Rickels, 1974); 2) el Cuestionario de Temor a la Valoración Negativa (Watson y Friend, 1973; tomado de Girodo, 1980, pgs. 37-38 y 273-274); y 3) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene 1970/1992).

Junto a estos cuestionarios, se diseñaron otros dos para esta ocasión. Uno de ellos fue un cuestionario para explorar variables biopsicosociales asociadas a la problemática de la mujer rural. Consta de once ítems en los que se recogen el número de consultas realizadas al médico de cabecera en un mes, el número de consultas realizadas a otros especialistas, consumo de fármacos, presencia de síntomas relacionados con problemas ansioso-depresivos -dolor de cabeza, rumiaciones, etc.-, y variables relacionadas con la red de apoyo, ocio y tiempo libre y actividad laboral extradoméstica. El formato de respuesta es de opción múltiple -de 1 a 4- donde se tiene que señalar la frecuencia -1 =nunca, 2 = a veces, 3 = frecuentemente, y 4 = muy frecuentemente-. El segundo cuestionario fue una adaptación para la ocasión de otro elaborado anteriormente por los autores con el objeto de evaluar el grado de satisfacción y la eficacia del programa. Consta de quince ítems, que hacen refe-

rencia al grado de utilidad, nivel de organización, tiempo dedicado a cada tema, cumplimiento de objetivos, claridad de los contenidos, nivel de aprendizaje -comprensión en relación a los problemas de ansiedad y depresión y y las medidas psicosociológicas para hacer frente a las emociones negativas-, y nivel de satisfacción por haber compartido la experiencia con otras mujeres. El cuestionario finaliza con cuatro preguntas abiertas en las que se invita a las mujeres a expresar su opinión sobre: a) ¿para qué le ha servido la experiencia?; b) ¿qué sesión ha considerado de mayor interés?; c) en reuniones posteriores de este tipo, ¿qué contenidos les gustaría que se abordaran?; y d) sugerencias para mejorar en el futuro este tipo de experiencias.

Toda la batería de cuestionarios fue administrada antes y después de la intervención para poder observar cualquier cambio producido durante la misma.

Una vez implementado el programa, de forma concurrente, la trabajadora social del ESMD registró todas las sesiones literalmente.

Implementación del programa

El programa se llevó a cabo en siete sesiones de intervención psicoeducativa de una hora y meda de duración, realizadas en el aula de la Asociación de Extensión Agraria. Fue administrado a los dos grupos formados al azar tras la fase de evaluación, aunque en momentos temporales diferentes.

La metodología seguida consistió en módulos de aprendizaje social estructurado. La estructura de las sesiones en líneas generales siguió los siguientes pasos: a) Revisión de los ejercicios asignados para

casa en la sesión anterior. Los ejercicios consistían en preguntas abiertas dirigidas al grupo para invitar a sus miembros a la reflexión sobre determinados aspectos de interés relacionados con los contenidos, y/o ensayos para poner en práctica y así experimentar las relaciones establecidas entre situación-emociones-conducta y consecuencias, así como el efecto de algunos de comportamiento producidos en ellas. *b)* Exposición de contenidos. La monitorea aportaba la información relevante del tema de interés preseleccionado y dinamizaba al grupo mediante preguntas socráticas y ejercicios para facilitar la elaboración y asimilación de la información. La sesión finalizaba con la asignación de ejercicios entre sesiones para realizar en casa.

Los contenidos trabajados en las siete sesiones fueron preseleccionados por las mujeres en las fichas que rellenaron previamente, y seleccionados por el equipo coordinador por su frecuencia de elección. Fueron los siguientes: 1) Información acerca de los dispositivos de salud. Acceso y funcionamiento a los ESMD. Modelo biopsicosocial de salud y equipos interdisciplinarios. 2) Problemas ansioso-depresivos en la mujer y su relación con el estilo de vida. Rol social de la mujer. 3) Depresión en la mujer. En qué consiste, de qué depende y qué hacer con ella. 4) Ansiedad en la mujer. En qué consiste, de qué depende y qué hacer con ella. 5) Comportamiento asertivo. Derechos humanos. 6) Comunicación en la pareja. 7) Sexualidad en la mujer.

Resultados y conclusiones

Tras el análisis de resultados hemos constatado los siguientes hallazgos significativos:

a) En la mayoría de las mujeres que han pasado por este programa, al igual que en los anteriores grupos de terapia cognitivo-conductual, se ha observado una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión, tal y como son medidas por los cuestionarios administrados.

b) Los resultados obtenidos en los dos grupos a los que se administró este programa, muestran:

1. Disminución en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios administrados antes y después de la intervención. Los cuestionarios que se mostraron más sensibles al impacto del programa fueron el de Temor a la Valoración Negativa y el Inventario de Depresión de Beck. En el primero se observa un descenso (9'8) que aleja a la muestra de la media obtenida para las mujeres en el baremo poblacional. En el segundo se encontró que la puntuación media del grupo pasó de un nivel de depresión moderada a leve (5'97). El STAI se mostró como la medida menos sensible, arrojando puntuaciones antes y después, que oscilaban en el punto medio de la distribución del baremo para la muestra española de mujeres. En concreto, las puntuaciones medias para la escala A-E expresada en decatipos, fueron de 5'99 antes de la intervención, y de 5'32 después; y las puntuaciones centiles fueron de 58'19 antes, y de 48'97 después. Para la escala A-R, las puntuaciones medias expresadas en decatipos fueron de 6'25 antes y 6'08 después; y las puntuaciones centiles fueron de 64'04 antes, y 58'82 después. El STAI presentó una gran dificultad por no

ajustarse al nivel cultural de las mujeres y por su tipografía y formato, por lo que en grupos posteriores ha sido eliminado. Esto nos muestra la necesidad de elaborar instrumentos de evaluación adaptados a las características de la población y a los objetivos del programa de intervención.

2. Se constató una reducción en el consumo de psicofármacos. Del 49'01% de mujeres que no necesitaban consumir hipnóticos, tras la intervención pasan a constituir el 63'63%. De muy frecuentemente, se pasó del 9'80% al 1'89% tras la intervención. En cuanto al consumo de ansiolíticos y antidepresivos, los cambios obtenidos siguieron la misma tendencia: mientras antes de la intervención no necesitaba consumirlos un 45'09% de la muestra, tras la intervención se pasa al 50'90%, mientras que del 11'76% de la muestra que precisaba consumirlos muy frecuentemente, se pasa al 3'63% tras la intervención.

3. Los datos obtenidos en el cuestionario para explorar variables biopsicosociales asociadas a la problemática de la mujer, en la evaluación antes de la intervención, coincidieron con los estudios epidemiológicos previos (ver apartado *Características de las mujeres*), indicando un estilo de vida con escasas satisfacciones y poco tiempo dedicado al ocio.

4. Respecto al cuestionario de satisfacción, se recoge que el 100% de las mujeres distribuyen sus respuestas entre útil (4) y extremadamente útil (5) en todos los ítems referidos a

metodología, nivel de organización, claridad de contenidos, y el resto de áreas exploradas. El 100% de las mujeres valoraron como positiva la experiencia, tanto en lo referente a la nueva conceptualización de lo que les ocurría en términos de problemas, dificultades y comportamientos modulados y asumidos por su rol psicosocial, en vez de en términos de enfermedad mental.

La experiencia ha demostrado que es difícil conseguir en algunos casos, el incremento de la red de apoyo y el tiempo dedicado al ocio o a actividades placenteras, ya que en algunas de nuestras zonas rurales hay un serio déficit de recursos comunitarios, junto a una gran estereotipia a nivel social, de los roles femeninos y masculinos. Estos últimos, presentan sus propios problemas y dificultades, tales como alcoholismo, problemas psicosomáticos de tipo circulatorio y gastrointestinal, etc. El hecho de carecer de una adecuada red de apoyo social correlaciona con las *recaidas*, pero en este caso se desea encontrar en el profesional sanitario una persona en la que confiar y a la que pedir asesoramiento y apoyo en determinados momentos - como ocurrió con algunos casos varios meses después de la intervención-. Por estos motivos, creemos que es importante que tras una nueva conceptualización de la problemática que presenta la mujer con una experiencia de psicoeducación, se facilite la creación de asociaciones o grupos de autoayuda en la comunidad, o la participación en los grupos ya existentes -por ejemplo, educación de adultos, grupos culturales, etc.-. En la experiencia que acabamos de finalizar con 51 muje-

res de otras zonas básicas de nuestro distrito, están incluidas mujeres que ejercen cierto liderazgo en la comunidad, por su pertenencia a la junta directiva de una asociación de mujeres, son monitoras de deportes, profesoras en la escuela de adultos, grupos parroquiales, etc.

La bondad de los resultados obtenidos nos invita a reflexionar y a cuestionarnos seriamente las respuestas sanitarias predominantes a la problemática de la mujer. Creemos que la conceptualización desde un modelo de enfermedad inadecuado, favorece la cronificación de los *trastornos* en la mujer, encareciendo considerablemente las ofertas de los servicios sanitarios públicos. Si coincidimos desde diferentes concepciones teóricas sobre el comportamiento, en que los estilos de vida de la mujer son la variable clave para comprender su *malestar*, quizás nos tengamos que plantear otros tipos de abordajes psicosociales desde los diferentes servicios sanitarios -EBAP, ESMD, servicios hospitalarios, etc.-, si queremos dar una respuesta más comprehensiva, adecuada, eficaz y barata.

A modo de conclusión: algunas reflexiones preliminares

Con el desarrollo actual de estas experiencias de intervención, que comienzan a producir como un resultado su diseminación por nuestro distrito, y la creación de asociaciones, nos planteamos diversas cuestiones de cara al futuro. ¿Seguiremos realizando este tipo de intervenciones, limitándonos a la diseminación de conocimiento socialmente relevante? ¿Los grupos y asociaciones creados y/o apoyados de este modo, se

convertirán en un dispositivo hacia el que derivar demandas realizadas a nuestro ESMD?. Estas preguntas prácticas no sólo tienen una honda relevancia para nuestro quehacer diario, sino también importantes implicaciones para la conceptualización que hacemos de nuestra propia práctica con poblaciones muy diversas.

Así, por ejemplo, se nos plantea la necesidad urgente de conceptualizar el papel que le damos a las dimensiones sociales del comportamiento humano, y la forma en que las tenemos en cuenta. Si como Ribes (1990), concebimos las relaciones entre lo psicológico y lo social como conjuntos de prácticas conductuales, la actual concepción de las intervenciones comunitarias como algo diferente de las intervenciones individuales pierde todo sentido, dado que entonces, el comportamiento humano es social por definición, y las aplicaciones de la tecnología de cambio conductual disponible se realizan entonces en modalidades y contextos diferentes, sin perder de vista este intrínseco carácter social del comportamiento humano (Hayes y Hayes, 1992). De este modo, lo *comunitario* cobra sentido en y por, las prácticas de los individuos concretos. Como comenta Ribes en otro escrito, (...) *lo social y lo individual no constituyen, en el caso del comportamiento humano, dimensiones contrapuestas, sino que, por el contrario, expresan diversos niveles de un mismo conjunto complejo de relaciones* (Ribes, 1985, pg. 292). El abordaje práctico de las dimensiones sociales del comportamiento humano debe realizarse pues, a nivel de la identificación de prácticas relevantes, transmitidas por costumbre, que estén regulando la aparición de determinadas conductas -entendidas como rela-

ción-. Y estas prácticas, son prácticas entre individuos, no el comportamiento de instituciones, o de unos valores culturales entendidos en abstracto, que constituyen abstracciones con otro nivel de análisis realizadas sobre estos conjuntos de prácticas concretas. Lo contrario, es pecar de reduccionismo sociológico-tan indeseable como el biológico-, al polarizar el comportamiento humano entre lo individual y lo social, entendido meramente como *lo grupal*. Y por ello mismo, se obvia lo interdisciplinario, cayendo en intervenciones fragmentadas de tipo sumativo, que no interactivo o sinérgico. De este modo, podríamos conceptualizar más adecuadamente el concepto de estilo de vida como conjunto de prácticas que tienen lugar en y mediante, las interacciones de un individuo con otros individuos, dentro de un medio de contacto caracterizado por la naturaleza convencional o lingüística de sus dimensiones de estímulo y de respuesta. El concepto de estilo de vida tal y como es expresado actualmente, aunque plantea problemas empíricos y teóricos diferentes, y nuevas e interesantes concepciones de la práctica sanitaria, aún necesita ser mejor perfilado para despojarlo de su carácter organocéntrico, dado que su definición gira en torno a las acciones de un individuo como topografía de respuesta (por ejemplo, Coreil, Levin y Gartly, 1992; Rodríguez Marín, 1992), más que entenderlo como un concepto interactivo.

Estas consideraciones, nos permitirían, a nivel de nuestra propia organización, situar funcionalmente los recursos que se están creando con nuestras intervenciones con grupos de mujeres, al mismo tiempo que realizar una valoración

adecuada de las dimensiones sociales del comportamiento de aquellos individuos que acuden a nuestro ESMD a realizar demandas concretas. Así, funcionalmente hablando, estos recursos surgidos de nuestra práctica como dinamizadores, pueden adoptar varios papeles:

- a) Contexto de recepción de casos resueltos en el ESMD, con intervenciones individuales o de grupo, de cara a favorecer la generalización y el mantenimiento de los logros terapéuticos obtenidos.
- b) Dispositivo a donde derivar demandas donde los factores macrosociales -medio de vivienda, rechazo por otros, etc.- estén mediatizando el surgimiento de una queja/demanda concreta.
- c) Dispositivo de detección precoz de demandas potenciales al ESMD. Y sería este dispositivo el que se encargaría de las labores de prevención primaria, asesorado desde el ESMD. Por ello, se transforma en un agente de cambio de las prácticas conductuales que forman las dimensiones sociales del comportamiento, entendidas como práctica cultural transmitida por uso y costumbre.
- d) Dispositivo de gestión, que además de modificar prácticas conductuales, puede y debe reorientar los niveles macrosociales de la conducta -instituciones, etc.-, si bien no necesariamente alterando las prácticas concretas en su interior, pero sí reorganizando/reorientando sus líneas de actuación.

Conceptualizar nuestro trabajo comunitario de este modo, nos permitiría, sin caer en reduccionismos ni en discurs-

tos ideologizados, alcanzar tres objetivos generales:

- a) Extender estos modos de intervención a otras poblaciones: psicóticos, niños, ancianos, etc.
- b) Modificar prácticas, no ya de la mujer como población diana, sino alterar también prácticas de los varones, que estén relacionadas con aquellas de las mujeres que generan dificultades en este colectivo, de cara a mejorar la calidad de vida de la población toda, trascendiendo planteamientos sexistas e ideológico-políticos al uso, que consideramos sobresimplificaciones de nuestra realidad psicosocial actual.
- c) Plantear siquiera la consecución del objetivo final que conlleva una concepción psicosocial e interdisciplinar del quehacer de un ESMD, llevada lógicamente hasta sus últimas consecuencias: la desprofesionalización como meta deseable general de un ESMD (Casado y Perona, 1990), y como meta del psicólogo en particular (Ribes, 1982).

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987/1989). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-III-R*. Barcelona: Masson.
- BECK, A.T.; RIAL, W.Y. y RICKELS, K. (1974). Short-form of depression inventory (cross-validation). *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- BECKER, M.H. y MAIMAN, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 1, 10-24.
- BERMUDEZ, J. (1993). Prólogo. En A. Maciá; F.X. Méndez y J. Olivares (Comps.). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide (pgs. 17-19).
- BURIN, M.; MONCENAZ, E. y VELAZQUEZ, S. (1990). *El malestar en las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- CASADO, F. y PERONA, S. (1990). Notas sobre la práctica del psicólogo en los equipos comunitarios. *Apuntes de Psicología*, 30, 13-16.
- COLOM, J. (1988). Mujer y depresión: algunas consideraciones sobre la desigualdad sexual. En Instituto de la Mujer: *Mujer y salud mental*. Madrid: Ministerio de Cultura (pgs. 83-87).
- COREIL, J.; LEVIN, J.S. y GARTLY, E. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3, 3, 221-232.
- DIO BLEICHMAR, E. (1991). *La depresión en la mujer*. Madrid: Temas de Hoy.
- GIRODO, M. (1980). *Cómo vencer la timidez*. Barcelona: Grijalbo.
- HAYES, S.C. y HAYES, L.J. (1992). Some clinical implications of contextualistic behaviorism: the example of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-249.
- HERRERO, V.L.; SABANES, M.F. y PAYES, A.E. (1983). *Trastornos de ansiedad en medicina*. Barcelona: Hoechst Iberica, S.A.
- HUICI, C. (1985). Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad. En J.F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández (Comps.). *Psicología social aplicada*. Bilbao: DDB (pgs. 111-130).

- INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL (1988). *La reforma psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*. Sevilla: Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (1985). Conclusiones de las Primeras Jornadas de Mujer y Salud. En: *Mujer y salud mental*. Madrid: Ministerio de Cultura. (pgs. 91-95).
- RIBES, E. (1982). Consideraciones metodológicas y profesionales del análisis conductual aplicado. En E. Ribes. *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella (pgs. 99-120).
- RIBES, E. (1985). ¿Conductismo o marxismo?: Un falso dilema. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 11, 255-295.
- RIBES, E. (1990). Factores macro y microsociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Ponencia al II Congreso Internacional 'Latini Dies' de Asociaciones de Terapia y Modificación del Comportamiento de Países de Lenguas Latinas*. Sitges (Barcelona).
- RODRIGUEZ MARIN, J. (1992). Estilos de vida y salud. *Clinica y Salud*, 3, 3, 233-238.
- ROLDAN, G.M.; ALMEDA, N.; SANCHEZ, A.; CARRASCOSO, F.J. y ALONSO, P. (1992). Una experiencia de intervención con mujeres en un medio comunitario. *Comunicación a las I Jornadas de Intercambio entre Equipos de Salud Mental*. Ronda (Málaga).
- ROLDAN, G.M.; CARRASCOSO, F.J.; GARCIA, C.; GARCIA, P. y MAESTRO, J.C. (1991). La red de atención a la salud mental en Andalucía: Ubicación y funciones del psicólogo. *Encuentros en Psicología*, 18, 37-49.
- ROLDAN, G.M. y FERNANDEZ, M.C. (1993). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de amas de casa con problemas ansioso-depresivos. En A. Maciá; F.X. Méndez y J. Olivares (Comps.). *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide (pgs. 45-78).
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. (1970/1992). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)*. Madrid: TEA.
- VARELA, G.C. (1990). Tratamiento del síndrome del ama de casa: Un estudio piloto. *Comunicaciones del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Area 5: Psicología y Salud*. (pgs. 22-25).