

anuario de
psicología

The UB Journal of Psychology

Volumen 43
Número 2
Septiembre 2013

facultad de psicología
universidad de barcelona

ps
co
o

 HORSORI

EDITORIAL

ISSN: 0066-5126

ISSN: 1988-5253

Activando municipios para la promoción de la salud: un estudio de caso en comunidades rurales*

Pilar Monreal-Bosch
Arantza del Valle
Santiago Perera
Universitat de Girona

Desde la proclamación oficial de la promoción de la salud como objetivo de las políticas de salud pública (Ottawa, 1986), la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Así, se consideran “activos para la salud” cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar.

Este trabajo utiliza un diseño participativo centrado en el usuario entendiéndolo como sujeto activo que nos ayuda a comprender la realidad dentro de su marco de referencia. El trabajo se realiza desde la comunidad y con la comunidad en un proceso participativo en comunidades rurales y con el objetivo de capacitar, fortalecer y empoderar a las comunidades en torno al concepto de salud (WHO, 2012). Se realizaron 3 grupos focales exploratorios y 14 entrevistas en profundidad.

En los resultados se identifica cómo se define el concepto de salud por parte de los profesionales y de los usuarios y se conocen las prácticas de las personas implicadas y su sentir en relación con los activos de salud de su comunidad. Concluimos con el diseño de un plan de acción que contribuye a la promoción de la salud empoderando a su vez a la comunidad.

Palabras clave: promoción de la salud, empoderamiento, contexto-rural, participación-social.

* *Agradecimientos:* Este trabajo se ha realizado gracias al Convenio de colaboración/transferencia firmado entre Universitat de Girona y Albera Salut S.L. que a su vez lo ha firmado con DIPSALUT (Diputació de Girona). También gracias al proyecto otorgado por el Ministerio de Ciencia e Innovación EDU2010-16230.

Correspondencia: Pilar Monreal-Bosch. Grupo de Investigación: Envejecimiento, Cultura y Salud (ECiS). Departamento de Psicología. Universitat de Girona. Plaza Sant Domènec 9. 17071 Girona. Correo electrónico: Pilar.monreal@udg.edu.

Awaking municipalities for health promotion: A case study in rural communities

Since the official proclamation of the promotion of the health as an objective of public health politics (Ottawa, 1986), the attention centred on the development and promotion of the health resources for the population. Understanding for "health assets" any factor or resource that promotes individuals, communities, and populations capacity to maintain health and welfare.

The study is a user-centred design that considers participants as active subject that helps us to understand the reality inside its frame of reference. Research is carried out from the community and with the community in a participatory process in rural communities and with the objective to qualify, fortify and empower to the communities in relation to the concept of health. Three exploratory focal groups and fourteen in depth interviews were carried out.

Results identify how professionals and users defined health concept and describe people practices and feelings related to health assets of their community. To conclude with the design of a plan of action that contributes to the promotion of the health and to the community empowerment.

Keywords: Health-promotion, empowerment, rural-context, social-participation.

Introducción

El trabajo en promoción de hábitos saludables, se ha realizado desde diferentes perspectivas como señalan Ramos, Pasarín, Artazcoz, Juárez, y González (2013); Cofiño (2012), Hernán y Lineros (2009, 2010); Monreal, delValle y Tarrés (2009); Rivera, Ramos, Moreno y Hernán (2011). Desde la proclamación oficial de la promoción de la salud como objetivo de las políticas de salud pública (Ottawa, 1986), la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Este cambio de perspectiva en torno a la salud se basó en el respeto por los derechos humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar.

En la actualidad la tendencia sustentada en la protección y la prevención, que enfatiza la reducción de los factores de riesgo con el fin de detener su avance, atenuar sus consecuencias o generar barreras para la enfermedad, está dando pasos hacia el enfoque de la salud pública positiva y comunitaria (WHO, 2012) que defiende la salud como un importante recurso social y comunitario. Este nuevo enfoque se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades que se fundamentan en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y comunidades. Este enfoque metodológico trata de identificar las fortalezas de la comunidad para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto (Morgan y Ziglio, 2007; Botello, Palacio, García, Margolles, Fernandez, Hernan *et al.*, 2013). Se reconoce que cada

comunidad tiene talentos, habilidades, intereses y experiencias que constituyen un valioso arsenal que pueden utilizar y es un valor del contexto.

Este método permite iniciar un proceso de “empoderamiento”, capacitación, participación y responsabilidad, no solo individual sino también de las asociaciones ciudadanas, iglesias, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, gimnasios, comedores, etc. (Hernán y Lineros, 2009). Así, los profesionales y las personas se comprometen mutuamente en un proceso de empoderamiento, donde el papel de los profesionales es apoyar y ofrecer opciones que permiten a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud. Tanto profesionales y ciudadanos como recursos, se consideran “activos para la salud” entendidos estos como potenciadores para mantener salud y bienestar (Morgan y Ziglio, 2008). Llevar a cabo una estrategia de promoción de la salud implica necesariamente la coordinación y participación de las instituciones, los servicios y la propia ciudadanía e implica la intervención con la comunidad. En este proceso tanto la educación como la promoción de salud contemplan la participación activa de los individuos y de la comunidad como un elemento estratégico fundamental. La participación comunitaria es esencial para la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones.

Intervenir en el medio rural para fortalecer la comunidad implica necesariamente un amplio conocimiento del contexto social y una metodología de intervención rigurosa y respetuosa con las dinámicas sociales ya existentes (García y Rodríguez, 2005; Monreal y del Valle, 2010; Montero, 2006, 2003; Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz, 2012). Fortalecer a una comunidad implica reconocer sus capacidades y no quedar estancados en la visualización de sus debilidades o limitaciones. Para intervenir en una comunidad rural es necesario dedicar esfuerzos previos al conocimiento en profundidad de los significados atribuidos por la comunidad al ámbito en el que se pretende intervenir. También es necesario potenciar en la intervención social la aproximación al usuario, es decir, conocer, entender y trabajar con las personas e incorporar su sentir. Para ello es conveniente conocer el contexto de vida cotidiana, y comprender los objetivos e intereses de las personas teniendo en cuenta los aspectos de la vida cotidiana que la intervención puede llegar a substituir, cambiar o mejorar. Desde esta perspectiva la intervención social es una herramienta de ayuda a las personas y las comunidades para continuar desarrollándose, (Navarro, 2004; Monreal y del Valle, 2009, 2010; Musitu, Herrero, Cantera y Montenegro, 2004). Así se hace imprescindible reconocer el saber de las personas que viven en el ámbito rural, para proponer y priorizar una intervención ajustada a su vida cotidiana que potencie su autonomía y su participación social.

Definimos la participación social, como la manera de tomar parte en la gestión de lo colectivo y lo público, participar no es pues solamente colaborar, ni opinar sobre una determinada actuación. Coincidimos con Pindado (1999) al afirmar que participar supone un plus de voluntad de intervenir y un sentimiento

de pertenencia a un colectivo. La participación no es en sí misma una finalidad sino el medio para conseguir un objetivo. Otra manera de definir el concepto de participación es como una fuerte idea de implicación y de entrega personal que sobrepasa los límites de la presencia testimonial, para establecer cotas serias de protagonismo en cualquier nivel de análisis, diseño, gestión, decisión o evaluación de las intervenciones. Así, la participación favorece el desarrollo y promueve la autonomía, el sentimiento de pertenencia, el pensamiento crítico, y la construcción de un sistema de valores que orienta la acción. Un contexto de participación social es un contexto que promueve, permite, y valora la participación activa de sus miembros (Martín, Chacón y Martínez, 1988).

En este trabajo, hemos constatado que el interés por participar, en este caso de las personas mayores, habitantes más habituales de los municipios rurales, no solamente les permite romper con la monotonía de la vida rural, salir de casa y conectarse con el mundo exterior, sino que les facilita tomar consciencia de los problemas que les afectan como personas mayores, fomentando las relaciones sociales, potenciando la prevención y promocionando la salud. En pocas palabras promueve el envejecimiento activo (Monreal, del Valle y Tarrés, 2009).

En este artículo se muestra el proceso de participación ciudadana promovido para elaborar un plan de promoción de la salud desde la perspectiva de los usuarios implicados, favoreciendo la participación social de los ciudadanos, profesionales, personas significativas en la comunidad y representantes de instituciones políticas y sociales, en la promoción e incorporación de nuevos hábitos saludables.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Conocer cómo se define la salud por los profesionales y usuarios.
2. Identificar las prácticas de las personas implicadas y su percepción respecto de los activos de salud de su comunidad.
3. Diseñar un plan de acción que contribuya a promover su salud y a empoderar a la comunidad.

Método

En este trabajo se utiliza un diseño centrado en el usuario con la finalidad de comprender la realidad a partir de las personas implicadas, entendiéndolas de manera integral (Rodríguez, 2010). En este diseño se entiende la persona como un todo integrado en su contexto (Monreal y Vilà, 2008). El Diseño del Estudio es de carácter exploratorio y comparte los principios de la perspectiva metodológica cualitativa (Morse, 1994; Taylor y Bogdan, 1986). Esto supone más que un conjunto de técnicas, una manera de situarse delante del mundo empírico, que se caracteriza por:

1. Comprender la situación dentro del propio marco de referencia de los sujetos.

2. Considerar las personas, los grupos y los contextos como un todo, no reductible a variables.

3. Se fundamenta en un proceso inductivo, ya que parte de los datos para llegar a los conceptos que explican la realidad empírica.

Delimitación territorial

La comarca del Alt Empordà está en Cataluña, situada al noreste de la península ibérica. Al Este linda con el mar Mediterráneo, al Norte con Francia y al Oeste y al Sur linda con las comarcas de la Garrotxa, el Pla de l'Estany, el Gironès y el Baix Empordà, todas comarcas de la provincia de Girona. Esta comarca está formada por 68 municipios, de los cuales hay algunos completamente urbanos como Figueres (40.641 habitantes) que es la capital, y rurales como Palau de Santa Eulalia (91 habitantes) o Albanyà (interior 137 habitantes). Los hay costeros como Roses (20.005 habitantes) o fronterizos con Francia como La Junquera (3.020 habitantes). Los municipios más pequeños de las zonas rurales tienen, además, la característica de tener índices de envejecimiento relativamente altos, más altos que la media de la comarca.

El Área Básica de Salud de Albera Salut S.L. consta de un Centro de Atención Primaria (CAP) que está situado en el municipio de Peralada y de 13 consultorios locales de propiedad municipal, que se llaman Unidad Básica de Atención (UBA). Da servicio a 14 municipios de alrededor con una población total de 7.667 personas y una extensión geográfica de más de 200km². Con un entorno rural importante, con modelos familiares tradicionales, basados en las familias nucleares y nucleares extensas, en los últimos años ha incrementado su población por el desarrollo urbanístico de la zona y por la llegada de población foránea que aportan nuevas formas de vida.

Procedimiento

Para llevar a cabo este estudio, al inicio del proyecto, se creó un equipo interdisciplinar de gerontología, dentro del Área Básica Salud (ABS) de Peralada, formado por: un médico-gerontólogo, una persona del equipo de enfermería, una trabajadora social y dos investigadores de la UdG. La Universidad de Girona propuso como método una investigación-acción-participativa que se inició en el año 2009 y terminó en el 2012, con un enfoque cualitativo dentro de la planificación estratégica (Borja y Castells, 1997; Rodríguez, 1995), que fue aceptada por el equipo. Este enfoque requiere desde el inicio la implicación de todos los agentes que intervienen y de la población en general.

Inicialmente, se realizó un trabajo de contextualización en el que se estudiaron las características de los diferentes municipios. Para ello se realizó un DAFO

entre los miembros del equipo y agentes significativos de la zona, a partir del cual se identificaron tres territorios con características diferenciales entre ellos. Cada territorio se componía de diversos municipios relativamente cercanos con características geográficas similares, que compartían los mismos profesionales de la salud. Cada territorio lo identificaremos en adelante por el nombre del municipio más significativo, así pues el territorio 1 lo identificamos como St Climent, el territorio 2 como Vilajuïga y el territorio 3 Cabanes. Las características identificadas en los territorios se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS TERRITORIOS.

	<i>Territorio 1 San Climent</i>	<i>Territorio 2 Vilajuïga</i>	<i>Territorio 3 Cabanes</i>
<i>Descripción</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Municipio pequeño montaña. - Productores Vino. 	<ul style="list-style-type: none"> - Municipio mediano, costa. - Productores Agua. 	<ul style="list-style-type: none"> - Municipios pequeño, interior. - Productores Aceite.
<i>Amenazas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gran movimiento población vinculado. Historia campamento militar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población de diversos procesos migratorios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poca red social. - Formas vida diferenciadas.
<i>Oportunidades</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Activos socialmente. Buena y cohesionada red relaciones sociales, con iniciativas - Buena relación inter-municipios 	<ul style="list-style-type: none"> - Escuela, AMPA, Biblioteca. - Movimiento activo voluntariado. - Con iniciativa social. - Equipo farmacia activo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena disposición municipal. - Empresa Productos derivados aceite. - Proximidad geográfica entre municipios.
<i>Fortalezas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Buen tejido asociativo. - Fuerte sentimiento comunidad. - Ayuntamiento implicado. - Buena vecindad. - Farmacia a domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencia programa intergeneracional educativo. - Transporte ferroviario. - Referente cultural/turístico. - Asociaciones culturales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento social. Equipo fútbol femenino. - Programa Radio, teatro generacional - Agricultura productiva. - Equipo farmacia activo
<i>Debilidades</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Distancias geográficas. - Aislamiento social, entorno vinculado práctica militar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poca iniciativa municipal. - Poco rendimiento a historia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta red social, es muy cerrado. Mucho paro. - Poca atención cuidadores.
<i>Agentes activos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alcalde, Ayuntamiento, Médico, Voluntarios, Asociación mayores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico, Farmacéutica, Presidente AMPA, Equipo voluntarios, Ayuntamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concejal, Ayuntamiento, Equipo farmacia. Empresa local aceite. Radio Cabanes.

El conocimiento del territorio, la experiencia acumulada en el trabajo conjunto con los agentes significativos y el análisis de la información de las entrevistas y de los Grupos Focales nos permitieron organizar la intervención siguiendo los pasos siguientes: Creación de una Comisión directiva para poner en marcha el trabajo e implicar a los agentes de la comunidad y Formación del Grupo Promotor que acabará asumiendo la dirección, coordinación y ejecución del proyecto. Se realiza el trabajo de campo y recogida de información que se valida en los consejos consultivos y se crea un foro de participación ciudadana, los grupos municipales de debate, que harán junto con el consejo consultivo, el seguimiento y la evaluación de todo el trabajo. Este proceso de participación lo hemos concretado en la tabla 2.

TABLA 2. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.

<i>Contextualización</i>	El contexto de la atención a las personas mayores: <ul style="list-style-type: none"> – Marco legal e institucional. – Aspectos demográficos. – Factores generadores de necesidades. – Balance de recursos. – DAFO. Identificación de territorios.
<i>Creación Equipos trabajo</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Grupo promotor: impulsa/consolida proyecto. Se convierte en: <i>Comisión directiva plan</i>. Ayuntamiento, Equipos Salud, Universidad: dirige, coordina, ejecuta, sigue y evalúa plan. <i>Grupos municipales debate:</i> agrupan instituciones y entidades cívicas. Abiertos todas personas municipios relacionadas o interesadas tema, queriendo conseguir máxima participación. Participan todas fases: diagnóstico, propuesta acciones, ejecución de acciones acordadas, seguimiento y evaluación. – Grupo asesor de expertos externos: <ul style="list-style-type: none"> A. <i>Profesionales</i> expertos de diversas disciplinas. Función: seguimiento programa y asesorar ejecución actuaciones aprobadas. B. <i>Profesionales sanitarios.</i> – Consejo consultivo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión abierta participantes que posteriormente se auto-organizan a través representantes por municipios ▪ Tiene misión constatar eficacia y eficiencia del plan que se ejecuta.
<i>Recogida información</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevistas informales, – Entrevistas en profundidad a informantes clave, – Grupos Focales,
<i>Análisis información-propuestas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificación del concepto de salud y prácticas relacionadas. – Recogida de propuestas y sugerencias para la acción.
<i>Diseño Programa</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Objetivo global. – Retos y activos de Salud. – Propuestas de acción.
<i>Gestión-seguimiento-evaluación</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Órgano coordinador, de seguimiento y evaluación. – Órgano técnico y asesor. – Participación ciudadana.

Estrategias para generar información

1. En la fase de contextualización, se utilizó la técnica de análisis DAFO y se tuvo en cuenta los datos sociodemográficos del territorio y los recursos existentes.

2. Se realizaron entrevistas al personal sanitario de medicina y enfermería de las UBA (*Informantes clave*). Se realizaron 14 Entrevistas con un doble objetivo:

2.1. Conocer el concepto de salud y de hábitos saludables que tienen los diferentes profesionales sanitarios de Albera Salut.

2.2. Profundizar en lo que se está haciendo desde el ABS para promover la salud y recoger las propuestas sobre qué se podría hacer.

3. Se realizaron tres *Grupos Focales Exploratorios* (8-12 personas/grupo) con un *criterio territorial*, agrupando las Unidades Básicas de Atención y facilitando los desplazamientos a las personas participantes. Así tenemos el Grupo 1 representado por el municipio de S. Climent; el Grupo 2 representado por Vilajuïga y el Grupo 3 representado por Cabanes. Para seleccionar los participantes de los Grupos Focales Exploratorios, utilizamos los criterios muestrales siguientes: situación laboral (activo, en paro, estudiante, pensionista), sexo, lugar de trabajo (rural o urbano), nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, universitarios), estilo de convivencia (solo, con pareja, pareja e hijos, familia extensa), tipos de enfermedad (aguda, crónica, ausencia de enfermedad), nivel actividad (asociaciones, grupos informales, solo), UBA a la que pertenecen, inmigrantes (España, EU, resto), catalanes (autóctonos, resto-Catalunya). En total la muestra la formaron 44 participantes.

El procedimiento para el análisis de los datos fue el Método de Comparaciones Constantes y la Triangulación de los resultados generados por las diferentes técnicas e informantes. Fueron triangulados utilizando la técnica de análisis cruzado. El análisis de los resultados se realizó de manera independiente por distintos miembros del equipo investigador, de esta forma se facilitó el contraste de los análisis y se determinó el punto en el que ya no se consigue más información significativa o relevante. Para ello se utilizó el programa Atlas.ti.

Resultados

La información generada y recogida a través de las Entrevistas (profesionales de la salud) y los Grupos Focales (ciudadanos) nos permitió analizar los resultados en función de los objetivos fijados.

Objetivo 1. Concepto de Salud

En torno a este concepto constatamos que tanto el discurso de los profesionales como el de los participantes coinciden en señalar que la salud es un concepto

que va más allá del bienestar físico. Es un concepto complejo, múltiple y en el que intervienen factores psicológicos, sociales y subjetivos. Concepto subjetivo, donde interviene la percepción de encontrarse bien, de tener sentimientos de utilidad, de adaptación y de saber quién eres y dónde estás. Importancia de creerse capacitado, estar distraído, ser útil y estar satisfecho. Satisfacción dada por principios personales, por la interrelación con otras personas de todas edades. Definen la persona sociable como persona saludable.

Un estado de bienestar físico, psíquico y también hasta social, tenemos una visión holística de la persona (5 PO médico)

Los profesionales priman el bienestar como elemento subjetivo pero importante en el concepto de salud, tienen clara la idea de la salud como algo más que la ausencia de la enfermedad. Ese algo más suelen nombrarlo como algo psicológico y/o subjetivo.

La definición que funciona es bienestar psicológico, físico... pero sobre todo yo creo que el matiz importante es el bienestar, y el bienestar es estar bien. El estar bien es subjetivo, totalmente subjetivo (11 PO médico)

En este sentido tanto profesionales como participantes señalan la importancia de que los diferentes elementos de la salud se mantengan en equilibrio.

Situación de equilibrio y homeóstasis tanto en el sentido físico, como también psíquico y social. Una persona está sana cuando tiene estos aspectos resueltos: el físico, social y psicológico (3 PO médico)

Se puede tener un nivel de salud importante porque ha sabido encontrar una estabilidad en el cuerpo y en el espíritu (GFP, mujer, 60 años)

Los participantes identifican, el concepto de salud con la ausencia de dolor «encontrarse bien es que no te duela nada», 3 GSC mujer, 46 años; y la no necesidad de medicación «encontrarse bien y que no te tengas que medicar», 10 GSC mujer, 44 años. Los participantes además identifican como factores importantes para la salud elementos como la satisfacción en el trabajo, la educación y las relaciones sociales, además de elementos personales como los recuerdos y el autogobierno.

La salud es lo más importante, lo que más se necesita y es un concepto global que incluye lo físico y también lo psicológico. Se valora muy positivo tener un trabajo estable que guste y satisfaga. La educación, cultura, saber adaptarse, integrarse, poder autogobernarse, sentirse valorado y útil. Importancia de la familia y tener buenos recuerdos (GFV, hombre, 64 años)

Tanto participantes como profesionales coinciden en señalar cómo los elementos emocionales, psicológicos y sociales pueden llegar a interferir en el estado de salud.

Una persona que esté en una situación de conflicto social ya sea de pareja, del entorno o de trabajo, es una fuente de conflicto que acaba afectando a su salud (3 PO médico)

La salud también sería estar bien emocionalmente y si no estás bien emocionalmente acaba repercutiendo en la salud física (GFSC mujer, 49 años)

Por otro lado, tanto en los discursos de los profesionales como de los participantes identificamos el concepto de salud entendido como una responsabilidad individual. Este concepto de salud permite al usuario posicionarse positivamente en relación con la salud de forma abierta/activa y considerándose un agente principal en la construcción de su salud. Esta actitud es la que facilita su participación en los proyectos de promoción de la salud y en los de empoderamiento de la comunidad.

La salud yo creo que se la ha de construir uno mismo. Porque ahora parece que en el ambiente en el que estamos siempre parece que se haya de encargar de ti alguna persona: un gestor, un profesional sanitario... (7 PO médica)

Son importantes la alimentación, el ejercicio y el que puedas hacer tu..., has de hacer cosas que tú puedas hacer, que no te perjudiquen (4 GV hombre, 65 años)

También identificamos en los participantes la idea que delega la responsabilidad de gestionar la salud a factores externos fuera de su control: la suerte, la genética, los médicos.

la salud es una suerte... los hay que nacen con la suerte de tener salud y los hay que nacen con la suerte de no tener salud (6 GP hombre, 78 años)

Este concepto de salud desvinculado de la responsabilidad individual dificulta las tareas de promoción de la salud a nivel comunitario e individual.

Yo no me he cuidado nunca, ni tomo lo que me he de tomar (irónicamente) (1 GV hombre, 50 años)

Objetivo 2. Conocer las Prácticas de las personas implicadas y su Sentir en relación con los activos de salud de su comunidad

Empezaremos relatando el sentir y las prácticas de los agentes implicados, aquello de lo social que es significativo para ellas. El primer elemento que identificamos es un sentir claramente positivo vinculado a los beneficios de la vida en el *entorno rural*.

La ciudad tiene mucho que envidiar a los pueblos: los niños los llevas al colegio a pie, a mí cuando me operaron el médico vino a casa cada día a verme... (4 GV hombre, 65 años)

Tanto profesionales como participantes valoran positivamente la vida que tienen en sus pueblos, la tranquilidad, la calidad de vida, la buena vecindad y sus efectos beneficiosos para la salud.

El medio hace que enfermar sea diferente. No es lo mismo enfermar siendo muy mayor y con dependencia en un entorno social bien estructurado que de ayuda en la proximidad en un pueblecito como podría ser XX, que seguramente es más amable que hacerlo en una calle muy poblada de una ciudad muy grande (8 PO médico)

Entre estas características saludables podemos destacar la vida activa muy ligada con el contexto rural y las formas de vida que todavía dan un espacio a la persona mayor facilitando la continuidad en sus actividades significativas y altamente valoradas social y personalmente.

Mantienen un ejercicio físico porque es un valle cerrado y esto hace que siempre tengan que subir y bajar... no se jubilan nunca por tanto siempre tienen objetivos de vida de supervivencia y de calidad y las personas, a medida que son mayores no son desplazadas del papel importante que tienen en su vida, hemos de aprender de las experiencias... (8 PO, médico)

Caracterizamos las actividades en el entorno rural como vinculadas al género y con los elementos naturales, significativos.

*la mujer se juntan 4 o 5 y van a caminar a **Can Masó**, el hombre suele ir más al campo (3 PO, enfermera)*

Además los profesionales de la salud perciben al colectivo de las mujeres como un colectivo de más fácil acceso para poner en marcha diferentes propuestas encaminadas a la promoción de la salud.

Con los hombres es más complicado, pero con el sector de mujeres me ha ido muy bien (7 PO, médica)

Por otro lado, vivir en el entorno rural posibilita mantener relaciones de continuidad en el tiempo, en espacios más pequeños, más compartidos donde las formas de vida se caracterizan por ser más conocidas explícita o implícitamente. Esta cercanía la podemos identificar como un aspecto positivo para la salud en los discursos tanto de participantes como de profesionales.

En los participantes las relaciones de proximidad facilitan el establecimiento de unas relaciones sociales que en otros contextos como el urbano se establecen con mayor dificultad.

En los últimos 8 años yo vivía en la Vila Olímpica de Barcelona en un bloque enorme. Antes de venir a XX yo me despedí de dos personas cuando me fui! Y si me marchara ahora que solamente hace un año que vivimos aquí, me despediría de muchísima gente! (7 GSC mujer, 62 años)

En los profesionales permite una intervención más cotidiana en la que el profesional se aproxima activamente al usuario y esto es vivido por las dos partes como una relación natural.

La M. (farmacéutica) de S.C. cada día a la una pasa por XXX, cada día! coge las recetas un día y al día siguiente te las lleva (6 GSC mujer, 62 años)

Esto influye en las recomendaciones que los profesionales de salud perciben como más eficaces en la promoción de la salud. Los profesionales señalan la importancia de negociar sus recomendaciones a partir del marco cultural y/o los significados de las personas que viven en el entorno rural.

Por ejemplo... yo puedo calcular el riesgo y aconsejar a la persona con ítems que están definidos. Pero después me tengo que mover también con aquello que las personas serán capaces de asimilar, he de transigir o acomodar. Tengo que negociar con el enfermo, esta negociación es el arte de la medicina (11 PO, médico)

Esta cotidianidad/proximidad en la negociación permite a los profesionales un conocimiento de la vida cotidiana de los pacientes que facilita la comprensión de los diferentes significados que a veces dificultan el cumplimiento de las indicaciones médicas. Lo que permite realizar una práctica de la medicina a la carta, a la medida de cada caso.

yo siempre le decía "tenéis que comer verdura!" "Si como cada día!" "pero como puede ser, si comes verdura cada día y vas al huerto cada día, que tengas el azúcar alto?". Yo un día, que me vino bien a la hora de comer me deje caer,... Tenía un plato de verdura de judía verde y patata, pero... así, así de grande, ¿eh? pasada por la sartén, con un trozo de tocino que daba la vuelta al plato y una rebanada de pan de payés en la mano. Le dije hombre, por el amor de Dios! (2 PO, enfermero)

Aunque el modelo de medicina urbano está también colonizando las prácticas rurales de los profesionales de la salud. En este sentido se identifica la convivencia de los dos estilos de atender a la salud. Estas prácticas dejan de aprovechar las relaciones de proximidad del entorno rural para ejercer los hábitos característicos de la medicina urbana.

El sentimiento de comunidad y las dimensiones que existen en el entorno rural catalán, deja sin sentido las intervenciones que separan los colectivos, por edad, aunque este tipo de aproximación sea totalmente adecuada en un entorno

rural que tiene que atender a poblaciones mucho más numerosas. De hecho identificamos en los participantes el malestar generado al sentirse separados del resto de la población.

... ¡estamos totalmente rechazados! Sistemáticamente, no inconscientemente, hacen grupos para nosotros, autobuses para nosotros, (...) no, nosotros tenemos una necesidad brutal de interrelacionarnos con niños, con jóvenes, con adultos, de forma natural, no provocada (10 GP hombre, 65 años)

Por otro lado uno de los beneficios más señalado de la participación en actividades significativas para la comunidad es la incorporación de referentes externos y nuevas visiones, además de posibilitar espacios para construir a partir de compartir puntos de vista y complicidades.

tiene mucha influencia porque estás abierto al diálogo. De la otra manera estás cerrado en casa, no participas en nada y solo ves lo que tienes delante y de allá no sales (2 GSC mujer, 74 años)

La facilidad en la participación en las redes de apoyo incorporadas en la vida cotidiana y explícitamente reconocidas y valoradas permite recibir ayuda y apoyo, e incorporar un sentimiento de utilidad con otros que está vinculado al bienestar.

Yo creo que a veces, si te sientes apoyado y si estás ocupado te sientes útil y te sientes que te necesitan y que puedes ofrecer algo a los otros! (2 GSC mujer, 74 años)

En este sentido las asociaciones del entorno rural que suelen estar vinculadas a referentes culturales y/o al territorio, se conciben como un activo de salud a medida de cada comunidad. En estas asociaciones participa buena parte de la población y son activas.

Creamos hace un año una asociación del Alt Empordà de todo lo que es patrimonio, iglesias, piedra seca... allá haces mucha salud, dejas ir muchos problemas, hablar con la gente que no conoces de nada y porque hay una cosa en común, aquella motivación que nos mueve te da mucha alegría... (1 GV hombre, 50 años)

Estas asociaciones vinculadas a los referentes culturales son claramente identificadas como activos de salud mientras que los recursos construidos extrapolados del ámbito urbano y no necesariamente contextualizados no son sentidos como un recurso para la participación social deseada.

Y si la gente no va a los casales (co: Hogares de mayores) es porque allí no hay nada de su vida, allí no encuentran nada (8 GP hombre, 77 años)

Existe también un consenso generalizado de satisfacción, del vivir rural con una buena red social, una buena red de ayuda mutua que permite construir un sentimiento de seguridad y es concebida como un activo de salud.

lo bueno que tiene el pueblo es esto: que todos nos ayudamos entre todos (3 GSC mujer, 46 años)

¡Estamos mejor que en un bloque de pisos, porque en un bloque de pisos la mayoría no se conocen y si se conocen no se dicen ni buen día! Estás solo (8 GSC hombre, 66 años)

Objetivo 3. Diseñar un plan de acción que contribuya a promover su salud y a empoderar a la comunidad.

Una vez conocidos los activos de salud, desde las comisiones participativas creadas se acordó el proceso de cambio dirigido a empoderar la comunidad, el *Plan de Acción*. En la tabla 3 de la página siguiente, se resumen las *Propuestas de Acción* relacionadas con los retos y los activos de salud identificados y se han diferenciado teniendo en cuenta a quien van dirigidas, a los profesionales de la salud: médico-enfermera-equipo de farmacia; o a la comunidad: voluntarios-asociaciones-escuela, ciudadanos.

Este programa muestra tal y como afirman, Ramos, Pasarín, Artazcoz, Juárez y González (2013); Cofiño, Pasarín, Segura (2012); Hernán y Cisneros (2010) y Morgan y Ziglio (2007), que es posible reorientar y revitalizar la Promoción de la salud hacia modelos de acción basados en los activos para la salud, no solo pensando en los servicios de salud, sino en la potenciación de los recursos generales de resistencia para cada persona y comunidad. Como señalan Botello *et al.* (2013) y Rivera, Ramos, Moreno y Hernán (2011) la aplicación de la teoría salutogénica permite analizar e intervenir sobre la salud desde la perspectiva del desarrollo positivo y de los activos con los que la persona y sus circunstancias (la comunidad) cuentan. Este nuevo enfoque en salud pública entra en un nivel de orden superior de la prevención de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Por otro lado, el proceso de participación comunitaria está ligado a conectar la conexión de la información con la acción para generar procesos de cambio. Para lo cual es necesario el uso de las fortalezas que la comunidad tiene para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto. Tal como hemos visto, tanto la participación social como el *empowerment* son procesos de desarrollo de las comunidades, ya sea desde el desarrollo personal de sus individuos o desde el desarrollo de las potencialidades de la comunidad. De forma que es ineludible plantearnos qué consideramos como comunidad para definir el marco de nuestra intervención. La comunidad existe si la gente piensa que está en ella, que forma parte de ella y que puede actuar con ella. Se puede afirmar, por tanto, que la participación es una dimensión esencial de la comunidad.

TABLA 3. PLAN-DE-ACCIÓN.

<i>Retos/activos salud</i>		<i>Propuestas acción a:</i>	
<i>Retos</i>	<i>Activos salud</i>	<i>Profesionales salud</i>	<i>La comunidad</i>
Promover dinámicas faciliten intercambio y actualización de conocimiento entorno a salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Proximidad/historia colaboración zona frontera. – Valoración + práctica médica francesa. – Existencia redes ayuda- mutua. – Relaciones cercanía características entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> – Generar Interacción otras experiencias trans-frontereras. – Analizar/Debatir casos. – Hacer Jornada /Programa interno profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aprovechar eventos significativos para hacer actividades promoción hábitos saludables. – Actividades involucrando diferentes sectores promoción salud. – Fórum pacientes expertos. – Cursos para cuidadores. – Seminarios específicos temas salud prevalentes.
Promover actividades saludables de elementos significativos entorno.	<ul style="list-style-type: none"> – Actividad productiva vinculada alimentación (aceite, vino). – Asociaciones vinculadas gastronomía. Presencia personas significativas vinculadas a restauración. – Existencia variedad actividades vinculadas a Cultura: Festival. Internacional Perelada, Turismo: Sant Pere de Rodes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Incorporar nutricionista equipo salud para dinamizar. – Conocer/poner en valor lo particular de comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> – Gestionar/visibilizar características saludables productos tradicionales territorio. – Utilizar elementos significativos territorio para reforzar sentimiento comunidad.
Atraer personas sin-patología a promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Actividad deportiva Jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> – Día “Puertas Abiertas” para personas 35-55 años. 	<ul style="list-style-type: none"> – Organizar actividades deportivas liderada por jóvenes.

TABLA 3. PLAN-DE-ACCIÓN (CONT.)

<i>Retos/activos salud</i>		<i>Propuestas acción a:</i>	
<i>Retos</i>	<i>Activos salud</i>	<i>Profesionales salud</i>	<i>La comunidad</i>
Sumar esfuerzos para Potenciar resultados.	<ul style="list-style-type: none"> – Sentimiento de comunidad – Implicar personas significativas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Dinamizar equipo profesionales para avanzar en acciones promoción salud. 	<ul style="list-style-type: none"> – Potenciar trabajo comisiones mixtas (políticos, servicios municipales, AMPA, profesionales salud,..) creadas para Asegurar acciones coordinadas en municipio Implicándolos en actividad. – Crear sinergias instituciones, profesionales, Ayuntamientos, grupos organizados, asociaciones. – Creación comisiones mixtas. – Ampliar implicación personas/grupos.
Favorecer competencia usuario.	<ul style="list-style-type: none"> – Implicación Ayuntamientos. – Equipo Farmacia personaliza atención. 	<ul style="list-style-type: none"> – Acercar, valorar e incorporar visión del usuario. – Mantener uso relaciones proximidad práctica profesional. – Incorporar actividades promoción salud en agenda diaria profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Crear Fórum pacientes expertos. – Grupos pacientes expertos/territorio. – Grupos Municipales debate/ evaluación.

Conclusiones

Se plantea como marco de trabajo la *participación comunitaria* como “proceso de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”. El objetivo central de este proceso será buscar la participación como instrumento para fomentar la autonomía de la comunidad y mejorar sus condiciones de vida con una real y democrática participación de la ciudadanía. La estrategia de participación pretende profundizar en la “foto de salud” inicial de la comunidad uniendo los recursos más formales con los informales de la comunidad (tabla 1). Se utiliza metodología de visibilización: mapeo de activos (McKnight, 2010) adaptada: qué recursos, quienes, qué tienen.

Este trabajo coincide con la declaración de la OMS (2012) que sitúa la promoción de la salud y la prevención como estrategias de actuación esenciales y señala que las políticas europeas en materia de salud han de invertir en la mejora de la salud de la población teniendo en cuenta su ciclo vital y la promoción de la autonomía, adaptar las políticas a cambios demográficos y, fortalecer el sistema sanitario mediante la aproximación centrada en las personas. De esta forma se sitúa la promoción de la salud y la prevención como estrategias de actuación esenciales generando beneficios de salud valiosos para todos los sectores y la sociedad.

Constatamos que es posible realizar un plan de promoción de la salud más ajustado a las características del territorio, teniendo en cuenta la opinión de los propios usuarios, los profesionales de la salud, y los dirigentes locales. Facilitando el proceso de participación conseguimos su implicación en el proceso/decisiones y su empoderamiento.

A modo de conclusión, queremos señalar la necesidad del sistema de evitar las respuestas estereotipadas y estandarizadas, alejadas de los contextos de uso de los usuarios, que debilitan el contexto de relaciones y de significados en torno a la salud; y valorar de forma proporcionada los activos de salud de la comunidad, minimizando los efectos nocivos derivados de la intervención del sistema incorporando la voz/la opinión de la comunidad, sus sentires y potencialidades en su relación con la salud y hábitos de vida saludable convirtiéndoles en actores principales de los cambios. A nosotros nos ha permitido transferir el conocimiento construido a la realidad social.

REFERENCIAS

Borja, J. y Castells, M.(1997). *Local y Global. La gestión de las ciudades en la era de la información*. Madrid, Editorial Taurus

- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernandez ... Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad, *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 180-183.
- Cofiño, R., Pasarín, M.I. y Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl 1): 88-93
- Cofiño, R., Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernandez ... Nieto, J. (2012). Mapas de déficits y mapas de activos en prevención de la obesidad infantil. *Revista Pediatría Atención Primaria, Supl.*, (21):23-27.
- García, J. y Rodríguez, P. (2005). “Rompiendo Distancias” un programa integral para prevenir y atender la dependencia de las personas mayores en el medio rural. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(1): 22-33.
- Hernán, M. y Lineros, C. (2009). *Los Activos para la salud*. EASP: Granada.
- Hernán, M. y Lineros, C. (2010). Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista Fundesfam 2*. Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDESFAM%201/007revisiones.htm>.
- McKnight, J. (2010). Asset mapping in communities. En: A. Morgan, M. Davies y E. Ziglio (Eds.). *Health assets in a global context: theory, methods, action* (pp. 59-76). New York: Springer.
- Martín, A., Chacón, F. y Martínez, M. (1988). *Psicología Comunitaria*. Madrid: Visor.
- Monreal, P. y del Valle, A. (2009). IAP: Instrumento para la transformación social, Tema clave, www.Enclaverural.es, Madrid: IMSERSO.
- Monreal, P. y Vilá, A. (2008). Programa Integral de Atención a las Personas Mayores en una zona rural. *Anuario de Psicología*, 39(3): 351-370.
- Monreal, P., del Valle, A. y Tarrés, R. (2009). Hacer visible lo invisible: Peralada un estudio de caso, *Anuario de Psicología*, 40(3): 391-406.
- Monreal, P. y del Valle, A. (2010). Las personas mayores como actores en la comunidad rural: innovación y empowerment. *Athenea Digital*, 19: 171-187.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Barcelona: Paidós.
- Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Morgan, A. y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model. *Promotion & Education*, 14: 17-22.
- Morse, J.M. (1994). Designing funded qualitative research. En: N.K. Denzin y Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp.220-235). London: Sage.
- Musitu, G., Herrero, J., Cantera, L. y Montenegro, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Navarro, S.(2004). *Redes sociales y construcción comunitaria*. Madrid: CCS.
- Ottawa (1986). Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. *Revista Salud Publica Educación Salud 2001,1(1)*: 19-22.
- Pindado, F. (1999). *La participació ciutadana a la vida de les ciutats*. Barcelona: Serbal.
- Ramos, P., Pasarín, M.I., Artazcoz, L., Juárez, O. y González, I. (2013). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 27(2): 104-110.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo Salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española Salud Pública*; 85: 129-139.
- Rodríguez, V., Rodríguez, L., Sancho, M y Díaz, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(4): 174-179.
- Rodríguez, P. (1995). La investigación-acción participativa (IAP) como estímulo de la participación de las personas mayores y del voluntariado social. En P. Rodríguez y Colectivo IOÉ. *Voluntariado y personas mayores. Una experiencia de IAP*. Madrid: IMSERSO.
- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- WHO (2012). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Regional Committee for Europe EUR/RC62/9 Sixty-second session Malta, 10-13.

Artículos

**Anna Isabel García-Díaz,
Bárbara Segura, Hugo Baggio
y Carme Junqué**

Visuospatial and visuoperceptual impairment in relation to global atrophy in Parkinson's disease

**Vanessa Renau Ruiz,
Ursula Oberst y
Xavier Carbonell-Sánchez**

Construcción de la identidad a través de las redes sociales *online*: una mirada desde el construccionismo social

**Maria Forns, Teresa Kirchner,
Laia Soler y Claudia Paretilla**
Spanish/Catalan version of the Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ): Psychometric properties

Viviana Lemos
La operacionalización de constructos psicológicos en la infancia: dificultades y propuestas de superación

**Marina Romeo, Montserrat
Yepes-Baldó, Tomeu Vidal
y Joan Guàrdia-Olmos**

Why do they separate it or not? Attitudes and behaviors towards organic waste separation

**Pilar Monreal-Bosch,
Arantza del Valle
y Santiago Perera**

Activando municipios para la promoción de la salud: un estudio de caso en comunidades rurales

Eva Aguilar Mediavilla
Comparative analysis of the acquisition of syllabic structure and errors in preschool children with SLI

**Alicia Martínez-Ramos,
Maribel Peró-Cebollero,
Teresita Villaseñor-Cabrera
y Joan Guàrdia-Olmos**
Adaptación y validación del test Torre de Londres en mexicanos adultos mayores de 60 años

