

SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN PERSONAS VULNERABILIZADAS. METODOLOGÍA Y BUENAS PRÁCTICAS



SALUD MENTAL Y APOYO PSICOSOCIAL EN PERSONAS VULNERABILIZADAS.

METODOLOGÍA Y BUENAS PRÁCTICAS



Autoría:

Médicos del Mundo España

Equipo técnico:

Eva Gallego (redacción y análisis), Francisco L. Adell (análisis de datos) y Mariasole Raimondi (coordinación).

Revisión:

Consuelo Giménez, Miembro Junta Directiva Permanente – Vocalía de Gestión del Conocimiento

La investigación ha contado con la colaboración de las Sedes Autonómicas de Médicos del Mundo involucradas en el proyecto: Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Catalunya, Comunidad Valenciana, Galicia, Melilla.

Diseño y maquetación:

Alberto Sernández

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. CONTEXTO DE PARTIDA	4
2. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS	6
3. PERFIL DE TITULARES DE DERECHOS Y METODOLOGIA	7
3.1. Estrategia metodológica	8
3.1.1. Ámbito y alcance del estudio	8
3.1.2. Metodología	9
3.1.3. Aspectos evaluados con los TdD	10
3.1.4. Aspectos evaluados con los TdR	10
3.1.5. Contexto y perfiles de la investigación	11
3.5.1.1. Perfil de la muestra de TdD	11
4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS	16
4.1. Primera fase del análisis: la situación de partida	19
4.2. Segunda fase del análisis: evaluación post intervención	27
4.3. Valoraciones cualitativas	28
4.4. Buenas prácticas	30
4.5. Trabajo en Red	44
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
6. BIBLIOGRAFIA EMPLEADA	52
ANEXO 1. GRÁFICOS Y TABLAS	54
ANEXO 2. VALORACIÓN PREVIA SALUD MENTAL - SESIONES GRUPALES O APOYO PSICOSOCIAL	55
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y DE SITUACIÓN SALUD MENTAL	62

"SI QUIERES ENTENDER ALGO DE VERDAD, INTENTA CAMBIARLO"

Kurt Lewin

1. CONTEXTO DE PARTIDA

Médicos del Mundo trabaja desde hace más de 30 años en la atención sociosanitaria a diferentes colectivos en situación o riesgo de exclusión social en el Estado español (catorce comunidades autónomas y Melilla). Entre ellos, personas migrantes, en situación de prostitución, personas sin hogar, personas consumidoras de drogas ilegales, personas mayores, así como niñas y niños migrantes solos.

En este contexto, MdM considera que la salud mental está determinada por diferentes factores biológicos, sociales, económicos y medioambientales, existiendo una relación bidireccional entre condiciones de vida y salud mental. Desde esta perspectiva, los problemas de salud mental se dan en un contexto social concreto, determinado por diferentes ejes de desigualdad que se cruzan entre sí: el modelo de determinantes sociales de la salud nos enseña que la clase social, el género, la raza/etnia determinan formas diferentes de vivir y enfermar. Las desigualdades sociales abarcan más aspectos que la pobreza: implican la erosión de las redes sociales y de la participación ciudadana, la exposición al estigma o la pérdida de autoestima, entre otras. Las desigualdades sociales, además de producir resultados en salud desiguales, tienen un elevado coste emocional.

El estudio representa la continuidad de la propuesta de 2022, cuya información y propuestas técnicas han testado nuevas estrategias de intervención fomentando el trabajo en red, la participación de los titulares de derechos y la formación, sensibilización en aspectos psicosociales y culturales de la intervención para profesionales y voluntarios del tercer sector.

Las acciones llevadas a cabo en el marco del estudio son el resultado de la intervención directa con una muestra de 95 Titulares de Derechos (en adelante TdD) realizadas en ocho sedes autonómicas (en adelante SSAA) de MdM.

Las estrategias de intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial que se han llevado a cabo en el presente estudio se concretan en los distintos tipos de intervención que se describen:

- **Intervención psicológica Individual:** Se trata de intervenciones psicológicas, orientadas a la recuperación psicosocial de los y las TdD y a la reducción de los impactos vinculados a las situaciones de vulnerabilidad relacionadas con los contextos de exclusión o posibles vulnerabilidades previas.
- **Acompañamiento psicosocial:** Se plantea como una Intervención que puede ser puntual, pero implica un proceso. No es un mero seguimiento. Implica apoyo psicológico/emocional ante un proceso personal o social con impacto emocional para la persona. Tiene muy encuentra en contexto social y las estrategias de resiliencia y afrontamiento de la persona. Puede producirse en contextos informales, como en salidas de las unidades móviles, visitas domiciliarias o acompañamiento físico a recursos.

- **Talleres y espacios grupales:** El trabajo grupal es clave en la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial. En el sentido inverso, la apertura de espacios grupales puede permitir que se detecten necesidades individuales que, una vez producida la vinculación, puedan abordarse abriendo un proceso terapéutico o de acompañamiento individual. Las acciones grupales, desarrolladas en los distintos contextos de intervención, se proponen en base a las necesidades detectadas, compartidas por varios TdD. La participación en las actividades grupales es siempre voluntaria y se tienen en cuenta factores culturales, de género, identidad y orientación sexual, para asegurar la creación de espacios seguros.

Cabe señalar que los enfoques subyacentes en la intervención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial sobre los cuales se sustenta el modus operandi de MdM son prioritariamente:

- Un Enfoque psicosocial: con una especial atención al contexto de las personas y las poblaciones en las que se interviene y en las estrategias de resiliencia que las personas despliegan en contextos sociales complejos, para tratar de fortalecerlas en su intervención.
- Un Enfoque de Derechos Humanos en el que las personas vulnerabilizadas se consideran Titulares de Derechos, que en muchos de los casos son reiteradamente vulnerados.
- Un enfoque de género y feminista.
- Un enfoque antropológico que incorpore una visión transcultural de la salud mental en las intervenciones, para lo cual es imprescindible la mejora de la competencia cultural en profesionales de la salud mental y el acompañamiento psicosocial.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Desde Médicos del Mundo España (en adelante MDM) entendemos el término salud mental desde su acepción más amplia, acorde con la OMS que la define como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La salud mental es una parte esencial de la concepción amplia de salud que adopta la OMS, entendida como un estado de bienestar físico, mental y social. En esta línea, la salud mental es mucho más que la ausencia de trastornos mentales, representando una precondition para el desarrollo de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía.

A lo largo de 2022, a través de la ejecución del proyecto: Salud mental en colectivos vulnerables: contribución a la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026, se han ido generando conocimiento y propuestas de acción en cuanto a la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial con colectivos vulnerables identificando, sobre todo, necesidades específicas relacionadas con personas migrantes teniendo en cuenta la interseccionalidad en el caso de mujeres expuestas a distintas violencias vinculadas a factores de género y al propio hecho migratorio.

El objetivo principal de las intervenciones realizadas y del presente informe, es fundamentalmente, contribuir a las políticas públicas encaminadas mejorar la intervención en salud mental con personas vulnerabilizadas, en el marco de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Las líneas de acción del proyecto y los objetivos de la parte investigativa pretenden:

- Generar y socializar conocimientos resultantes de la intervención directa en Salud Mental y Apoyo Psicosocial con personas vulnerabilizadas, y de espacios de reflexión conjunta realizados entre profesionales (fundamentalmente en el marco del tercer sector).
- Fortalecer las estrategias de tercer sector a través de acciones formativas, informativas y de trabajo en red acerca de la intervención en salud mental con poblaciones vulnerabilizadas.
- Seguir generando propuestas y marcos de intervención validadas en los contextos de intervención que contribuyan a la calidad de la misma.

3. PERFILES DE TDD Y METODOLOGÍA

La Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2027 entre sus líneas estratégicas incluye, entre otras, las siguientes recomendaciones en lo que se refiere a la Coordinación (L7):

- Favorecer la creación de marcos conceptuales, operativos y éticos entre todos aquellos servicios y profesionales de los ámbitos implicados en el trabajo directo con las personas con problemas de salud mental.
- Implementar con otros organismos, organizaciones y redes asociativas, programas transversales y específicos: infantil, juvenil, género, personas mayores, personas en situación de calle, migrantes, etc.
- Incorporar en los programas de salud mental la coordinación entre los recursos públicos y los de las redes asociativas, promoviendo desde las administraciones el asociacionismo de las personas con problemas de salud mental y facilitando la información desde los servicios de atención primaria.

La pretensión inicial del estudio sería incidir en los tres aspectos mencionados, haciendo énfasis en las situaciones de vulnerabilidad que atraviesan a las personas con las que Médicos del Mundo interviene en salud mental y acompañamiento psicosocial. A través de esta línea de acción, se ha tratado testar el modelo de intervención generado a partir de la ejecución del proyecto anterior que generó un estudio descriptivo de la situación y necesidades asistenciales en salud mental de personas que pertenecen a algunos distintos colectivos vulnerables.

En este sentido, mencionar que el proyecto, ha contado con la participación, tanto de TdD, como de Titulares de Obligaciones (en adelante TdO), en su mayoría profesionales del Tercer Sector vinculados a la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial, tal y como se describe en los apartados correspondientes.

El Marco de Poder Amenaza y Significado sobre el origen y mantenimiento de los problemas de salud mental, (British Psychological Society 2018), plantea un nuevo paradigma sobre la salud mental, en base a evidencia empírica, que parte de cambiar “las preguntas” que nos hacemos para explicar los síntomas, trastornos y sufrimiento emocional que desarrollan las personas, distanciándose en parte del modelo estrictamente biomédico.

Este modelo sobre el origen y mantenimiento del sufrimiento reemplaza la pregunta inicial ubicada en el centro del modelo médico «¿Qué es lo que va mal contigo?» por otras cuatro:

- «¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo ha actuado el Poder en tu vida?)
- «¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de Amenazas representó?)
- «¿Qué sentido le diste?» (¿Qué Significado tienen para ti estas situaciones y experiencias?)
- «¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de Respuestas a la Amenaza estás usando?).

Al trasladar lo anterior a la intervención en salud mental con personas o grupo, se plantean dos preguntas adicionales:

- «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los Recursos de Poder?)
- Y para integrar todo lo anterior: «¿Cuál es tu historia?»

Este marco es acorde a los enfoques de la intervención propuestos desde MDM y por tanto ha inspirado las preguntas a responder en la intervención en Salud Mental y Acompañamiento psicosocial, con el grupo de personas del cual se ha obtenido la información que nutre el presente informe.

En este sentido, la estructura del estudio es la siguiente:

- Se profundiza en la metodología utilizada y los perfiles de las y los TdD con los que se ha trabajado en el proyecto (información sociodemográfica y situación de salud mental identificada).
- A continuación, se presenta el análisis de la información recogida en donde se describen detalladamente las evaluaciones pre y post intervención realizadas y los detalles de la muestra de TdD, así como los aspectos contemplados en dicha evaluación.
- De cara a completar la información y enriquecer las propuestas metodológicas en cada localización territorial se ha identificado y puesto en marcha una "Práctica innovadora", que ha consistido en identificar acciones grupales y/o comunitarias, que incorporaran estrategias preventivas y/o innovadoras con un posible impacto positivo en la salud mental.
- Se comparten los principales resultados de los grupos de trabajo en red estatales organizados para compartir el conocimiento generado, fortalecer el diálogo y fomentar el acompañamiento con los y las profesionales de salud mental que intervienen con colectivos vulnerables y exclusión social en el ámbito de las entidades del Tercer Sector.
- Por último, se elaboran las reflexiones finales que apuntan a generar conocimiento sobre la validez de la propuesta metodológica y los posibles impactos positivos de las estrategias de intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial realizadas.

3.1. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1.1. ÁMBITO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

El alcance del estudio es estatal, recopilando la información de las distintas localizaciones de las sedes autonómicas de Médicos del Mundo: Tenerife, Vigo, Melilla, Mallorca, Valencia, Zaragoza, Barcelona y Almería. Con respecto al año anterior, se mantienen las mismas comunidades autónomas, añadiendo Almería y Barcelona como sedes de ejecución, y en el caso de Canarias la intervención se traslada de Gran Canaria a Tenerife.

En este sentido indicar que:

- La elaboración del estudio se ha producido a lo largo de los 12 meses que transcurren desde la firma de la aceptación de la concesión del proyecto en el que se enmarca.
- El testeo de las intervenciones directas con los TdD y La recogida de información de los cuestionarios se ha llevado a cabo desde febrero a diciembre de 2023.
- La discusión de los datos preliminares con las y los profesionales implicados en el proyecto se produce, a través de diversas reuniones en formato online.
- El espacio de discusión en el marco de un encuentro de trabajo en red con profesionales del tercer sector se llevó a cabo en noviembre de 2022.

3.1.2. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta investigación se ha utilizado el método de la triangulación metodológica. Entendemos ésta como un procedimiento que consiste en recoger y analizar datos, desde distintos ángulos, a fin de contrastarlos e interpretarlos (Estévez, Arroyo y González, 2006; Ruiz, 2015).

Las distintas fases de la investigación pretenden obtener resultados que ofrecen información útil en dos sentidos. En la primera, se permitirá a los actores políticos y a profesionales contar con información actualizada sobre una problemática de interés general que requiere medidas específicas. En la segunda, se permitirá intervenir sobre las causas que producen o incrementan el malestar detectado.

Las técnicas utilizadas han sido:

El presente estudio recoge información tanto de profesionales como de TdD involucrados en intervenciones psicosociales. La principal herramienta de recogida de información son las entrevistas previas y posteriores a intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial realizadas por profesionales de la psicología y técnicos de intervención social. La figura de la mediación intercultural también ha apoyado siempre que ha sido necesario. Las entrevistas semiestructuradas se han basado en cuestionarios psicosociales prediseñados que han permitido recoger información sobre impactos mentales, síntomas generales y específicos y estrategias de afrontamiento desplegadas por las personas entrevistadas.

Las personas que han conformado la muestra han participado en las actividades propuestas en dos niveles según sus necesidades:

- Intervención más individualizada y/o de proceso: En estos casos además de participar en acciones grupales y/o de acompañamiento psicosocial, las personas han tenido un seguimiento psicológico individual de mínimo 3 o 4 sesiones. En estos casos las entrevistas pre y post de recogida de información la realizaron profesionales de la psicología como parte del proceso de intervención personalizada.
- Intervenciones puntuales y/o de acompañamiento psicosocial: Se trata de intervenciones basadas en acompañamientos en contextos más informales, e intervenciones más puntuales en espacios grupales. En estos casos, las entrevistas las realizó un perfil más amplio de profesionales psicosocial, incluyendo voluntariado.
- En cuanto a los cuestionarios diseñados, respondiendo a este doble perfil se han realizado dos modelos distintos uno más sencillo y genérico para las personas con una intervención más puntual y otro más amplio para aquellas personas con intervenciones más integrales con seguimiento psicológico individual.

3.1.3. ASPECTOS EVALUADOS CON TDD

A nivel general se han evaluado:

- Factores de vulnerabilidad para la salud mental
- La posible presencia de sintomatología relacionada con la exposición a experiencias traumáticas e intensidad de la misma.
- Síntomas ansioso- depresivos de diverso tipo, tanto conductuales como cognitivos, emocionales y/o somáticos.
- Factores de resiliencia y estrategias de afrontamiento desplegadas por las personas entrevistadas en su día a día.
- Problemas de consumo de sustancias.
- Percepción subjetiva de bienestar emocional y satisfacción con las actividades desarrolladas.
- Adherencia a recursos relacionados con la salud mental el acompañamiento psicosocial tanto en el ámbito público como en el tercer sector.

Según perfiles específicos:

- Además de las dimensiones anteriores, dependiendo de determinados perfiles se ha querido recabar también alguna información específica:
- Con personas migrantes: Aspectos vinculados con el Duelo migratorio (momento del duelo en el que se encontraban, estrategias de adaptación, y detección de duelos complicados o extremos) (Sayed Beirutí, 2007)
- Con personas mayores: Se ha valorado el nivel de Autonomía, su valoración cognitiva y emocional, fragilidad, prefragilidad y dependencia.
- Con personas en situación de sinhogarismo: Problemas de salud asociados, adherencia a recursos y habilidades sociales y vida diaria.

En el caso de la evaluación pre y post intervención con TdD, se han realizado análisis estadísticos acordes al tamaño y características de la muestra. Antes de proceder al análisis de datos, se examinaron los datos faltantes, así como los valores atípicos. No se encontraron datos atípicos, y los datos faltantes del estudio estuvieron por debajo del 1%, no suponiendo un problema para los análisis. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 25.

Los cuestionarios incorporan algunas preguntas abiertas y algunas adaptadas de test y cuestionarios estandarizados (no se usan test psicométricos, por el objetivo del estudio y por el perfil de las personas entrevistadas, considerando que la mayoría no cuentan con validación transcultural).

La satisfacción de las Titulares de Derechos se recopiló también a través de formularios y entrevistas semiestructuradas.

En el Anexo I se incluyen los formularios iniciales en Word que fueron adaptados al formato de Formulario online para facilitar la recopilación y el análisis de la información.

3.1.4. ASPECTOS EVALUADOS CON TITULARES DE OBLIGACIONES (TDO)

En el caso de los y las profesionales intervinientes, y también del voluntariado involucrado, en el proceso se ha recogido información sobre su percepción sobre el impacto y las dificultades derivadas de la intervención en sus distintas modalidades, así como su valoración sobre el desarrollo de prácticas innovadoras. La información se ha recogido a través de reuniones periódicas y entrevistas en profundidad.

3.1.5. CONTEXTOS Y PERFILES DE LA INVESTIGACION

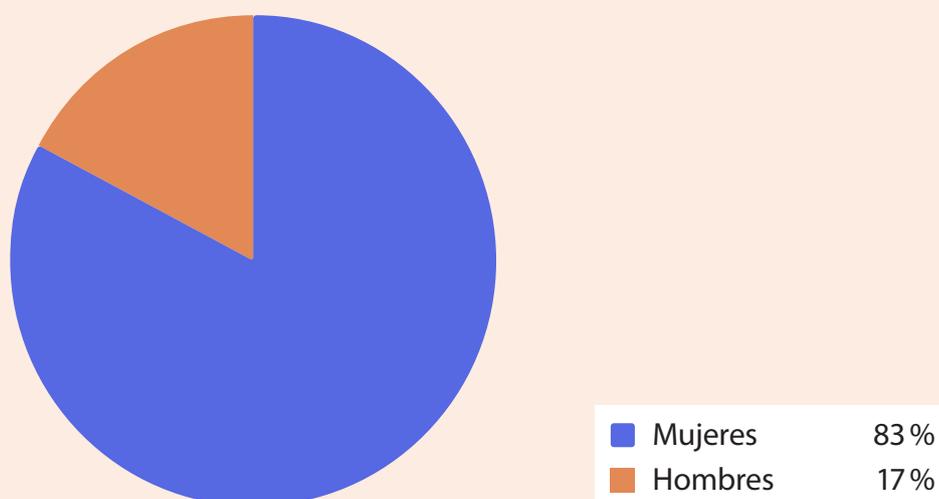
3.1.5.1. Perfil de la muestra de TdD

- **Mujeres en contextos de prostitución:** En estos casos hablamos de mujeres en situación de prostitución un porcentaje de las cuales, están identificadas o podrían estarlo como víctimas de Trata. Se ha trabajado con este perfil de mujeres, en el marco del proyecto, tanto en Cataluña como en Baleares.
- **Mujeres migrantes en situación de vulnerabilidad:** Aunque este es el perfil mayoritario en el grueso de la muestra, en el caso de Aragón o Melilla las intervenciones se han centrado fundamentalmente en este perfil. Se trata de mujeres con procesos migratorios complejos y expuestas a diversas violencias y a barreras de acceso a los recursos de salud.
- **Personas en contextos de sinhogarismo:** Fundamentalmente se ha trabajado con este perfil en la comunidad Valenciana, Galicia, y Tenerife, en este último caso, el perfil era sobre todo de mujeres en esta situación.
- **Personas mayores en contextos de aislamiento social:** Con este perfil se ha trabajado específicamente en Almería, en barrios con múltiples problemas de exclusión social en los que el componente de aislamiento y las dificultades de transporte y desplazamiento incrementaban la vulnerabilidad psicológica y emocional de personas mayores solas con las que Médicos del Mundo venía interviniendo en acompañamiento social.

PERFIL DE GÉNERO

Dependiendo de la situación social, el perfil de género también cambia, siendo por ejemplo mayor el número de hombres en el perfil de personas en situación de sinhogarismo, En el caso de contextos de prostitución, el porcentaje de mujeres es mucho más alto.

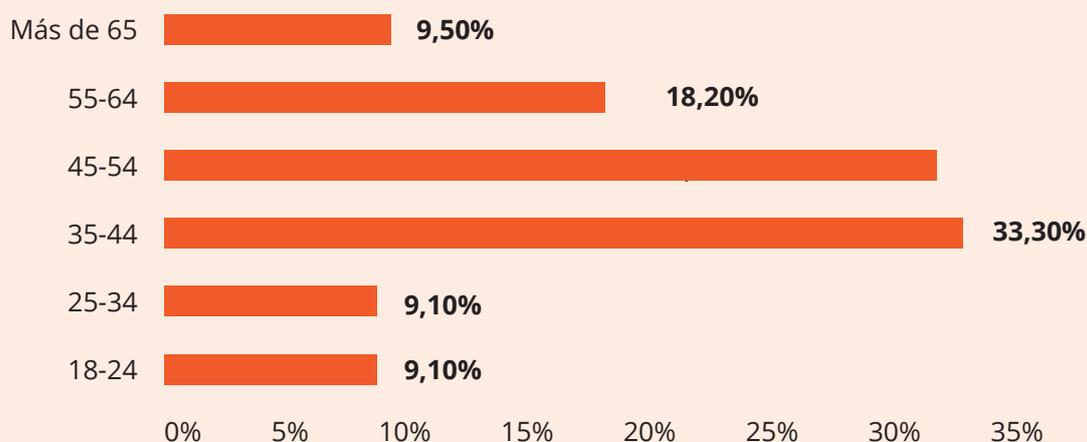
GRÁFICO 1: GÉNERO



PERFIL DE EDAD

Los porcentajes en cuanto a edad, como se muestra en el Gráfico 2, son diversos, siendo en este caso todas las personas participantes mayores de edad. Como diferencia con respecto al estudio de 2022. En este año no se incluye el perfil de infancia migrante no acompañada, y en cambio. Se incorpora el de mayores de 65 años. No obstante, el grueso de la muestra lo han compuesto personas en edad laboral. Más del 60% de las personas participantes se encuentran en la franja, entre los 25 y los 64 años.

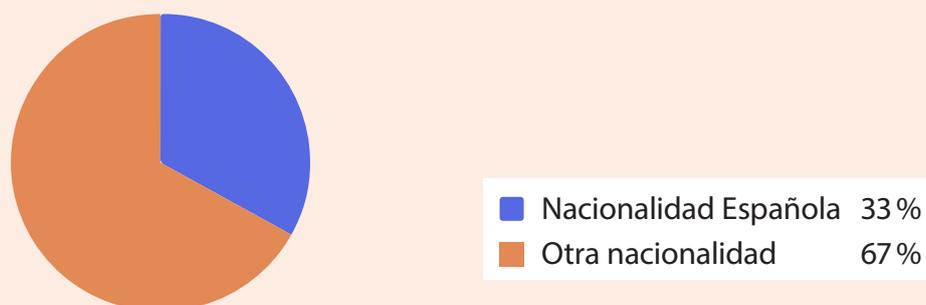
GRÁFICO 2: PARTICIPANTES POR EDAD



ORIGEN

Como aspectos a destacar en el perfil de TdD participantes, es importante señalar que El 67% tienen en este momento una nacionalidad distinta de la española. El 33% de personas españolas en cuanto a contextos de vulnerabilidad, se corresponde casi exclusivamente con personas en situación de sinhogarismo y personas mayores en contextos de exclusión. Dentro del perfil de personas migrantes, los países de origen más representados son: en orden de frecuencia: Colombia, Venezuela y Marruecos.

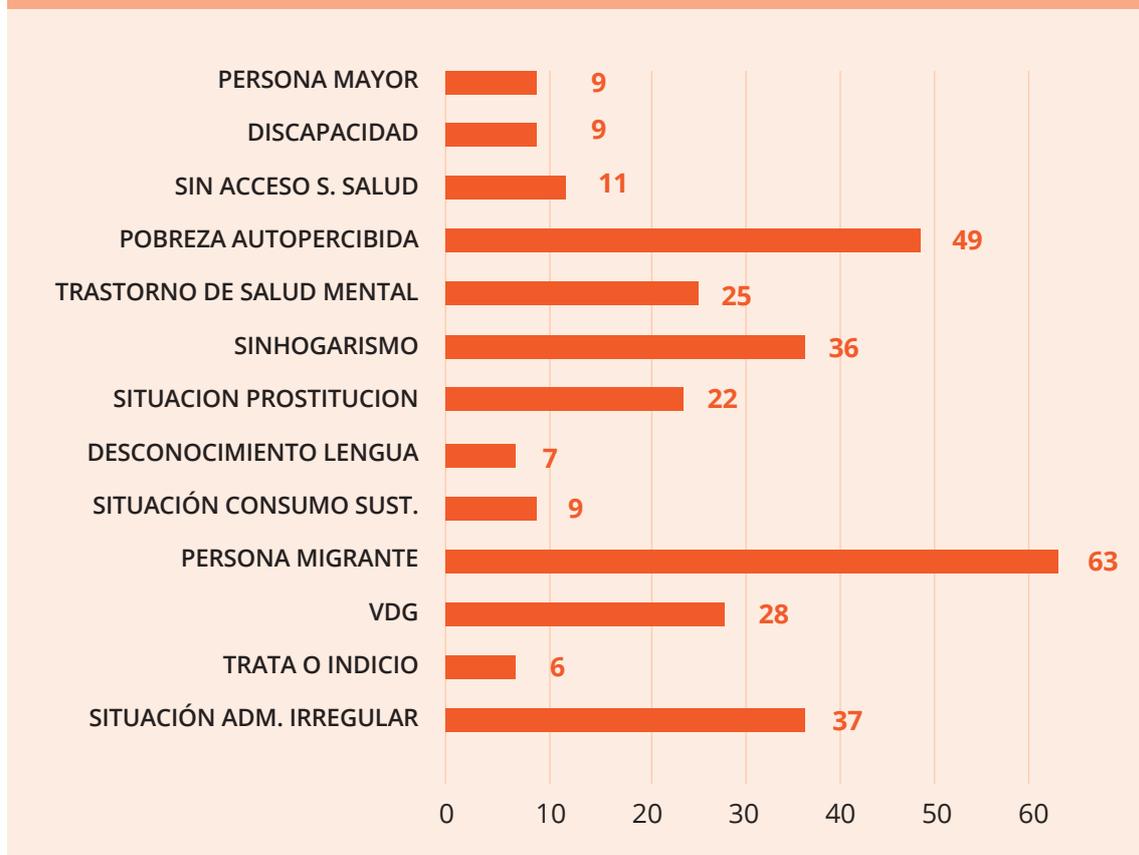
GRÁFICO 3: PARTICIPANTES POR ORIGEN



FACTORES DE VULNERABILIDAD

Entre los factores de vulnerabilidad para la salud mental que presenta la muestra, destacan el propio proceso migratorio en contextos complicados que afecta a dos tercios de la muestra, seguido de la pobreza autopercibida, que afecta a más de la mitad de la muestra y la situación de sinhogarismo que afecta a más de la mitad de las personas participantes. La cuarta parte de las personas participantes contaban con algún diagnóstico previo en salud mental. Destaca también que 38 de las 95 personas reconocen haber vivido situaciones de violencia de género, probablemente esta cifra sea más alta si sumamos las 6 mujeres con probables indicios de Trata y las 22 en situación de contexto prostitucional caracterizado habitualmente por la exposición a múltiples violencias vinculadas al género.

GRAFICO 4: FACTORES DE VULNERABILIDAD

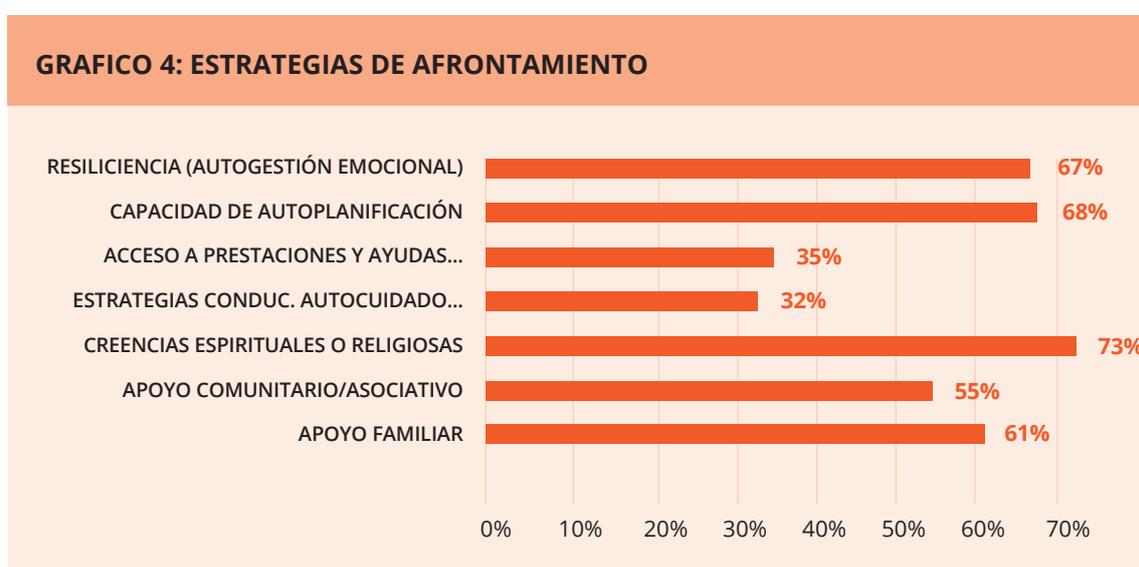


FACTORES DE PROTECCIÓN / RESILIENCIA

Tal como adelantamos tanto en el informe como en la guía metodológica de 2022, así como en apartados anteriores, parte de la aplicación de un enfoque psicosocial, implica poner el foco en la resiliencia, tratando de identificar las estrategias de afrontamiento que las personas en contextos sociales tan extremos y/o en situaciones de vulnerabilidad, despliegan para sostenerse emocionalmente y para preservar su dignidad.

El objetivo es, por un lado, identificar dichas estrategias para reforzarlas en las intervenciones y el acompañamiento psicosocial, y por otro, poder comprobar si tras las intervenciones propuestas, se produce algún cambio o se incorporan nuevas estrategias.

En el siguiente gráfico podemos observar las estrategias más frecuentemente identificadas al inicio de las intervenciones.



La estrategia de afrontamiento más expresada por los participantes han sido las creencias espirituales y religiosas, lo que no siempre es tomado en consideración en los sistemas públicos de salud y hace relevante la coordinación con referentes culturales, espirituales y religiosos, y conocer su papel en el apoyo psicosocial a las poblaciones más vulnerables.

Los siguientes factores destacados en las entrevistas con TdD, serían por un lado la capacidad de planificación, y aspectos más internos como estrategias de resiliencia desplegadas a nivel emocional por las personas, en las que nos detendremos a continuación.

El apoyo familiar es señalado por el 71% de las personas (incluso encontrándose, esos familiares que dan soporte, en otro país en muchos casos).

Un tercio de las y los TdD, refieren el acceso a prestaciones y las estrategias conductuales como el ocio y el deporte como sus estrategias de afrontamiento habituales.

Entrando al detalle, de las creencias espirituales, como estrategia común de afrontamiento, en las personas entrevistadas. La descripción de las personas entrevistadas sobre los aspectos religiosos y espirituales como factor de protección, arroja las siguientes tipologías, no todas excluyentes:

- Creencia en Dios como consuelo que otorga sensación de compañía y protección (independiente de la religión concreta)
- Iglesia evangélica, o católica como comunidad de apoyo.
- Templo como lugar seguro (personas cristianas y musulmanas)
- Islam, como fuente de confianza y fe en el futuro.
- Espiritualidad no religiosa, creencia en el destino. Valores universales como guía.

4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS

Durante el ejercicio de 2022, se ejecutó desde Médicos del Mundo a nivel estatal el proyecto: **“SMAPS 2022: Salud mental en colectivos vulnerables. Contribución a la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”**.

Dicho proyecto, entre otras acciones, tuvo como resultados:

- El informe de investigación: Salud Mental en poblaciones vulnerabilizadas (Médicos del Mundo 2022).
- La guía metodológica: Acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada (Médicos del Mundo 2022).

Entre las conclusiones y propuestas extraídas tanto del estudio como de la guía podemos destacar las siguientes:

- En cuanto a la muestra de Titulares de Derecho (en adelante TdD), con la que se venía trabajando:
 - Mas del 75 % de la muestra eran personas migrantes. En su mayoría mujeres.
 - Se detectaron problemas de consumo de sustancias como estrategia disfuncional de afrontamiento en los perfiles vulnerables de menores no acompañados/as y personas sin hogar.
 - Se detectaron de forma consistente, síntomas de Ansiedad cronicados y sintomatología compatible con TEPT complejo en mujeres expuestas a distintas formas de violencia.
 - Se identificaron Duelos migratorios complejos en la gran mayoría de las personas migrantes, bien por las condiciones en las que se produce el hecho migratorio, o bien por el contexto de vulnerabilidad en el país de acogida.
 - Un alto porcentaje de la muestra había estado expuesto a situaciones potencialmente traumáticas.
- En cuanto a las barreras detectadas en el acceso al Sistema de atención a la Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se identifican:
 - Barreras estructurales del propio sistema de salud: Como el retraso en la cita y la corta duración de las citas, pero que tienen un impacto mucho mayor en las personas vulnerabilizadas.
 - Barreras específicas vinculadas a la aceptabilidad de los servicios: Estigma vinculado a las situaciones de exclusión social, no adaptación cultural y/o idiomática de los servicios relacionados con la salud mental, déficit de coordinación entre recursos genéricos y específicos, e incluso situaciones de alta en urgencias de salud mental sin un lugar adecuado para la recuperación posterior. En base a la información obtenida se plantea una propuesta metodológica en Salud Mental y acompañamiento psicosocial que se caracteriza por el énfasis en distintos aspectos no siempre presentes en el sistema nacional de salud:
 - El duelo migratorio y el estrés aculturativo en sus múltiples dimensiones. Especialmente poniendo el foco en posibles Duelos migratorios complejos en el caso de personas migrantes en situaciones de mucha vulnerabilidad.
 - Las violencias de género y sus impactos interseccionales sobre todo en contextos migratorios complicados y en contextos de violencia estructural como el caso de los contextos prostitucionales.

- El duelo migratorio y el estrés aculturativo en sus múltiples dimensiones. Especialmente poniendo el foco en posibles Duelos migratorios complejos en el caso de personas migrantes en situaciones de mucha vulnerabilidad.
- Las violencias de género y sus impactos interseccionales sobre todo en contextos migratorios complicados y en contextos de violencia estructural como el caso de los contextos prostitucionales.
- La incorporación de un enfoque sensible al trauma como marco en el que interpretar estrategias disociativas y conductas compensatorias aparentemente disfuncionales en los y las titulares de Derecho.
- Las recomendaciones planteadas tanto en el informe como en la guía antes mencionadas, a modo esquemático son las siguientes:

1. TRABAJAR EN RED Y CONOCER RECURSOS COMUNITARIOS: Es imprescindible establecer mecanismos de coordinación, tanto con el sistema nacional de salud, como con el tejido social del territorio donde las personas en situación de vulnerabilidad necesitan establecer lazos comunitarios. El proyecto del que parte el presente informe incorpora también información obtenida a través de la generación de dichos espacios.

2. IDENTIFICAR FACTORES DE RESILIENCIA: Desde un enfoque psicosocial, es importante ser conscientes no solo de los posibles Impactos traumáticos que las personas pueden presentar, si no, sobre todo de los factores de resiliencia y de protección: lo que permite a las personas con problemas de salud mental seguir adelante y que el personal profesional puede reforzar desde la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial. En este informe, estos factores se evaluaron durante el proceso de intervención y de recogida de información.

3. AMPLIAR LA MIRADA, TENER EN CUENTA EL CONTEXTO: Hay muchos motivos detrás de la falta de adherencia. Para muchas personas vulnerabilizadas, la confianza en personas e instituciones está dañada por malas experiencias previas. En muchos casos además al tratar de acceder a servicios sociales o sanitarios se enfrentan al estigma, a determinados prejuicios y a un importante desconocimiento de los condicionantes del contexto. Por eso, en este estudio se presta especial atención a la adherencia a distintos recursos, sobre todo públicos y/o del tercer sector.

4. ESTABLECER OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN REALISTAS TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO: El ajuste de expectativas es relevante, si hablamos de las expectativas de los y las TdD, sobre la atención en salud mental y apoyo social, y muy especialmente de los Titulares de obligaciones (en adelante TdO), que establecen los objetivos con las personas. El presente estudio, pretende contribuir a ese ajuste de expectativas, determinando los impactos positivos de la intervención en la salud mental de personas en distintos contextos de vulnerabilidad.

5. ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA: Constituye una de las peticiones más repetidas en las entrevistas y grupos de discusión realizados en 2022 pero también en el contexto del estudio de 2023. Esto es porque las personas que atraviesan situaciones complejas necesitan espacios de escucha adecuados para poder exponer las situaciones de exclusión y vulnerabilidad y que condicionan la intervención. Es por ello, que el presente informe recoge resultados de una combinación de intervenciones en Salud mental y acompañamiento psicosocial, adaptada a cada TdD y sus necesidades concretas.

6. CREACIÓN DE VÍNCULOS SEGUROS, CONFIDENCIALIDAD Y COMPRENSIÓN:

Porque es el único marco posible en el que trabajar las secuelas de situaciones de violencia, estigma desigualdad y en general, de trauma acumulativo. Al incluir la presente investigación la valoración de los y las TdD sobre las intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial, ponemos el foco en su percepción al respecto de esos vínculos.

7. FACILITAR LA GENERACIÓN DE ESPACIOS INFORMALES Y GRUPALES: Estos espacios constituyen contextos seguros donde reforzar lazos de pertenencia y fomentar los factores de resiliencia. En el testeo metodológico que recoge el presente informe, se han incluido actividades grupales en todos los territorios y con todos los perfiles de vulnerabilidad, además se han detectado “prácticas innovadoras” con un componente grupal y/o comunitario con un potencial efecto positivo en la salud mental.

8. CONTAR CON MEDIADORES/AS INTERCULTURALES: Es importante recalcar la importancia de esta figura y la necesidad de fortalecerla. En el presente proyecto, se han facilitado espacios de formación en intercambio con mediadoras/es e intérpretes. No debemos olvidar que constituyen una estrategia indispensable para mejorar la competencia cultural en los recursos de salud mental.

9. NO JUZGAR. Es indispensable revisar prejuicios y no imponer una visión occidentalizada y etnocéntrica. Para ello es importante Trabajar la sensibilización y luchar contra el estigma.

10. FORMARSE EN COMPETENCIAS CULTURALES. Es importante para las personas que intervienen y salud mental ser conscientes de los propios valores, creencias, significados y perspectivas influidos por la propia cultura y que enmarcan la intervención profesional. Es clave posibilitar la participación de las personas migrantes en la toma de decisiones relacionadas con su salud, teniendo en cuenta su contexto cultural. Para todo ello es indispensable el trabajo en red y la coordinación de todos los recursos que intervienen en contextos tan complejos, y con tantas interseccionalidades como aquellos en los que las personas más vulnerables tratan de sobreponerse a distintos impactos en su salud mental. El proyecto que enmarca la investigación ha generado espacios formativos centrados en mediación e interpretación, así como espacios de trabajo en red con entidades involucradas en la intervención en SMAPS en contextos de diversidad cultural.

Del estudio y recomendaciones elaboradas a lo largo de 2022, se generó la necesidad de seguir profundizando en las herramientas generadas, tratando de testar las estrategias de salud mental detectadas en los estudios elaborados. En este contexto, el proyecto pretende fortalecer la capacidad de respuesta del SNS en este ámbito con una estrategia combinada de gestión del conocimiento y fortalecimiento del Tercer Sector de Acción Social.

Los cuestionarios a TdD sobre su salud mental y ajuste psicosocial recogían información sobre factores de vulnerabilidad y sintomatología detectada en el momento actual y en etapas anteriores de las personas encuestadas. Así mismo, tal y como hemos detallado en apartados anteriores se ha puesto énfasis en recabar información sobre estrategias de afrontamiento y factores de resiliencia, así como de aspectos específicos, como el duelo migratorio, o la sintomatología traumática o el deterioro cognitivo que pudieran estar vinculados a contextos específicos, como las migraciones en situaciones extremas, los contextos de prostitución y sinhogarismo, o el envejecimiento en contextos de aislamiento social, entre otros.

Una vez extraídos los primeros datos, se consideró relevante relacionar determinadas variables entre sí, para observar, como influyen contextos o factores sociales en la presencia o no, de síntomas relacionados con la salud mental o estrategias de afrontamiento.

Se realizaron análisis descriptivos, análisis de frecuencias y correlaciones, así como pruebas de normalidad en las diferentes variables del estudio. Por el tamaño de la muestra, se realizan las pruebas de normalidad a partir del estadístico de Shapiro-Wilks, obteniendo que algunas de las variables analizadas no se distribuían normalmente.

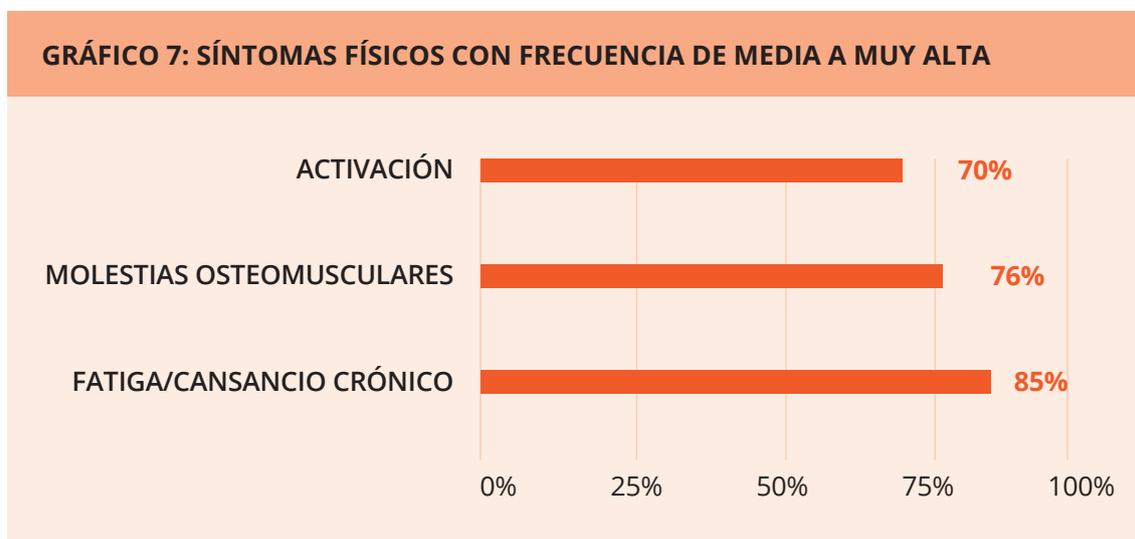
Para el análisis de la relación entre las variables se utilizaron pruebas no paramétricas: el estadístico U de Mann-Whitney y el estadístico Chi-cuadrado de Pearson, en función del tipo de variable. Para el análisis de las diferencias entre las medidas pre y post se utilizó el test de Wilcoxon. En todas las pruebas se aceptó un nivel de significación de $p < .05$, a partir del cual considerábamos que existía relación entre las variables analizadas.

4.1. PRIMERA FASE DEL ANÁLISIS: LA SITUACIÓN DE PARTIDA

La primera entrevista semiestructurada con TdD, así como la primera recogida de datos, se produce antes del inicio de las intervenciones psicosociales. En ese análisis previo se obtienen algunas impresiones interesantes de cara a las siguientes características de la muestra de personas entrevistadas.

SÍNTOMAS FÍSICOS

Dados los contextos de vulnerabilidad en los que se realizaba la intervención y teniendo en cuenta una perspectiva transcultural, resultaba relevante identificar también síntomas somáticos, que no estuvieran asociados a ninguna patología física concreta. En el siguiente gráfico se recogen los síntomas con mayor prevalencia en la muestra.

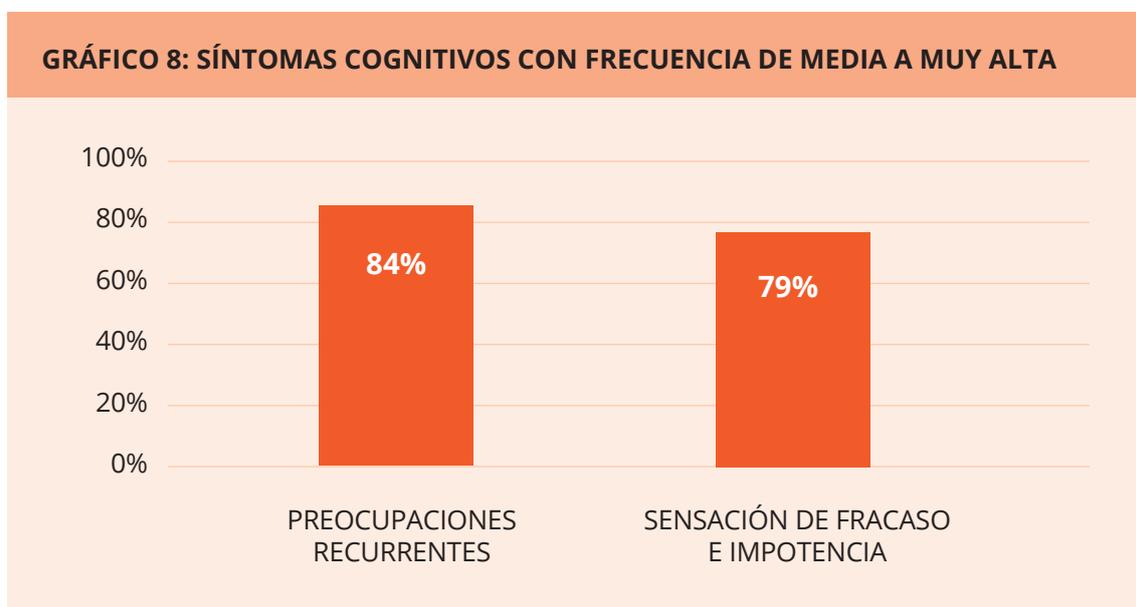


Los resultados que muestra el gráfico son bastante significativos, encontrándonos con que el 85% por ciento de la muestra reconoce síntomas de fatiga y cansancio crónico, que pueden estar vinculados a la exposición constante a estresores múltiples propios de los contextos de vulnerabilidad y exclusión social. Además, el 76% de las personas entrevistadas referían la presencia frecuente o muy frecuente de molestias osteomusculares en el último mes.

El 70% reconocía síntomas de mucha activación nerviosa, inquietud y desasosiego, de forma, frecuente o muy frecuente.

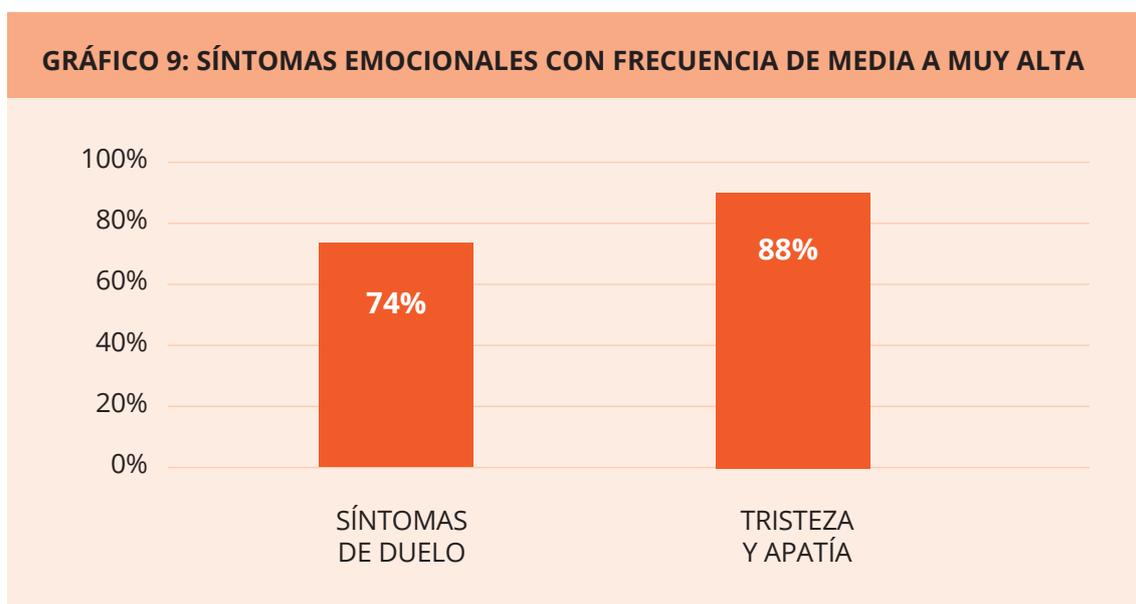
SÍNTOMAS COGNITIVOS

A nivel cognitivo, los síntomas mentales o cognitivos detectados en las personas participantes están ligados al contexto social que enmarca el día a día de estas personas en contextos complejos y vulnerables. El 84% manifiestan preocupaciones recurrentes y casi el 80% una sensación frecuente o muy frecuente de fracaso o impotencia.



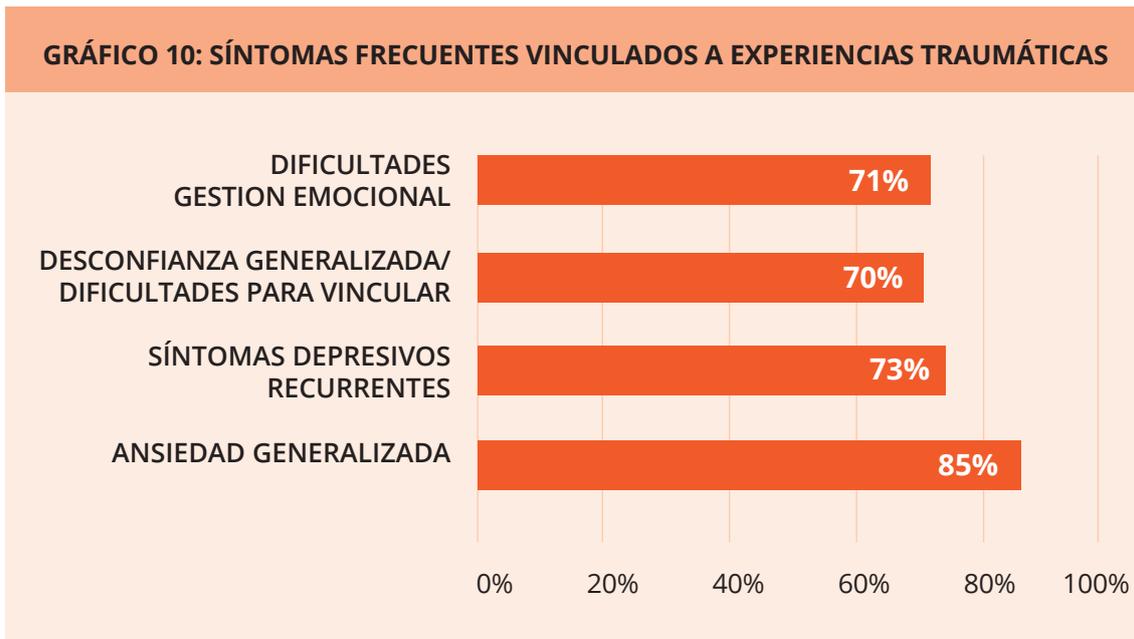
SÍNTOMAS EMOCIONALES

A nivel emocional, el 74% de los y las Titulares de Derecho manifiestan síntomas de duelo durante las entrevistas, ya sea duelo migratorio, o duelos relacionados con pérdidas personales o vinculadas a un estatus social anterior. Un 88% de las personas encuestadas manifiestan con frecuencia alta o muy alta tristeza y apatía en el momento previo al inicio de la intervención.



EVALUACIÓN ESPECÍFICA: SÍNTOMAS VINCULADOS A EXPERIENCIAS POTENCIALMENTE TRAUMÁTICAS

En base a los resultados del informe “Salud Mental en población vulnerabilizada” Médicos del Mundo 2022, muchos de los síntomas adaptativos identificados en la muestra de TdD estaban relacionados con experiencias traumáticas y/o episodios de violencia sufridos en los últimos 6 meses. Por eso, en el cuestionario inicial se intentó detectar cómo las personas entrevistadas habían estado expuestas a experiencias traumáticas y se exploraban síntomas relevantes (Echeburúa E. y col 2017)



En la muestra de TdD, el 72 % de las personas entrevistadas relatan haber vivido experiencias traumáticas en su trayectoria vital en las que han visto peligrar su vida, su integridad o la de personas cercanas.

Tal y como se refleja en el gráfico, Los síntomas más frecuentes vinculados a estas experiencias son: ansiedad generalizada, dificultades en la gestión emocional, síntomas depresivos recurrentes y dificultades para vincular. Son ejes de síntomas que corresponden con los reconocidos para el Trastorno por estrés postraumático e incluso con indicadores de Trauma complejo (Herman, 1992).

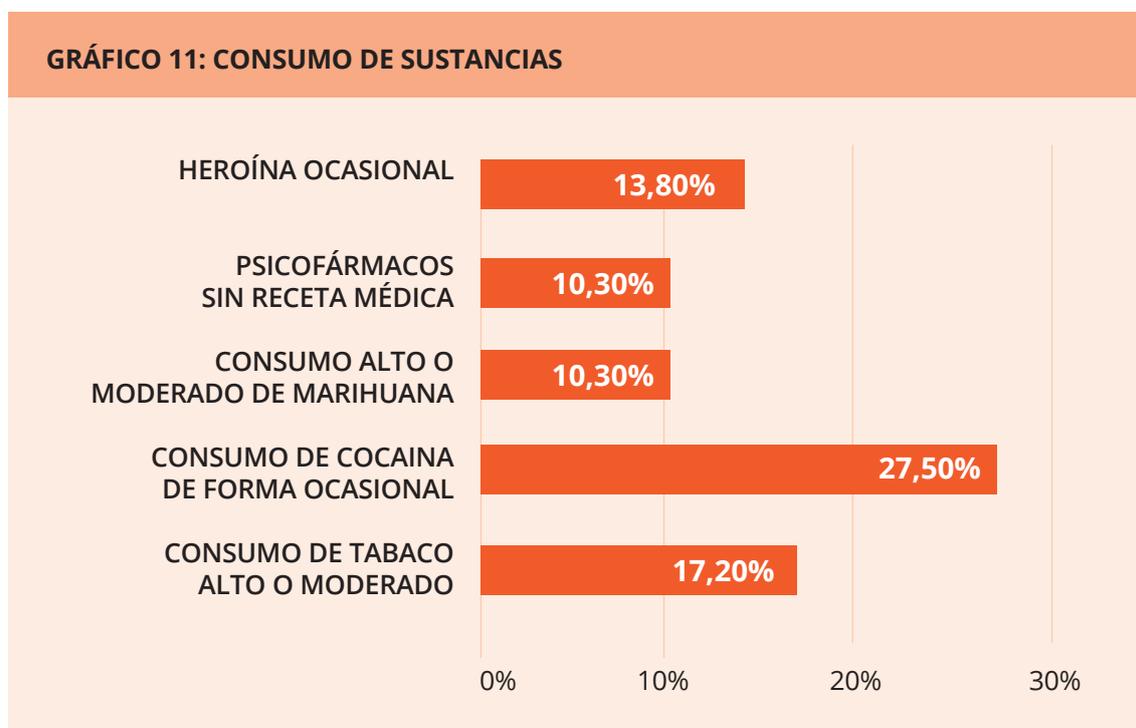
Respecto a las relaciones encontradas entre los factores de vulnerabilidad y la sintomatología, encontramos que ser persona en situación de consumo activo explica en mayor medida que el resto de los factores la sintomatología de tipo conductual (nerviosismo, aislamiento, etc.). Igualmente, los trastornos de salud mental explican de forma estadísticamente significativa los síntomas cognitivos (preocupación recurrente, sensación de fracaso, etc.) y la sintomatología traumática.

Incluyendo el género como factor de análisis al respecto, realizando el cruce de variables nos encontramos con dos datos interesantes:

- Las mujeres de la muestra informan de mayor número de vivencias traumáticas en el pasado que los hombres.
- Los hombres de la muestra refieren recurrir más al consumo de sustancias como mecanismo de regulación que las mujeres.

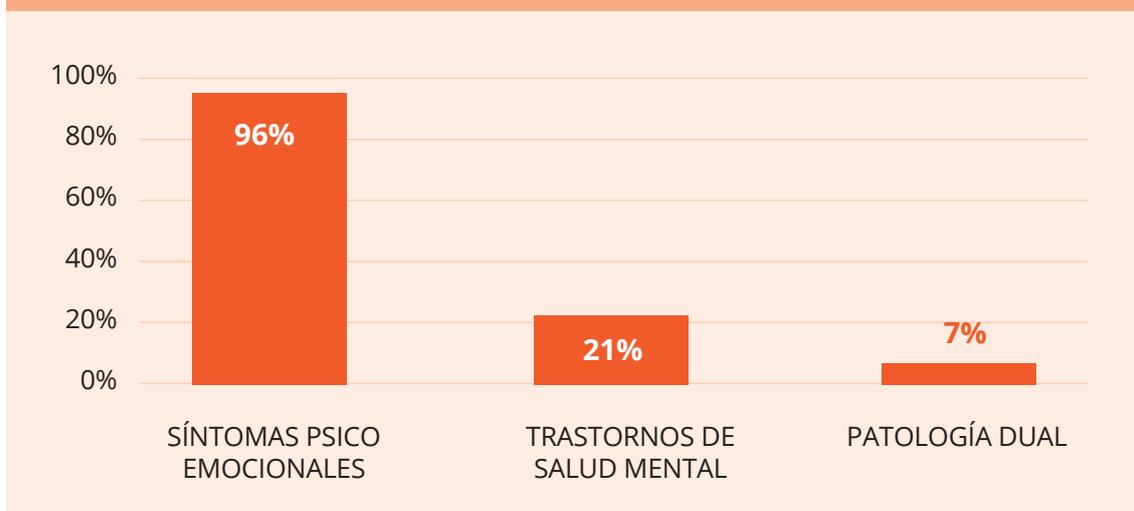
CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SITUACIÓN DE PARTIDA A LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Dos de los aspectos evaluados en las personas de la muestra que participaron en intervenciones psicológicas a nivel individual fueron, el **consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento** y la demanda o **situación previa de salud mental al inicio de la intervención**.



En cuanto al consumo de sustancias, destaca el consumo ocasional de cocaína, sobre todo vinculado a contexto de prostitución que está presente en el 27,50% de la muestra. Un 10% de la muestra presentaba un consumo alto o moderado de marihuana, y destaca también más de un 10% de las personas que reconocían el consumo habitual de psicofármacos sin recetas obtenido en el mercado negro, que tal y como se destacaba en el informe de 2022 está vinculado también a las barreras de acceso a los recursos públicos de salud mental.

Respecto a la relación con otras variables, encontramos que el consumo de tabaco y el consumo de cocaína está relacionado de forma estadísticamente significativa con los trastornos de salud mental. Es decir, las personas diagnosticadas con un trastorno consumen en mayor medida tabaco y cocaína que el resto de la muestra (GRÁFICO 12).

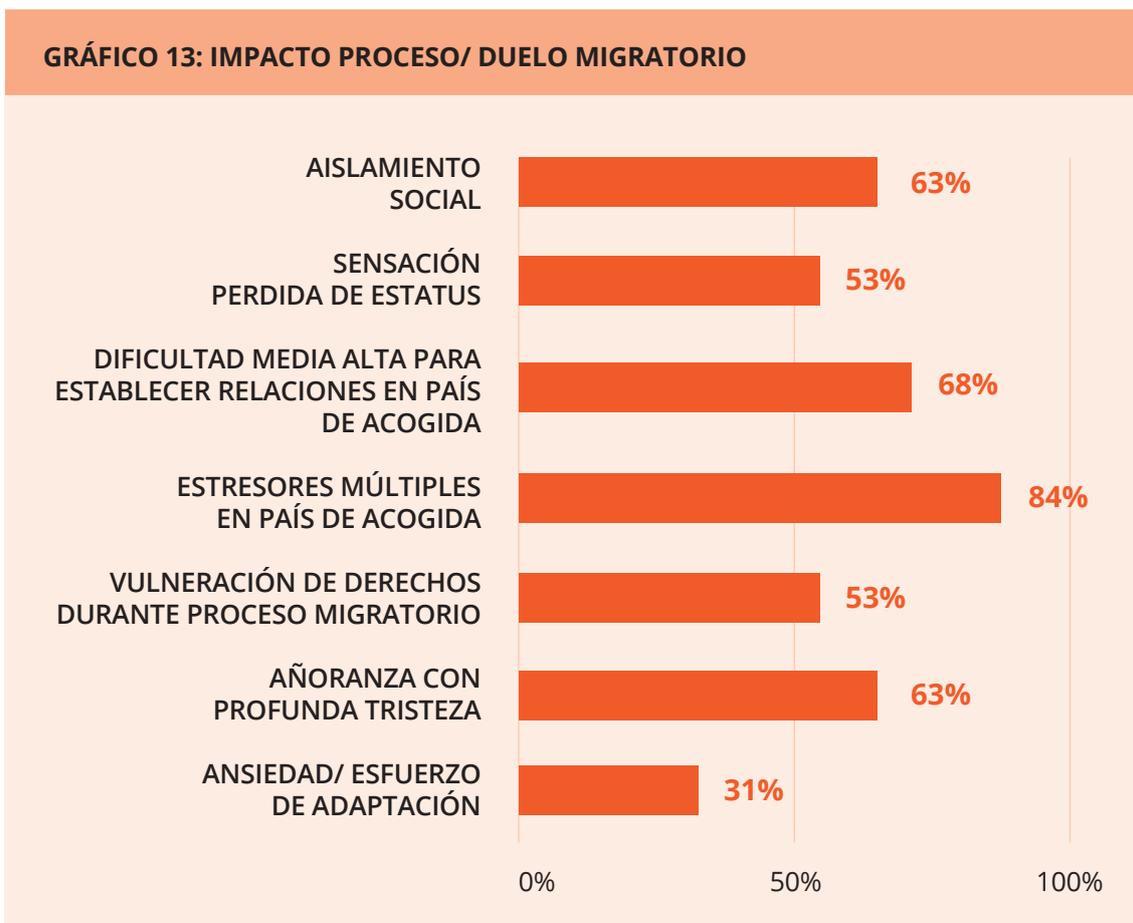
GRÁFICO 12: SITUACIÓN DE SALUD MENTAL PREVIA A LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

- En cuanto a la situación previa en salud mental, el 28 % de las personas encuestadas (casi el 30 % del estudio del año anterior) tenían un diagnóstico previo de salud mental. El 7% de los diagnósticos, corresponden a patologías duales, en muchos casos asociados a situaciones de sinhogarismo.
- Evaluaciones específicas: En las evaluaciones iniciales indicadas en el apartado metodológico, se han evaluado aspectos psicosociales concretos relacionados con perfiles de población.

IMPACTOS DEL PROCESO MIGRATORIO

Tal y como se refleja en la “La guía metodológica: Acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada (Médicos del Mundo, 2022), el duelo es un proceso natural de reorganización y elaboración psicológica que se produce ante la pérdida de algo o alguien significativo para una persona o grupo, que conlleva afrontar la pérdida y la nueva situación, emocional y racionalmente.

- En la intervención con personas migrantes es importante evaluar el momento del duelo migratorio en el que se encuentran, así como el tipo de duelo. Elaborar el duelo pasa por asumir lo que se deja atrás, en origen. Achotegui (2002) identifica hasta siete duelos diferentes asociados al duelo migratorio. Además de esta ambigüedad y multiplicidad de duelos, la complejidad del proceso de elaboración del duelo migratorio dependerá de la cantidad de estresores a los que se vea expuesta la persona. Las dificultades económicas y las situaciones extremas que acompañan frecuentemente los procesos migratorios influirán negativamente en esta elaboración, apareciendo duelos complicados y extremos, cuyas consecuencias psicológicas han sido descritas dentro del conocido como “Síndrome de Ulises” -duelo migratorio con estrés crónico y múltiple- (Achotegui, 2004, 2022). Por su parte, Sayed-Ahmad Beirutí (2007) resalta que identificar el tipo de duelo migratorio puede ayudar a una mejor valoración de la situación particular de cada persona y a orientar sobre posibles impactos para la salud mental y, por tanto, identificar posibles estrategias de intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial. En ese sentido se ha tratado de indagar en las entrevistas, por aquellos síntomas o indicios de duelos migratorios “complejos” o “extremos”, para tenerlos en cuenta durante la intervención (GRÁFICO 13)

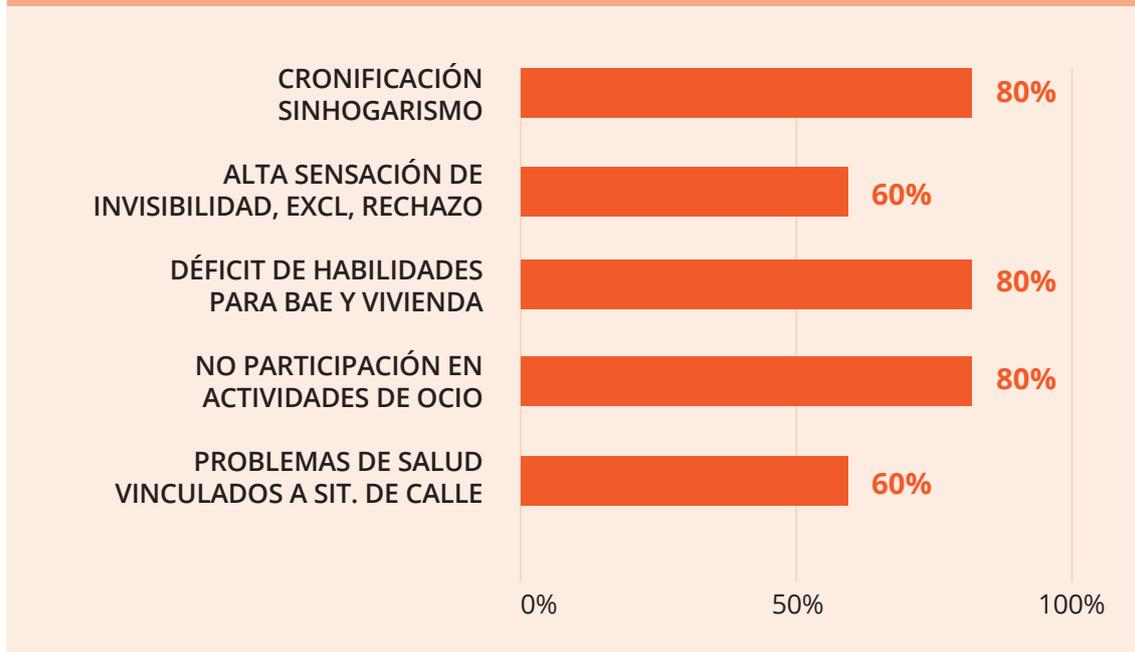


Se han identificado los indicadores de duelo migratorio más frecuentes reflejados en el gráfico y factores que podrían indicar un duelo complejo (66 %), entre otros. El factor más identificado son los estresores múltiples en el país de acogida, que está presente en el 84% de la muestra. Además, el 68% de las personas, antes de comenzar el acompañamiento en salud mental, reconocieron una dificultad media o alta para establecer nuevas relaciones en el país de acogida. El aislamiento social y la añoranza acompañada de profunda tristeza, estaba presente en el 63% de las personas participantes que habían vivido un proceso migratorio.

Con respecto a la relación con otras variables, observamos como **las mujeres migrantes perciben más estresores en el país de acogida** que los hombres. De la misma forma, la edad también influye en este sentido, siendo las personas migrantes más mayores quienes perciben más estresores a la hora de integrarse en la nueva cultura. Además, estas personas más mayores también indican haber sufrido mayor vulneración de sus derechos en todos los contextos: en su país de origen, durante el tránsito migratorio, y en el país de acogida.

EVALUACIÓN ESPECÍFICA: IMPACTOS DEL SINHOGARISMO

En la experiencia de intervención de MDM con personas en situación de sinhogarismo, se identificaron impactos específicos y factores de riesgo en la salud física y en la salud mental, que se producen de forma habitual en este contexto y se evaluaron en entrevistas aquellas personas de la muestra, que se encontraban en esa situación. El 34% de las personas que han formado parte de la muestra, han sido personas sin hogar. A continuación, en el gráfico se presentan los impactos más frecuentes (GRÁFICO 14):

GRÁFICO 14: IMPACTOS SINHOGARISMO

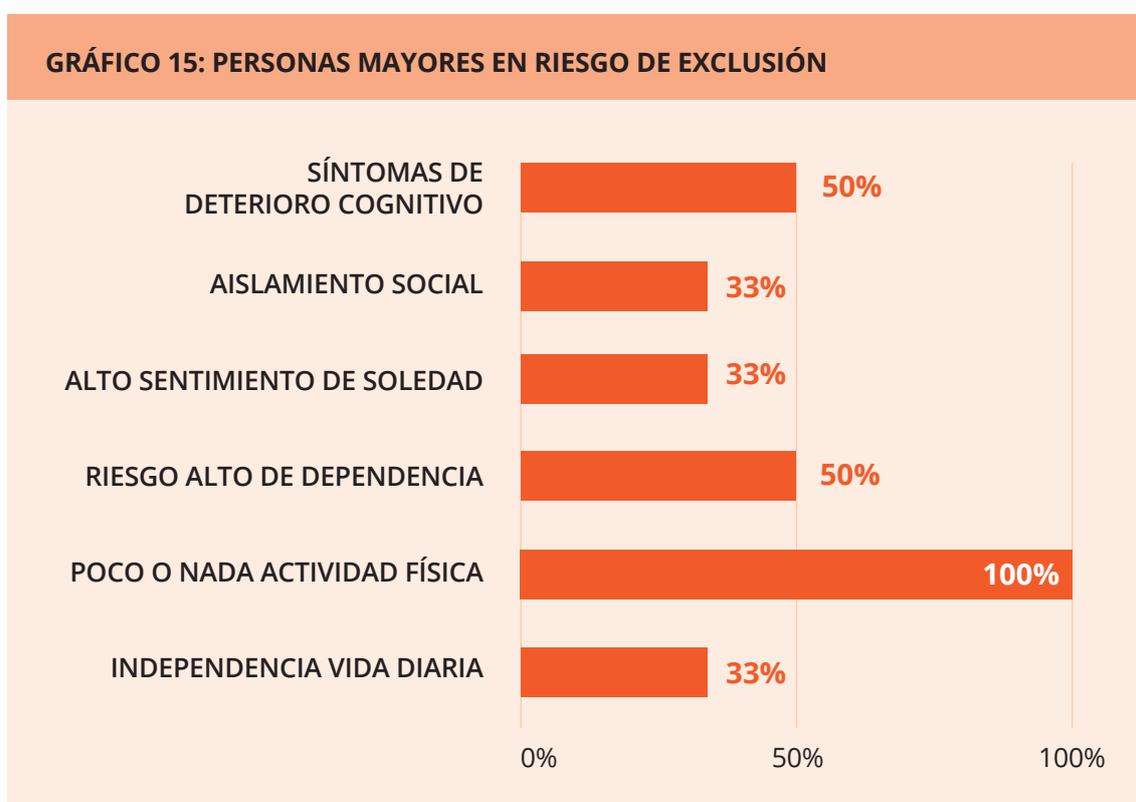
Tal y como se observa en el gráfico, los impactos más frecuentes (que afectan al 80% de TdD entrevistados/as al respecto), son la situación de cronificación del sinhogarismo, un déficit de habilidades básicas para la Búsqueda activa de empleo y de vivienda y la ausencia de participación en actividades y espacios de ocio. El 60% de la muestra refiere también alta percepción de rechazo o invisibilidad a nivel social, así como diversos problemas de salud vinculados a la situación de calle.

Al analizar la relación entre impactos en la salud mental y el sinhogarismo como factor de riesgo, nos encontramos los siguientes resultados:

- Las personas en situación de sinhogarismo que perciben más aislamiento social presentan más síntomas de ansiedad, activación e hipervigilancia.
- Existe una clara relación entre encontrarse en situación de sinhogarismo y la presencia de patologías duales.
- Las personas en situación de sinhogarismo presentan más frecuencia de síntomas depresivos al inicio de la intervención que el resto de la muestra.
- El nivel de adherencia a intervenciones en salud mental es menor en el caso de las personas sin hogar que el resto de la muestra.
- Cuando las personas sin hogar son personas migrantes, informan de un mayor aislamiento social.

EVALUACIÓN ESPECÍFICA: PERSONAS MAYORES

Una novedad introducida este año en la investigación y en la intervención es la inclusión del perfil de personas mayores en situaciones de vulnerabilidad, para identificar los impactos y necesidades de intervención en salud mental. En la muestra, este perfil corresponde, casi exclusivamente con las intervenciones realizadas desde la sede Almería. Una de las características del contexto en el que las personas mayores se encuentran, son las dificultades de transporte y movilidad que condicionan sus posibilidades de participación en espacios sociales. El 20% de la muestra de TdD con quienes se ha iniciado una intervención integral en salud mental y acompañamiento psicosocial son mayores de 65 años. Un tercio de estas personas, se encuentran en el tramo entre los 75 y los 90 años. Es importante mencionar que el 50% de estas personas presentaban un alto nivel de fragilidad física y emocional. El siguiente gráfico resume los factores de fragilidad más frecuentes, según distintos standares (Seitz DP, et al. Mini-Cog (2018), Creavin ST, et al. (rev.2016), entre otros).



El primer aspecto que destaca es la ausencia de actividad física que reconocen la totalidad de los y las TdD participantes en el proyecto. El 50% se encontraban en riesgo alto de dependencia. Un 50% presentaba síntomas de deterioro cognitivo al inicio de la intervención. Un tercio de la muestra reconocían sentirse aislados/as y en el mismo porcentaje presentaban un nivel alto de sentimiento de soledad, entre otros factores de riesgo.

4.2. SEGUNDA FASE DEL ANÁLISIS: EVALUACIÓN POST INTERVENCIÓN

Tal y como describimos en el apartado 1.1. existe cierta diversidad en cuanto al tipo de intervención y acompañamiento en salud mental en el que han participado, según su situación, prioridades y necesidades, los y las TdD, participantes. Por este motivo era importante distinguir los impactos de la intervención, dependiendo de las modalidades de acompañamiento psicosocial en las que las personas evaluadas habían participado.

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN GRUPAL

A nivel general comparando las evaluaciones iniciales y finales de la muestra de TdD participantes en acciones grupales nos encontramos con los siguientes resultados:

- Las personas participantes en grupos han mejorado en la sintomatología, en todos los tipos: conductual, físico, cognitivo, y emocional.
- Tras la participación en los grupos, las personas informan de mayor apoyo social, mayor autocuidado, mayor capacidad de planificación, mayor participación en actividades de ocio y mayor capacidad para desplegar estrategias de afrontamiento adaptativas.
- El 85,5 % de los participantes indican que su situación emocional ha mejorado tras la participación en actividades grupales.
- El 92,7 % tiene intención de participar en futuras actividades.

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA Y/O DE PROCESO

A pesar de las situaciones de alta vulnerabilidad, las evaluaciones finales con TdD con quienes se ha intervenido desde estrategia más individualizada han arrojado datos muy sorprendentes teniendo en cuenta, la complejidad de los contextos de intervención y lo limitado en el tiempo de las intervenciones individuales:

- En cuanto a síntomas de ansiedad, las personas atendidas a nivel individual han mejorado de forma significativa, reduciendo sus síntomas y la frecuencia con la que los experimentan.
- Tomando las distintas manifestaciones de sintomatología depresiva en su conjunto, se aprecia mejoría significativa en las evaluaciones finales.
- En cuanto a los factores de protección, tras la atención individual, las y los Titulares de derechos participan más activamente en espacios asociativos y manifiestan un mayor apoyo social percibido en general.
- Tras la intervención integral, las personas participantes tienen un mayor sentimiento a algún grupo de apoyo, se perciben más vinculadas a espacios grupales, sienten que comparten su vulnerabilidad con otros grupos de supervivientes, perciben menos aislamiento social y, como resultado, aumentan la adherencia a la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial tanto en Médicos del Mundo como en el Sistema Nacional de Salud.
- Otro de los aspectos, en los que aparecen diferencias tras la intervención es la medida en la que las y los Titulares de Derechos Manifiestan mejores expectativas de futuro en cuestiones laborales y en cuestiones relacionadas con la vivienda.
- Respecto a las estrategias de afrontamiento, al finalizar la intervención individual las personas despliegan más estrategias de afrontamiento a nivel conductual y a nivel emocional.
- En la evaluación final se observan diferencias significativas en percepción de bienestar subjetivo.
- Al finalizar la intervención, las personas atendidas se encuentran mejor la mayor parte del tiempo, se sienten mejor con ellas mismas, y perciben en mayor medida mejor su salud mental y emocional.

4.3. VALORACIONES CUALITATIVAS

A nivel cualitativo, la información sobre el impacto de la intervención en salud mental y acompañamiento psicosocial se ha recabado a dos niveles:

- A partir de TdR: en reuniones y entrevistas individuales con las profesionales que han realizado las acciones de intervención y personas voluntarias en el ámbito de la salud mental, involucradas en las mismas.
- A partir de TdD: En entrevistas semiestructuradas volcadas en cuestionarios de satisfacción cualitativos que les permitía evaluar.

Impresiones por parte de TdO

A nivel general tanto las profesionales de la salud mental como voluntariado especializado, comentan lo siguiente en cuanto al impacto de las intervenciones:

- El impacto positivo o la mejoría más notoria, corresponde a aquellas personas participantes en acciones a distintos niveles. Es decir, quienes han participado en intervenciones psicológicas o psicosociales, individuales y grupales, han mejorado más claramente en distintos indicadores de ajuste psicosocial. (Aspecto señalado en la mayoría de los territorios donde se ha desarrollado el proyecto)
- Para personas más expuestas a contextos de violencia, como es el caso de las mujeres en contextos de prostitución, la intervención individual requiere un mayor tiempo para poder observar mejoría, a pesar de ello en pocas sesiones se consigue establecer un contexto propicio de vinculación segura y espacio de contención emocional que abre la puerta a una intervención a nivel integral.
- Para las personas en situación de sinhogarismo disponer de un espacio de escucha individualizado, libre de prejuicios, centrado en la problemática particular en cada caso y adaptado a los horarios en relación a otros recursos asistenciales, han sido cuestiones valoradas muy positivamente y que ha mejorado mucho la adherencia de las personas de en esta situación a las distintas intervenciones ofrecidas desde Médicos del Mundo.
- En la intervención realizada en Valencia, con el perfil de personas Sin Hogar, se destaca lo siguiente: La muestra de TdD participante, presentaba un perfil con diversos problemas de salud mental y con el añadido de la cronificación de la situación de calle, personas que venían de “fracasos terapéuticos” o dificultades de adherencia en otros programas e incluso expulsiones de los mismos. La situación previa con el recurso de Médicos del Mundo era, al inicio de adherencia intermitente. Esto implicó, una especial atención a la historia previa de estas personas. Tras las intervenciones realizadas en el marco del presente estudio, el 100% ha mejorado en al menos un área de su vida. Aunque el 80% han accedido a vivienda y un 20% no lo han hecho por las características de sus diagnósticos psiquiátricos, ese 20% sí ha logrado atención sanitaria especializada y adherencia a nuestro recurso, creándose así posibilidades para seguir trabajando el objetivo vivienda. Es importante destacar la importancia del trabajo en red con las Unidades de Salud Mental y otras entidades que han atendido a los titulares seleccionados. El 90% de los titulares con los que se han intervenido, siguen contactando con el recurso de manera esporádica para informar de su situación actual y mantener una charla informal o expresar alguna necesidad. El 10% restante no lo hace por las características de su diagnóstico, la medicación pautada y los servicios del recurso donde está alojado (suelen seguir la atención psicológica en el propio recurso residencial).

- Una de las áreas de mejora en todas las personas que han pasado por la intervención individual y que más se ha visibilizado el impacto de la misma es el apoyo social percibido. Las personas Titulares de Derecho que han participado en las acciones, revelan a las profesionales que las acompañan el hecho de que se sienten más apoyadas y comprendidas y menos estigmatizadas.
- En el caso de las mujeres migrantes en contextos de exclusión, que en Melilla eran mujeres de origen magrebí, con grandes problemas de regularización e integración y trabajando en la economía sumergida y supervivientes de múltiples violencias de género, las intervenciones individuales y grupales se han vivido como un espacio de dignidad y libre de juicios en el que, en muchos casos, se han sentido libres de expresarse sin miedo al juicio desde la cultura de origen ni desde la sociedad de acogida.
- La guía metodológica ha servido de apoyo a nivel conceptual y teórico para la elaboración de las actividades y para la formación del voluntariado y personal técnico.

Impresiones por parte de TdD

El nivel de satisfacción con las acciones de salud mental y acompañamiento psicosocial en los y las TdD, ha sido alto, tal y como se refleja en apartados anteriores. A nivel cualitativo los aspectos que más han valorado las personas participantes de las actividades tienen que ver con las siguientes características de las propias intervenciones.

TABLA 1: ASPECTOS MÁS VALORADOS DE LA INTERVENCIÓN TDD

<p>VÍNCULOS SEGUROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “El calor humano de las personas que nos atienden. El saber escuchar”. • “La confidencialidad y la libertad de poder hablar de mis sentimientos y experiencias, la empatía de las otras mujeres” • “La atención de la psicóloga. Me ha hecho sentir segura, me transmite mucha paz y siento que puedo contar con ella siempre” • “Tener un espacio de relación para conocer gente” • “Te hacen sentir segura cuando estas con ellos/as”.
<p>ESPACIOS DE OCIO Y AUTOCONOCIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “El apoyo emocional y las técnicas para el manejo de la ansiedad” • “Disfrutar de tiempo de ocio en grupo”

En cuanto a la utilidad percibida de la participación en las acciones de salud mental y acompañamiento psicosocial destacan los siguientes aspectos (TABLA 2):

TABLA 2: UTILIDAD PERCIBIDA DE LAS INTERVENCIONES DE SMAPS

<p>SOSTÉN Y APOYO EMOCIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de apoyo, confianza y seguridad de poder expresar" • Creo que es lo que me hace sostenerme. "Si no, me hubiera vuelto loca" • Para salir de mi rutina, conocer más personas, desahogarme, sentirme apoyada.
<p>MOTIVACIÓN Y AUTOCONCIENCIA SOBRE LA PROPIA SALUD MENTAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Como apoyo emocional y motivación para abandonar el consumo de drogas" • "Para darme cuenta de los efectos que tiene mi adicción en mí y para identificar secuelas que tengo de las experiencias que he vivido en mi infancia"

4.4. BUENAS PRÁCTICAS

La identificación de prácticas innovadoras a nivel grupal y comunitario, recogidas a lo largo del trabajo de intervención en salud mental, constituye la culminación del proceso de generación de conocimiento sobre la situación y las necesidades asistenciales en salud mental de colectivos vulnerables. Una vez testado el modelo de intervención sobre la situación y necesidades asistenciales en salud mental de los colectivos vulnerables, se pidió a cada localidad presentar una práctica grupal o comunitaria innovadora en su territorio. La finalidad de recoger buenas prácticas buscaba enriquecer las propuestas metodológicas en salud mental y acompañamiento psicosocial a personas vulnerables yendo más allá de las actividades tradicionalmente consideradas propias de la práctica terapéutica y/o de acompañamiento psicosocial.

Es importante señalar que estas prácticas enfatizan lo preventivo, lo reparador y en actividades que puedan influir en la integración de los participantes. Las actividades recogidas pueden incluir técnicas corporales, artísticas, deporte inclusivo, y general acciones que hayan mostrado su impacto positivo en la salud mental recurriendo al apoyo y/o refuerzo del tejido social y comunitario de pertenencia. Para promover la transferibilidad del conocimiento generado por estas experiencias, la información sobre el resultado de estas acciones se ha sistematizado con una estructura de ficha de recogida. Se presentan a continuación las fichas de las prácticas innovadoras que se han recogido en cada localidad.

ANDALUCÍA - TALLER GESTIÓN EMOCIONAL, RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y AUTOESTIMA PARA PERSONAS MAYORES

Contexto de intervención

La idea surge para brindar herramientas efectivas para el desarrollo emocional de personas mayores de 65 años pertenecientes a barrios de exclusión social. Nuestro propósito, además de impactar en el bienestar individual, es promover una cohesión comunitaria con el fin de construir lazos de unión fuerte, resilientes y duraderos.

La actividad se desarrolló junto con el voluntariado especializado en salud mental y el apoyo de unidades móviles de MDM para facilitar el desplazamiento de los Titulares de Derecho.

Tipos de intervención

El taller ha sido desarrollado en dos sesiones. La intervención se ha realizado mediante varias dinámicas grupales, para promover la participación activa y el intercambio de experiencias. Durante estos dos días se ofrecieron sesiones de psicoeducación para identificar, comprender y manejar mejor las emociones y cómo se relacionan directamente con nuestra autoestima y una adecuada resolución de conflictos adaptada al momento vital de los mayores participantes.

Para facilitar el traslado de información y dinamizar las sesiones se ha utilizado una presentación PowerPoint junto con diferentes imágenes, vídeos y juegos.

Componente innovador

El trabajo grupal de aspectos emocionales con personas mayores era novedosa en el territorio, incorporando además un componente comunitario, involucrando a voluntariado en salud mental y utilizando las unidades móviles como estrategia para facilitar la movilidad y romper el aislamiento de las personas participantes con dificultades para moverse en transporte público.

Objetivos de la actividad

- Fortalecer la autoestima.
- Promover la expresión emocional.
- Mejorar la resiliencia de las personas mayores ante su situación vital.
- Potenciar habilidades sociales.
- Potenciar el sentido de pertenencia a un grupo.
- Fomentar lazos de unión entre iguales.
- Generar momentos de diversión y recreación.
- Generar espacios para la reflexión personal y grupal
- Generar redes de apoyo social en personas mayores con poca participación social.

Perfil de las personas que participan

Personas mayores de 65 años pertenecientes a barrios almerienses ubicados en zonas de exclusión social.

Recursos necesarios

PowerPoint, ordenador, proyector, aula adaptada (baños, mobiliario, etc.), personas participantes, furgoneta (unidad móvil de MDM)

Metodología

Se han utilizado dinámicas que facilitan la comunicación asertiva y abierta en el grupo donde puedan compartir sus experiencias. Además, se han usado técnicas expresivas (contar chistes e historias personales) para comunicar emociones y pensamientos.

Las sesiones han girado en torno a un enfoque vivencial y participativo con el fin de entrenar y mejorar las habilidades sociales (comunicación asertiva, resolución de conflictos, escucha activa, reflexión individual, etc.).

Valoración y resultados

Durante el desarrollo del taller se observó cómo los/as diferentes participantes intervenían en las sesiones. Con divertidas anécdotas personales, historias graciosas y chistes, los/as participantes reforzaron sus lazos y la conexión entre ellos/as.

A través de este taller improvisado de risoterapia se promovió el bienestar general y la estimulación emocional positiva que proporciona la risa. La risa genera una sensación de alegría inmediata y una serie de respuestas fisiológicas beneficiosas (mejora el estado de ánimo, reduce el estrés y la ansiedad, mejora la interacción social, fomenta la posición y el disfrute del presente, etc.).

El feedback recibido ha sido altamente positivo. Las familias nos comunican en cada salida el buen taller que se llevó a cabo y lo divertido y agradable que fueron las sesiones. Insisten en volver a realizar el taller y, concretamente, ese momento improvisado de risoterapia.

ARAGÓN - GRUPO DE APOYO EMOCIONAL SOBRE DUELO MIGRATORIO

Contexto de intervención

Se decidió realizar un grupo de apoyo emocional para abordar de forma específica el DUELO MIGRATORIO, ya que se detectó la necesidad de trabajar este contenido entre el colectivo de personas migradas con las que se trabaja en MDM Aragón.

Tipos de intervención

Se realizó primero una SESIÓN INFORMATIVA, en la que participaron 8 personas, y se decidió comenzar el grupo ellas.

El grupo consistió en la realización de 5 sesiones vivenciales de apoyo emocional en las que se informó sobre el duelo migratorio.

El grupo se desarrolló en la sede de Médicos del Mundo en Zaragoza, se realizó entre finales de abril y mayo de 2023 y fue llevado a cabo por 2 voluntarias (1 psicóloga y 1 médica) y por 1 psicóloga de MDM Aragón.

Componente innovador

Tras el trabajo sobre duelo migratorio, surgió la necesidad de trabajar juntos con otros que las participantes pudieran haber atravesado, a través de un proceso que contempló, a grandes rasgos, los siguientes objetivos.

- Identificar y aceptar las pérdidas >
- Darles el espacio que le corresponden en nuestra historia vital >
- Elaborarlas a través de la ayuda mutua >
- Fomentar el autoapoyo entre las participantes

Objetivos de la actividad

OBJETIVO GENERAL: Promover el cuidado colectivo de la salud mental y emocional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Construir Red: Facilitar un espacio de escucha y apoyo entre mujeres, creando un espacio seguro y amable.
- Información, prevención y abordaje de duelo migratorio, así como otras demandas que puedan surgir sobre de salud mental.

Perfil de las personas que participan

- Mujeres. Sólo hubo 1 hombre interesado en la sesión informativa. Lo difundimos entre diversas entidades sociales para tratar de poder identificar a más hombres interesados y con quienes fuera pertinente realizar esta actividad, pero no hubo ninguno más. Por ello, decidimos cerrar el grupo solo a mujeres.
- De origen latinoamericano. Países de procedencia: Venezuela, Honduras, Nicaragua, Perú, Argentina y Colombia.
- Mediana edad. Entre 40 y 60 años, aproximadamente.
- Algunas trabajando, otras en búsqueda de empleo.
- Interesadas en tener un espacio para compartir con otras mujeres y cuidar su salud mental.

Recursos necesarios

- Material informático: Ordenador, proyector, altavoces, etc.
- Materiales empleados según las necesidades de cada sesión/dinámica. pinturas, folios, plastilina, velas, cartas dixit, buzón para depositar "secretos", etc. Se adjuntan guiones específicos de cada día.
- Material psicoeducativo: dependiendo de la sesión y el contenido específico a trabajar. Se adjuntan guiones específicos de cada día.

Metodología

El grupo consistió en la realización de 5 sesiones vivenciales de apoyo emocional en las que se informó sobre el duelo migratorio.

En la elaboración de las sesiones se cuidó muy especialmente el entorno y la calidez del grupo, para que las personas participantes se fueran integrando de la forma más cálida y cómoda posible.

Las sesiones se realizaron 1 vez por semana, a lo largo de 1 mes, de dos horas de duración cada día (de 17 a 19h.), lo que facilitó en poder realizar un abordaje más intensiva.

Valoración y resultados

La valoración del grupo fue positiva tanto por las participantes como por las facilitadoras. Se consiguió cumplir con los objetivos planteados inicialmente, abordando el fenómeno del duelo migratorio, trabajando otras pérdidas emocionales, creando red y soporte emocional... con un resultando muy satisfactorio. De hecho, algunas de las mujeres participantes se han apoyado en la búsqueda de empleo y otras necesidades.

Algunos de los comentarios que las mujeres realizaron en las valoraciones finales fueron:

- Cada día de los talleres ha sido muy agradable, me gustó mucho cómo se abordaron los talleres. He aprendido métodos de relajación que me ayudan a afrontar la situación en la que me encuentro.
- Estoy agradecida y feliz porque he conocido que hay gente que me comprende, que siente lo mismo que yo.
- Me siento muy agradecida. Me he sentido muy acompañada y comprendida. Ha habido mucho respeto y confianza.
- Me he sentido a gusto compartiendo con otras mujeres nuestras vivencias. Lo que más me ha gustado han sido los abrazos.
- Me he sentido apoyada y relajada, lástima que fueran tan cortos.
- Me ha gustado que la participación del grupo fuera activa, no clases magistrales.
- Lo que más me ha gustado ha sido el afecto y profesionalidad de las facilitadoras.
- Me ha ayudado mucho saber que no estoy sola, que me escuchan y me apoyan. Me he podido desahogar, quitarme un peso de encima, sentirme feliz y tranquila.
- Me gustaría que duraran más tiempo, para poder compartir más heridas y situaciones
- Venir con estrés e irte nueva, sentís que estás con personas como que fueran tu familia. Me he sentido protegida y valorada. Saben cómo llegar al corazón adolorido.
- El grupo continua en contacto a través de un grupo de WhatsApp y se ha realizado alguna reunión extra tras la finalización de las sesiones, demandada por ellas mismas.

BALEARES - YOGA SENSIBLE AL TRAUMA CON MUJERES EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN

Contexto de intervención

El contexto de la intervención del yoga Sensible al trauma se encuentra en el ámbito terapéutico y de autocuidado. Este tipo de yoga se ha desarrollado para atender las necesidades específicas de personas que han experimentado eventos traumáticos y que pueden enfrentar desafíos emocionales, mentales y físicos como resultado de esas experiencias.

Las personas que han experimentado trauma pueden tener una mayor sensibilidad a ciertos estímulos y pueden sentirse más vulnerables en situaciones que podrían activar recuerdos dolorosos o emociones abrumadoras. En este contexto, el yoga sensible al trauma proporciona un enfoque adaptado y seguro para fomentar la autorregulación, y apoyar la recuperación de estas experiencias involucrando cuerpo y emociones.

Las mujeres en contextos de prostitución por lo general están expuestas a contextos de violencia que condicionan su salud mental y su relación con su cuerpo y sus emociones, el trabajar un espacio grupal seguro y sensible al trauma, que aporte herramientas de autorregulación puede ser potencialmente muy beneficioso para ellas.

Tipos de intervención

Se trata de un taller grupal, cuya base es la relajación y el Yoga. La intención en la clase de yoga es evitar lo que llamamos "gatillos". El efecto gatillo es el proceso por el cual un estímulo (palabra, situación, olor) despierta el recuerdo del evento traumático. Aunque es imposible poder prevenir cuales pueden ser todo lo que puede despertar este proceso en las personas, sí que sabemos, gracias a muchos estudios científicos, que ciertas cosas tienen más probabilidades de causarlo.

Componente innovador

El componente innovador del yoga sensible al trauma es su enfoque específico en crear un ambiente seguro y estructurado para las practicantes, con el objetivo de evitar desencadenar recuerdos traumáticos (también conocidos como "gatillos") durante la práctica. A diferencia de otros tipos de yoga más tradicionales, el yoga informado al trauma se adapta para abordar las necesidades únicas de personas que han experimentado eventos traumáticos.

Realizar este tipo de taller con el perfil de mujeres en situación de prostitución es novedoso tanto en Médicos del Mundo como en la sede autonómica en concreto que en este caso es Baleares.

Además, la propuesta de incorporar las tarjetas del juego Dixit como herramientas proyectivas, al final de la clase, se ha creado una oportunidad única para que las participantes compartan sus experiencias internas y emocionales de una manera no convencional. Al seleccionar una carta que refleje lo aprendido durante la práctica de yoga, las mujeres pueden comunicar sus emociones y percepciones visualmente, lo que puede ser valioso en un enfoque terapéutico como el yoga informado al trauma. La inclusión del juego como parte final de la clase añade un enfoque innovador y creativo para que las participantes expresen sus emociones y experiencias internas de manera visual y simbólica, fortaleciendo el impacto terapéutico de la práctica.

Objetivos de la actividad

El objetivo del yoga informado es ofrecer un lugar de estructura y seguridad para las practicantes. Las sesiones info ofrecen un espacio donde poder escuchar sus propios cuerpos y responder a sus necesidades en el momento presente. Permitiéndoles explorar su propia experiencia corporal y emocional de una manera segura y respetuosa. Al crear un ambiente de apoyo y evitar desencadenantes potenciales, se busca que las practicantes se beneficien del yoga como herramienta terapéutica para abordar y mitigar los efectos de las múltiples violencias expuestas. Además, otro objetivo de la actividad es incorporar un toque lúdico y creativo al proceso de cierre de la clase, permitiendo que las participantes se expresen libremente y se conecten con su mundo interno a través de las imágenes.

Perfil de las personas que participan

Mujeres situación de prostitución o que hayan estado en dicho contexto.

Recursos necesarios

- Espacio
- Música
- Vela
- Esterillas de yoga
- Baraja de cartas Juego Dixit

Metodología

Duración: Sesión de 1 hora y media.

El yoga sensible al trauma busca crear un ambiente seguro y acogedor para las participantes, evitando situaciones que puedan generar sensaciones de encierro o activar recuerdos traumáticos. Se organiza el espacio con esterillas separadas y puertas visibles luz tenue y cálida. El lenguaje utilizado es auténtico y práctico, evitando palabras imperativas y ofreciendo en cada ejercicio o postura opciones a elegir, por parte de las participantes. Se da espacio durante la sesión para que las participantes tomen decisiones conscientes y sean conscientes de sus sensaciones. Se recomienda establecer reglas y explicar el funcionamiento de la sesión para preparar a las participantes. En general, se busca proporcionar un espacio sin juicios donde las participantes se sientan respetadas y empoderadas en su proceso de sanación y autoconocimiento.

Las posturas se gradúan según su efecto potencial en el sistema nervioso que puede ser: equilibrante, activador o relajante. La clase se estructura partiendo del estado inicial de las participantes para con los distintos ejercicios conducirlos a un estado de relajación y/o de equilibrio.

Al final de la clase de yoga enfocado al trauma, realicé una actividad significativa para las mujeres participantes. Les pedí que seleccionaran una carta del juego Dixit que resonara con lo que habían sentido o aprendido durante la sesión de yoga.

Valoración y resultados

Parece que el enfoque en yoga enfocado al trauma ha sido exitoso y ha brindado un espacio seguro y de confianza para las mujeres. Es importante reconocer la importancia de crear un ambiente donde no haya jerarquías ni juicios, permitiendo a las personas sentirse cómodas y en control durante la práctica.

El enfoque en proporcionar un ambiente sin juicios ha permitido que las mujeres se sientan seguras y en confianza durante la clase. Esto es especialmente importante en clases enfocadas en el trauma, donde las personas pueden tener experiencias sensibles y emocionales.

Las mujeres han expresado que **han aprendido a relajarse durante la clase**. Esto es fundamental en la práctica del yoga enfocado en el trauma, ya que la relajación puede ayudar a liberar tensiones y afrontar las experiencias traumáticas de una manera más saludable. Además, han informado que han podido conocerse mejor a sí mismas. Esta es una señal positiva de que el enfoque ha permitido que ellas se conecten con su cuerpo y su mente de una manera más profunda.

Todas las mujeres han expresado su satisfacción con la clase, lo cual es un indicador importante. La actividad proyectiva con las cartas del juego Dixit permitió que cada una compartiera algo personal y más profundo, creando un espacio para la expresión y la conexión emocional. Fue un momento especial donde todas pudieron compartir sus experiencias internas de una manera única y significativa.

El enfoque del yoga enfocado al trauma ha podido brindar un espacio seguro y sin juicios para las mujeres. Han aprendido a relajarse y conocerse mejor durante la clase. En general, la clase ha sido acogedora y empoderadora, logrando un impacto emocional y psicológico positivo.

CANARIAS - GRUPO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE SINHOGARISMO

Contexto de intervención

El taller grupal elaborado para el proyecto SMAP II y los de los del 2022 y 2023 en Médicos del Mundo Tenerife es necesario crear un grupo menos formal que suponga un apoyo para las mujeres. Se ofrece un encuentro mensual de dos horas en el que se va construyendo dicho grupo, la normativa básica del mismo y se comparte una merienda.

Dos miembros del equipo de MDM del Proyecto Exclusión Residencial, enfermera y psicóloga dinamizaron esos encuentros llamados Círculos de Mujeres. Más adelante se espera que acudan otras personas a dinamizar el taller. Se espera que haya integrantes de otras entidades, voluntarios de nuestra ONG profesionales de campos que interesen a las titulares de derecho. También se espera que las propias titulares de derecho dinamicen el Círculo de Mujeres a medida que se consolide la actividad.

Tipos de intervención

Es una intervención grupal, de carácter informal para mujeres que se encuentren en situación de exclusión residencial. El objetivo de este círculo de mujeres es generar un grupo de apoyo entre las asistentes con elementos de seguridad, buen trato y colaboración entre las mismas.

Componente innovador

Es un taller en el que no hay beca, ni un programa específico para el abordaje de la actividad. Esto lo diferencia de otras actividades realizadas con el mismo perfil de mujeres. Es decir, es un espacio que parte de la **motivación intrínseca** de las mujeres participantes.

La idea es que las mujeres en un **entorno lúdico** puedan abordar las diferentes situaciones de su vida, ya sean positivas o negativas. El grupo se configura como **entorno de apoyo** y de generación de **nuevas estrategias y puntos de vista** para la persona. Las mujeres tienen un **alto nivel propositivo** en cuanto a temáticas y actividades dentro del espacio, que funciona de forma periódica.

Objetivos de la actividad

- Generar un grupo de apoyo entre mujeres
- Potenciar el crecimiento personal de las titulares de derecho desde el apoyo grupal.
- Generar herramientas para resolver conflictos.
- Promover la gestión emocional.
- Disminuir el aislamiento social.

Perfil de las personas que participan

Mujeres que se encuentran en situación de exclusión residencial o en riesgo de padecerla.

Recursos necesarios

Materiales: Folios, cartulinas, lápices de colores, ceras, rotuladores, productos alimentarios para merienda.

Logísticos: altavoz, pizarra, mesa y sillas, sala.

Humanos: Mujeres titulares de derechos, enfermera, psicóloga y otros voluntarios.

Metodología

Se está desarrollando con una metodología participativa, lúdica y constructivista.

Duración de las sesiones dos horas con una frecuencia mensual.

Las técnicas utilizadas por el momento han sido dinámicas de grupo: elaboración de una flor que me represente, elaborar mi espacio seguro a través de una fantasía guiada, desarrollo de una normativa básica del Círculo de Mujeres de manera participativa, Dinámica de abrazos grupales, esculturas y baile conjunto. Cada sesión finaliza con una merienda en la que elaboramos el cierre de lo compartido y vivenciado.

Valoración y resultados

Por el momento se han dado tres sesiones del Círculo de Mujeres. Ha asistido una media de 6 mujeres y el resultado del mismo está siendo positivo. Las titulares de derechos repiten y piden que se invite a otras mujeres de su entorno. Está favoreciendo que se visibilice la realidad de otras mujeres que no conocíamos en MDM.

Aumenta la capacidad de introspección de las titulares y consolida lo aprendido por las mismas en otras formaciones que han hecho.

CATALUÑA - ACOMPAÑAMIENTO A TDD (TITULARES DE DERECHOS) EN LA REALIZACIÓN DE TRÁMITES POR PARTE DE PERSONAS VOLUNTARIAS

Contexto de intervención

La intervención surge a partir de la demanda, presente en las TdD a la hora de realizar diversos trámites y tareas administrativas o en cuestión de salud, y la imposibilidad de llevarlas a cabo por cuenta propia; ya sea por una **dificultad emocional, porque se sienten inseguras** para hacer el trámite, porque no se sienten capaces de hacerlo solas, por barreras comunicativas, etc. Desde MDM, se propone que haya personas voluntarias formadas en perspectiva de género, prostitución y trata, e intervención y acompañamiento en este colectivo que acompañen este tipo de iniciativa y que sean quienes gestionen dicha intervención, acompañando a las titulares de derechos.

Tipos de intervención

La intervención se plantea principalmente para acompañar a las titulares de derechos en la realización de gestiones y trámites diversos. No obstante, en primer lugar, la intervención incluye un proceso de sensibilización y capacitación al voluntariado en materia de género, prostitución, trata, explotación sexual, entre otro tipo de interseccionalidades, y en acompañamiento del colectivo con el fin de que sean capaces de empatizar y poner en contexto a la persona que acompañan y de esta manera poder brindar un mejor apoyo. Se capacita al voluntariado para realizar el acompañamiento desde una mirada psicosocial.

Componente innovador

En este caso, la intervención está pensada para cubrir una necesidad de resolución de cuestiones cotidianas, siendo esto altamente funcional para las titulares de derechos. Por otro lado, se incluye un componente de **apoyo comunitario y psicosocial**, así como de **participación ciudadana**, en el que se involucra al voluntariado y se les invita a cooperar con causas y acciones, lo que afecta directamente a la calidad de vida de ambas personas. Trasladando problemáticas individuales a resignificarlas como problemáticas colectivas de responsabilidad compartida o **(co)responsabilidad comunitaria**.

Objetivos de la actividad

- Formar a personas voluntarias para sensibilizar en las situaciones y problemáticas de las mujeres en situación de prostitución y víctimas de trata, y en el acompañamiento de estas en contexto de voluntariado.
- Involucrar a la ciudadanía en la participación de acciones sociales.
- Acompañar social y emocionalmente a titulares de derechos en gestiones de la vida diaria.
- Promover vínculos y la creación de redes de cuidados entre titulares de derechos y personas voluntarias.

Perfil de las personas que participan

Por un lado, titulares de derechos que demanden o se detecte la necesidad de algún tipo de acompañamiento y por el otro, voluntariado con preparación interseccional que esté dispuesto a disponer de su tiempo para participar en estas actividades e involucrarse con Médicos del Mundo

Recursos necesarios

Contar con un grupo de WhatsApp de MdM y el voluntariado para la gestión de acompañamientos, así como tener el contacto de las titulares de derechos para poder contactarlas. Habilitar el acceso del voluntariado a la plataforma E-Minerva para realizar los diversos cursos de formación.

Metodología

La duración es desde que inicia la intervención hasta finalizar el proyecto a demanda de las titulares de derechos.

La llamada al voluntariado y la formación de capacitación para acompañar se hace al inicio del proyecto desde que se detecta la necesidad y se crea la práctica innovadora.

El seguimiento al voluntariado se hace durante lo que duran los acompañamientos.

Valoración y resultados

La práctica ha sido muy positiva cuando se ha dado y las titulares de derechos que han participado han pedido más acompañamientos. Los voluntarios que participaron querían formarse para acompañar al voluntariado, pero a veces han sentido acompañamientos más complejos que otros por la carga emocional de las mujeres.

COMUNIDAD VALENCIANA - PARTICIPACIÓN EN FESTIVAL AUDIOVISUAL HUMAN FEST

Contexto de intervención

Tras una dinámica de lluvia de ideas con los TdD dentro del programa de personas sin hogar que acuden a sala de forma habitual sobre contenido para la actividad innovadora. Como fruto de la dinámica, se propone a los TdD implicados la formación de una comisión de actividad innovadora. Tras dos reuniones con valoración de las diferentes actividades propuestas y a quienes van a ir dirigidas, se decide por consenso participar en el Human Fest, este año la temática del Festival es la Violencia de Género. Desde el equipo revisamos la programación y proponemos la sesión de cortos en castellano del martes 6 de julio. Involucramos a la propia entidad Fundación por la Justicia que organiza el festival para proporcionarnos las entradas y a 3 voluntarias de MdM.

Tipos de intervención

Intervención de sensibilización respecto a la Violencia de Género, temática del Human FEST.

Componente innovador

Formar **comisión** para la actividad innovadora, **Elección de la actividad**, por parte de los propios TdD. Participar en el **Festival Human Fest** por primera vez.

Objetivos de la actividad

Facilitar un espacio de **ocio normalizador e inclusivo** con personas del Programa de Personas sin Hogar que promueva la sensibilización hacia las personas vulnerables y el ocio saludable.

Perfil de las personas que participan

Colectivo de personas sin hogar. Participan 3 mujeres y 6 hombres de entre 25 y 50 años de diferentes nacionalidades.

Recursos necesarios

No procede.

Metodología

Convocamos a las personas participantes a las 17:30, en un punto de encuentro cercano a la sala del festival. Cuando acaba la actividad recogemos la experiencia a nivel cualitativo. Todas los TTDD participantes expresan su satisfacción con la actividad.

Valoración y resultados

Acuden 6 TdD (de los 9 convocados), 2 voluntarias y una técnica. Cuando acaba la actividad recogemos la experiencia a nivel cualitativo. Todas los TdD participantes expresan su satisfacción con la actividad y la voluntad de participar en actividades afines.

GALICIA - "RUTA FORESTAL - DÍA INTERNACIONAL DE LA LUCHA CONTRA EL USO INDEBIDO Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS", 26 DE JUNIO

Contexto de intervención

Surge de la coordinación entre dos entidades pertenecientes al "Plan Local sobre Drogodependencias e otras Adicciones" Vigo (PLDA), Fundación Aclad Alborada "Verdear" y Médicos del Mundo. Se coordina con dicha entidad la participación de TdD de MdM, perfil personas sin hogar y/o usuarias de drogas, en actividades saludables realizadas en un entorno de naturaleza donde "Verdear" cuenta con una sede en la que se realizará la Actividad con motivo de la celebración de esta fecha. Un Agente de Salud de MdM lideró el acompañamiento a un grupo de 5 TdD.

Tipos de intervención

Se celebra el día 26 de junio el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas. La Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) reconoce la importancia de adoptar un enfoque centrado en las personas para las políticas de drogas, focalizada en los derechos humanos, la compasión y las prácticas basadas en la evidencia.

Actividades:

1. "Jornadas Sensibilización Prevención de Adicciones y Prevención de ITS"
2. "Ruta Forestal Ruta Senderismo Andaina"
3. "Reto 24 horas sin drogas-Acampada Cuidando Nuestra Naturaleza"

- Jornadas formativas Drogas, VIH, VHC. Encuentro de profesionales de atención a personas con conductas adictivas.
- Senderismo. La Ruta de Sampedro.
- Lectura del manifiesto. Escuchando a los pacientes. Entrega de propuestas a las instituciones.
- Tapas y pinchos tradicionales.
- Comienzo Reto 24h "Cuidando Nuestra Naturaleza"
- Armandando tiendas
- Cena
- Cine de Verano
- Compartiendo Canciones, Historias, Cuentos.
- El silencio, la noche, las estrellas. Preparando el descanso.
- Despertar. El amanecer.
- Estiramientos
- Desayuno. Recogida tiendas
- Tareas de campo
- Comida

Componente innovador

La actividad realizada abarca diferentes dinámicas más allá de la mera labor informativa y/o preventiva sobre los riesgos del consumo que se suelen realizar habitualmente en el Día Internacional de la Lucha contra el Uso Indebido y el Tráfico Ilícito de Drogas. Propone crear un **espacio de socialización** que permite conocer a personas con una problemática similar, realizando **actividades lúdicas en la naturaleza** (asistir a jornadas, comer juntos, hacer ejercicio en grupo, realizar senderismo y acampada...). Estas actividades no suelen ser accesibles para las personas sin hogar y/o usuarias de drogas, eventualmente no suelen tener la oportunidad de participar en este tipo de actividades lúdicas compartidas por diversos motivos, tanto por su necesidad de cubrir sus necesidades primarias diariamente, como por el aislamiento al que se ven avocadas al encontrarse en una situación de sinhogarismo o contexto de consumo.

Esta propuesta pretende **reducir el estigma, generar la unión** entre personas como estrategia protectora, facilitar el **empoderamiento** y promocionar un **estilo de vida saludable**. Otro componente innovador fue la asignación de un **Agente de Salud de Médicos del Mundo** para liderar el acompañamiento a la Actividad del grupo, en total participaron 5 TdD.

Objetivos de la actividad

- Favorecer un espacio de ocio saludable que promueva un contacto con la naturaleza como medio protector para facilitar el proceso de cambio en el abandono de consumo de tóxicos.
- Realizar una labor de sensibilización sobre Prevención de conductas adictivas.
- Crear conciencia sobre las epidemias de SIDA y hepatitis entre las personas que usan drogas y ampliar y fortalecer los programas de prevención del VIH y la hepatitis. Prevención de ITS asociadas al consumo.
- Educar sobre los trastornos por consumo de drogas, los tratamientos disponibles y la importancia de la intervención temprana y el apoyo.
- Abogar por alternativas al encarcelamiento por delitos relacionados con las drogas, como el tratamiento y los servicios basados en la comunidad.
- Combatir el estigma y la discriminación promoviendo un lenguaje y actitudes respetuosas y sin prejuicios.
- Empoderar a los jóvenes y las comunidades para prevenir el consumo de drogas y la adicción.

Perfil de las personas que participan

Personas sin hogar y/o usuarias de drogas (2 hombres y 3 mujeres).

Recursos necesarios

Furgoneta "Verdear" para realizar los desplazamientos a la actividad. Los participantes debían llevar ropa de abrigo.

Metodología

Se acuerda la recogida por parte de Verdear de los participantes en Médicos del Mundo Vigo a las 8:00h el día 26/06/23.

Duración actividad: "Jornadas" y "Ruta Forestal Andaina Senderismo" 12 horas
"Reto 24 horas - Acampada Cuidando de la naturaleza" 24 horas

Normas:

- No se puede llevar ningún tipo de drogas, ni alcohol, ni tabaco,
- Tan solo podrán llevar la medicación prescrita, por su médico de referencia.
- Las personas que sientan indisposición tendrán que abandonar el reto. Habrá una furgoneta a su disposición para realizar desplazamientos.

Valoración y resultados

Las personas participantes realizaron una valoración muy positiva de la actividad y muestran su interés en seguir realizando actividades conjuntas con esta entidad desarrolladas en un entorno de naturaleza.

Los TdD, tras su participación en la actividad, se mostraron más participativos también en otras actividades y jornadas que se realizaron posteriormente en MdM, favoreciendo su vínculo como centro de referencia desde un perfil más formativo y empoderado.

Esta práctica innovadora podría ser replicada con mayor facilidad en su primera parte de la actividad: "Asistencia a Jornadas formativas" y "Ruta Forestal Andaina Senderismo" como espacio facilitador de cambio y mejora en el autocuidado personal y empoderamiento.

También podría incorporarse la propuesta de ser una actividad liderada por un agente de salud, tal como se realizó en este caso.

MELILLA - 'CUIDARTE'

Contexto de intervención

Iniciativa que complementa y potencia el bienestar psicosocial de las mujeres migrantes que participan en talleres de apoyo mutuo (GAM) en Melilla activando sus recursos de autocuidado. En un principio la iniciativa surgió como un modo 'activo' de comenzar las sesiones del grupo GAM de reciente creación, pero al ver la gran acogida que tuvo la iniciativa entre las mujeres participantes se decidió desde coordinación intensificar el trabajo sobre autocuidado y dotarlo de entidad propia dentro de este grupo de mujeres.

Actualmente, la actividad la imparte una psicóloga experta que actúa como voluntaria y que, tras intervenir en las primeras 4 sesiones del grupo GAM de mujeres migrantes, dedica una sesión de cada cuatro a practicar el autocuidado.

Tipos de intervención

Con ejercicios y juegos outdoor e indoor que involucran siempre dos elementos clave:

- Una tarea activa, corporal por parte de las mujeres que participan (todas actúan, de forma colectiva y de forma individualizada)
- Implicación de un componente artístico: música, role playing teatralizado o improvisaciones, expresión corporal o aromaterapia

Se afianza la asimilación de ideas relativamente abstractas que interesan al proyecto global porque expresan valores prioritarios en el proyecto: el respeto a una misma, la escucha, el valor del silencio, la empatía, la confianza.

Así, las mujeres aprenden 'desde dentro' gracias a la actuación, el ritmo y la música, el dibujo o poniendo a prueba sus cinco sentidos estas claves tan importantes para su propio crecimiento personal.

Componente innovador

Incorporar las rutinas y ejercicios a través de la **práctica artística**, ya sea ésta **corporal, musical, de dibujo/ collage**, a través de distintos **aromas o sabores**, etc. El componente outdoor también es innovador, permitiendo a las mujeres expuestas a situaciones de discriminación "apropiarse" del "espacio público" y utilizarlo para el autocuidado.

Objetivos de la actividad

Practicar recursos de autocuidado con las participantes y fijarlos para que ellas puedan utilizarlos 'a demanda' como parte de un arsenal propio de recursos para empoderamiento, relajación, etc.

Perfil de las personas que participan

Mujeres mayores de edad, principalmente migrantes, con sobrecarga de responsabilidades, con dificultades para establecer pautas de cuidados mentales para fomentar su bienestar y empoderamiento.

Recursos necesarios

Música grabada y reproductor, revistas para recortes, cartulinas, pegamento en barra y tijeras, pañuelos para tapar los ojos, tapones de las orejas, dos botellitas de aceites esenciales, frutas (cada día se trabaja un sentido).

Metodología

Sesión de 90' (una vez al mes).

Valoración y resultados

CuidArte está en período de prueba y 1ª implantación. De momento la acogida por parte de las mujeres es muy buena. Más adelante se estudiará incluir la iniciativa de modo oficial en un taller y medir TIPS relacionados con la sensación subjetiva de bienestar, estrés, etc.

4.5. TRABAJO EN RED

Las entidades que trabajan con personas vulnerables desarrollan un papel de apoyo y acompañamiento emocional que es fundamental para el bienestar de los colectivos con los que intervienen. En este contexto, tras los principales resultados de la investigación, se desarrolló la segunda línea del proyecto que consistía en generar grupos de trabajo en red a nivel estatal para profesionales del tercer sector con intervención directa en salud mental y acompañamiento psicosocial con personas vulnerables. Mediante los encuentros generados, se ha buscado, compartir con otras entidades el conocimiento generado en la presente investigación, y paralelamente, establecer espacios de intercambio, formación y coordinación necesarios para mejorar la intervención directa en salud mental y acompañamiento psicosocial con personas vulnerables.

Entre los principales consensos conseguidos destacan:

- Reactivación de un grupo de trabajo preexistente, por lo que se establecen sucesivas reuniones para fomentar el trabajo del grupo y el intercambio de conocimientos en este ámbito de intervención (independientemente del marco del proyecto). El grupo acuerda establecer reuniones mensuales rotando el espacio y la organización entre las distintas entidades que lo componen. En su mayoría son entidades que trabajan en el ámbito de migraciones forzadas, Protección Internacional y en contextos de prostitución y Trata de seres humanos.
- Surge la propuesta de trabajo en Red de aprovechar las reuniones en distintas entidades participantes para, conocer (a través de una breve exposición), los enfoques y metodología en la intervención directa en salud mental y acompañamiento psicosocial de las profesionales de distintas entidades.
- Se considera pertinente realizar conjuntamente un mapeo de recursos de salud mental.
- Se pueden identificar barreras en el acceso a los recursos públicos de salud mental para la población desplazada o con necesidades de PI, VTSH y personas migrantes vulnerables. Posteriormente se valorará si apoyándose en MDM y/o otras plataformas se puede hacer incidencia o al menos contribuir a visibilizar esas barreras.

- Se valora de forma positiva, dedicar el espacio del grupo a actividades con un componente formativo y/o de cuidados.

Por último, se comparten los resultados de grupos de trabajos temáticos organizados a lo largo de los encuentros con los/as profesionales, estructurados en 4 ejes, siguiendo un modelo DAFO modificado con las siguientes categorías: obstáculos y aciertos (en relación con la situación presente), retos y recomendaciones (de cara al futuro). Los temas abordados han sido: Nivel de coordinación entre el Sistema público de Salud con servicios de salud mental; diagnóstico del impacto psicosocial (necesidades específicas detectadas en los colectivos vulnerables que se atienden); propuestas comunitarias; estrategias de trabajo en red (TABLA 3).

TABLA 3: COORDINACIÓN CON EL SISTEMA PÚBLICO SALUD

OBSTÁCULOS	ACIERTOS
Dificultad para conseguir derivación a salud mental desde atención primaria (enfoque medicalizado, tiempos de demora, etc.).	Trabajo en red con SNS, e idealmente identificar personas "aliadas" colaborativas.
Personal médico que no conoce o no usa servicios de mediación, falta de formación transcultural en el sistema público.	Servicios de mediación/traduccion disponibles, pero con carencias
Actitudes racistas y poco sensibles a las diferencias culturales.	Unidades transculturales en Barcelona (en hospitales públicos)
Personal salud mental SNS resistencia a elaboración de informes	
RETOS	RECOMENDACIONES
Introducir en SNS perspectiva transcultural	Mejora del acceso/calidad de los servicios de mediación/traducción.
Mejor coordinación de las quejas para hacer incidencia.	Trabajar intérpretes que ya conocemos (salud mental requiere conocimientos específicos)
	Introducir/divulgar conocimiento sobre modelos de sanación no occidentales
	Dedicar más tiempo a los acompañamientos (creación de vínculo y fuente de información); poner en valor estos espacios/inversión de tiempo.

TABLA 4: DIAGNÓSTICO DEL IMPACTO PSICOSOCIAL (NECESIDADES ESPECÍFICAS DETECTADAS)

OBSTÁCULOS	ACIERTOS
<p>En mujeres en sit. de prostitución y en Solicitantes de PI, síntomas de Trauma complejo.</p> <p>Síntomas disociativos.</p> <p>Problemas consumo de sustancias (También en menores no acompañados/as y mujeres en contexto de prostitución.</p> <p>Equipos interdisciplinarios no formados en enfoques sensibles al trauma.</p> <p>Culpa del superviviente en supervivientes de naufragio.</p>	<p>La espiritualidad y las creencias religiosas como factor protector (p ej. Ante la conducta suicida).</p>
<p>Bajos presupuesto y recursos para el acompañamiento a salud mental de personas vulnerables.</p> <p>Contexto culpabilizador y estigmatizante (a veces vinculado a mandatos patriarcales y a mensajes religiosos que vinculan los problemas de salud mental al pecado o a la falta de fe).</p>	<p>Maternidad como factor protector y motivación para salir adelante en casos extremos (vinculado a género y rol de cuidadora).</p>
<p>Menores vulnerables fuera del foco de la mayor parte de los programas específicos de SMAPS (Salud Mental y Apoyo Psicosocial) cuando llegan con sus familias. (Solicitantes de PI, o mujeres en situación de prostitución).</p>	<p>Alta especialización de los equipos SMAPS, en una diversidad de temáticas.</p>
<p>Riesgos psicosociales vinculados a la intervención directa con personas vulnerabilizadas.(Burnout) fatiga por compasión.</p> <p>Tiempos de intervención psicosocial, (en programas subvencionados) poco acordes a la realidad de los impactos observados en las personas vulnerables.</p>	<p>Gran adaptabilidad de las profesionales de acompañamiento psicosocial.</p>
RETOS	RECOMENDACIONES
<p>El cuidado de las profesionales intervinientes desde las organizaciones.</p> <p>La posibilidad real de autocuidado de las profesionales intervinientes.</p>	<p>Supervisión de casos desde un enfoque intercultural/transcultural.</p> <p>Sensibilidad y humildad cultural, ampliar la competencia cultural de las profesionales intervinientes.</p>

<p>Abordaje interdisciplinar de los casos. Seguimiento psicosocial de la medicación en coordinación con los servicios psiquiátricos del sistema público.</p> <p>Situar el foco en la infancia dentro de los colectivos vulnerabilizados.</p>	<p>Aprovechar el espacio de trabajo en red para realizar y proponer autoformaciones en temáticas de interés identificadas por el grupo (incluyendo herramientas, competencia cultural, cuidado de equipos.)</p> <p>Compartir herramientas útiles adaptadas transculturalmente: Ej guía "Doing what matters intime of stress"OMS.</p>
<p>Evaluar el impacto de las intervenciones, generar conocimiento y compartirlo desde la intervención directa.</p>	<p>Impulsar un abordaje interdisciplinar en los equipos de intervención.</p> <p>Formar a equipos intervinientes en "enfoque sensible al trauma" (formaciones externas"</p> <p>Los/las intérpretes y mediadoras como figuras imprescindibles. Importante ofrecerles formación en Acompañamiento psicosocial. Ampliar tiempos para en trabajo en salud mental con las personas supervivientes a vulneraciones de derechos (independientemente de los tiempos de los recursos de acogida). Facilitar recursos para asegurar un seguimiento a medio plazo.</p>

TABLA 5: PROPUESTAS COMUNITARIAS

OBSTÁCULOS	ACIERTOS
<p>No se prioriza, ni a la hora de adjudicar presupuestos, ni en la visión estratégica de las organizaciones.</p>	<p>Estas acciones tienen mayor sostenibilidad a largo plazo, y más allá de los límites de las propias intervenciones.</p>
<p>No se valora</p>	<p>Generar nexos entre las comunidades y los barrios de acogida</p>
<p>La burocracia y las formalidades que requieren las acciones sociales pueden chocar con las dinámicas comunitarias.</p>	<p>Organizar talleres de sensibilización para generar mayor empatía (p.ej: con colegios)</p>
<p>En el contexto de la prostitución hay dificultades añadidas, por los estigmas existentes.</p>	<p>Implicación/empoderamiento de los actores comunitarios</p>
RETOS	RECOMENDACIONES
<p>Perspectiva eurocéntrica y sociedad individualista no encajan bien con dinámicas comunitarias</p>	<p>Realizar análisis socio comunitario para generar vínculos y presentar a las comunidades</p>
<p>Barreras socioeconómicas limitan el alcance de iniciativas. (P.ej: en barrios de renta alta hay menos conciencia e implicación con la integración de personas refugiadas)</p>	<p>Fomentar grupos de apoyo mutuo/comunitario</p>

TABLA 6: ESTRATEGIAS TRABAJO EN RED

OBSTÁCULOS	ACIERTOS
Falta de tiempo para una intervención individualizada y acorde a la vulnerabilidad de las personas atendidas.	Funciona cuando se enmarca en aportaciones complementarias (cada una/o aporta sus recursos específicos)
Los compromisos de trabajo en red siguen una lógica propia de actividad de un proyecto y muchas veces se solapan entre organizaciones	Funciona cuando se organiza por un evento en concreto (por ejemplo 24-J día de la masacre de Melilla)
Falta un liderazgo claro	
Recursos desiguales según la organización	
Pueden ocasionarse bloqueos desde “arriba”	
Alta rotación por desgaste emocional del personal	
Estructura del trabajo que no sostiene el desgaste del personal (no contiene)	
RETOS	RECOMENDACIONES
Objetivo común de incidencia	Estar insertos en una estrategia global integrada y objetivos compartidos y complementarios con una meta definida
Transversalidad	Unificar y formalizar los canales de comunicación (procurar evitar el WhatsApp)
Integralidad	
Interdisciplinariedad	
Estructura y estabilidad	

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La ejecución del proyecto y sus acciones tanto de investigación como de intervención grupal, han permitido validar las conclusiones del estudio y la propuesta metodológica desarrolladas en 2022 y publicadas en la Guía “Acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada” (Médicos del Mundo, 2022) y en el Informe “ (Médicos del Mundo, 2022)

El grupo de TdD participantes en las actividades tanto individuales como grupales, y la evaluación previa de su situación de ajuste psicosocial y de indicadores de salud mental, ha permitido arrojar algunos resultados interesantes que pueden orientar futuras intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial:

- Las personas en distintas situaciones de vulnerabilidad que conforman la muestra reconocen en su mayoría, dificultades frecuentes relacionadas con **trastornos del sueño, nerviosismo constante**, o tendencia al **aislamiento o retraimiento social**.
- Sin existir problemas de salud física previos, coinciden en un alto porcentaje en señalar síntomas frecuentes de **activación fisiológica, molestias osteomusculares cronicadas, y sensación de fatiga y cansancio** de forma habitual.
- Al inicio de la intervención, la mayoría de los y las TdD, a nivel cognitivo relatan **preocupaciones recurrentes** y una habitual **sensación de fracaso e impotencia**.
- A nivel emocional, la gran mayoría de TdD manifestaban de forma frecuente **síntomas de duelo** (incluido duelo migratorio), así como **tristeza y apatía** de forma recurrente.
- En coincidencia con el estudio de año anterior, un alto porcentaje reconoce haber vivido **experiencias potencialmente traumáticas**, en la mayor parte de los casos relacionadas con algún tipo de violencia.
- En cuanto al consumo de sustancias, el consumo habitual de **cocaína y de tabaco** estaba marcadamente más presente en personas con algún **trastorno previo de salud mental**.
- En cuanto a las estrategias de **afrentamiento y resiliencia** presentes al inicio de la intervención, las desplegadas de forma mayoritaria en las personas incluidas en la muestra son: sus **creencias espirituales y religiosas, la capacidad de planificación y metas a medio plazo**, la capacidad de **autogestión emocional** (que incluye el humor y el optimismo realista) y el **apoyo familiar**, que incluye la familia en países de origen en el caso de las personas migrantes.

A nivel más específico:

- Las **personas migrantes** presentan en su gran mayoría síntomas de **duelo migratorio complicado** (agravado por las situaciones de vulnerabilidad), tal y como ya ocurría en el estudio del año anterior. Los estresores múltiples en el país de acogida son identificados por la gran mayoría de la muestra, **más frecuentes en el caso de las mujeres**.
- Las personas en situación de **sinhogarismo** que perciben más **aislamiento social** presentan más síntomas de **ansiedad, activación e hipervigilancia**. Además, tenían de partida más **dificultades de adherencia** a las intervenciones.

- Las **mujeres en situación de prostitución** manifestaban más **síntomas vinculados a posibles experiencias traumáticas o exposición a violencias**.
- En las **personas mayores en contextos de exclusión**, el **aislamiento social** y la **casi total ausencia de actividad física** eran los principales riesgos para la salud mental detectados de inicio.

En cuanto al impacto de las intervenciones en Salud Mental y Acompañamiento psicosocial cabe destacar que:

- Se valida la propuesta metodológica expuesta en la “Guía de Acompañamiento psicosocial y atención en salud mental con población vulnerabilizada”, dado que **tanto, las intervenciones más puntuales como las de proceso, generan impactos positivos** a pesar de realizarse en periodos de tiempo relativamente cortos.
- Las **intervenciones tanto individuales como grupales contribuyen a la reducción de síntomas ansioso-depresivos** de forma significativa.
- La participación en **acciones grupales** genera una percepción de **mejora a nivel emocional** el más del 80% de TdD. Además, en la mayoría de los casos, genera una **mayor predisposición a la participación en otras actividades** propuestas desde el tejido asociativo.
- La **mejoría es más clara en aquellas personas con un itinerario individualizado de intervención** que combina, intervención psicológica individualidad, participación en acciones grupales y acompañamiento psicosocial.
- En cuanto a las estrategias de afrontamiento, en la **intervención integral** se observa que tiende a generarse una **mayor percepción de apoyo social**, así como un **sentimiento de pertenencia grupal** e identidad basada en el papel de superviviente. En este sentido, se ha observado también que aumenta con creces la adhesión a las intervenciones en salud mental, tanto público como privado, en personas vulnerables.
- Independientemente del perfil de vulnerabilidad, las personas participantes al finalizar la intervención **refieren encontrarse mejor** en su día a día, **mejoran en autoconcepto**, tienen **mejores expectativas con respecto al futuro y se muestran satisfechas con las intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial**.
- Las **profesionales** que han intervenido consideran que la guía metodológica ha supuesto un **apoyo como marco conceptual y operativo muy valorado**.
- Las TdR destacan especialmente: la notable **mejora en adherencia** a la intervención en el caso de **personas en situación de sinhogarismo**. La **necesidad de ampliar tiempos de intervención individual** sobre todo en el caso de **personas (mayoritariamente mujeres), expuestas a situaciones de violencia**, sobre todo en los contextos prostitucionales.
- La figura de la **mediación intercultural** vuelve a aparecer como **imprescindible** para garantizar una intervención real en contextos de intervención con **personas de orígenes culturales diversos**.
- Los aspectos más valorados por las y los TdD en cuanto a las intervenciones en salud mental y acompañamiento psicosocial tienen que ver con: la **generación de espacios de vinculación segura** y la oportunidad de tener nuevos **espacios de ocio y autoconocimiento**.

- Los aspectos en los que los y las TdD centran la **utilidad de las intervenciones** son fundamentalmente: el **sostén y apoyo emocional** vinculado a espacios de **calidez y cercanía** que no siempre perciben en las atenciones el sistema público, así como el impacto en su **motivación para el cambio y en su autoconciencia relacionada con la salud mental**.
- La generación de **espacios de trabajo en red y el abordaje comunitario**, como recomendaciones ya identificadas tanto en la guía metodológica como en el informe de investigación 2023, se han abordado, en este caso, a través de **reuniones de trabajo en red con profesionales de la salud mental y el acompañamiento psicosocial en el tercer sector** (más centrados en la intervención en contextos migratorios), y **mediante la identificación de prácticas innovadoras**.
 - Las conclusiones de los grupos de trabajo en red y las propuestas arrojadas de los mismos, van en sintonía con las conclusiones extraídas del testeo de la propuesta metodológica (Epígrafe 4). De entre ellas, destaca la necesidad de abordajes comunitarios, la mejora de la competencia cultural de los y las profesionales de la salud mental, la pertinencia de seguir fomentando espacios de intercambio, y la necesidad de formaciones interdisciplinarias sobre enfoques sensibles al trauma.
 - Se han recogido 8 prácticas innovadoras en 8 localizaciones territoriales distintas caracterizadas por su componente comunitario, grupal y preventivo, y por fomentar el voluntariado en salud mental. En 2024 una selección de dichas propuestas será testadas en distintos contextos y con distintos perfiles para seguir facilitando la generación de conocimiento y el trabajo en red.

Por último, es muy importante reseñar el papel del voluntariado especializado en salud mental a distintos niveles: En la recogida de información en algunas localizaciones, en espacios grupales y prácticas innovadoras, ya fuera como dinamizadores en talleres o agentes de salud en otras acciones, e incluso como apoyo en el análisis de datos en el presente informe.

6. BIBLIOGRAFÍA EMPLEADA

- Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Norte de salud mental,
- Adell Carrasco F. et al (Coordinador (2021). Intervención psicológica y psicosocial a través de la actividad físico-deportiva con Solicitantes de Protección Internacional-FOCAD. Consejo General de la psicología en España.
- Fernández Liria, A. (2022). Buscando un nuevo paradigma para la Salud Mental CTXT contexto y acción. Número 289- octubre 2022. <https://ctxt.es/es/20221001/Firmas/41089/salud-mental-psiquiatria-biologicismo-antidepresivos-serotonina-alberto-fernandez-liria.htm>
- Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026. Borrador. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>
- Mori Sánchez, M. P. Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. Liberabit. Revista Peruana de Psicología [en línea] 2008, 14 [Fecha de consulta: 12 de agosto de 2019] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68601409> ISSN 1729-4827
- Montenegro, M., Rodríguez, A. & Pujol, J. (2014). La Psicología Social Comunitaria ante los cambios en la sociedad contemporánea: de la reificación de lo común a la articulación de las diferencias. Psicoperspectivas, 13(2): Pág. 32-43.
- Montero, M. La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología 1984, 16. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80516303> ISSN 0120-0534
- Muruaga López de Guereñu, S.; Pascual Pastor, Páez D. (Universidad País Vasco), González Castro JL (Universidad de León), Aguilera Torres N. (INSERM, París), Zubieta Casullo E. (Universidad País Vasco)-Identidad cultural, Aculturación y Adaptación de los Inmigrantes Latinoamericanos (chilenos)en el País Vasco. (1999)
- OMS (2005). Declaración de Helsinki. Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf
- OMS (2016). 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-sp.pdf
- OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- OMS (2022) World Mental Health Report. Transforming Mental Health for All.
- Sayed-Ahmad Beirutí, N. (Coordinador)Programa de atención a población inmigrante en Salud Mental- (Grupo de Trabajo de salud Mental e inmigración)-2007- Junta de Andalucía.
- Villa Gómez J.D., La Acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales- 2012)- El Ágora USB Vol. 12 n2.

Libros

- Achotegui, J (2022). Los Siete Duelos de la Migración y la Interculturalidad. Ned Ediciones
- HOFSTEDE, G. (2001). Culture´s Consequences: Comparing Values, Behaviours, Institutions, and Organizations across Nations. 2nd Edition. USA, CA: Sage Publications.
- Pérez-Sales P. (Coord.) 2003-Psicoterapia de respuestas traumáticas Vol1: Trauma y resistencia- Ed UCM/ Grupo de Acción Comunitaria-Escuela de Salud Mental. Asociación Española de Neuro psiquiatría.
- Pérez- Sales P-2004- Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases prácticas para la Acción- Desclée de Brouwer- Biblioteca de psicología.
- Retolaza, A. (2021). Los determinantes sociales de la salud mental. Galde, 33.
- Ruiz Álvarez, M. et al (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Revista Española de Salud Pública Volumen 96. 24
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf
- Worden, J. (1997). Las cuatro tareas del duelo. Worden JW: El Tratamiento Del Duelo, Asesoramiento Psicológico y Terapia. Barcelona: Paidós

ANEXO 1. GRÁFICOS Y TABLAS

Gráficos:

- Gráfico 1: Perfil de género en la muestra de TdD.
- Gráfico 2: Participantes por edad.
- Gráfico 3: Participantes por origen.
- Gráfico 4: Factores de vulnerabilidad.
- Gráfico 5: Estrategias de afrontamiento.
- Gráfico 6: Síntomas conductuales frecuentes.
- Gráfico 7: Síntomas físicos.
- Gráfico 8: Síntomas cognitivos.
- Gráfico 9: Síntomas emocionales.
- Gráfico 10: Síntomas vinculados a la exposición a situaciones potencialmente traumáticas.
- Gráfico 11: Consumo de sustancias.
- Gráfico 12: Situación de salud mental previa a la intervención integral.
- Gráfico 13: Impacto del duelo migratorio.
- Gráfico 14: Impacto del sinhogarismo.
- Gráfico 15: Factores de fragilidad en personas mayores.

Tablas:

- Tabla 1: Aspectos de la intervención más valorados por TdD
- Tabla 2: Utilidad percibida de las intervenciones SMAPS por TdD.
- Tabla 3: Coordinación con el sistema público de salud.
- Tabla 4: Diagnóstico del impacto psicosocial en persons migrantes vulnerabilizadas.
- Tabla 5: Propuestas comunitarias.

ANEXO 2. VALORACIÓN PREVIA SALUD MENTAL - SESIONES GRUPALES O APOYO PSICOSOCIAL

FACTORES PREVIOS DE VULNERABILIDAD AL INICIO DE LA INTERVENCIÓN (Elección múltiple)

<input type="checkbox"/> Mujer sola	<input type="checkbox"/> Situación administrativa irregular	Trata <input type="checkbox"/> Indicios <input type="checkbox"/> Confirmada
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Responsabilidades familiares	<input type="checkbox"/> Víctima de VDG
<input type="checkbox"/> Persona mayor (>50)	<input type="checkbox"/> Persona migrante	<input type="checkbox"/> Pertenencia a grupo social/étnico determinado
<input type="checkbox"/> Persona en situación de consumo activo	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de la lengua	<input type="checkbox"/> Deuda económica
<input type="checkbox"/> Situación de prostitución	<input type="checkbox"/> Situación de sin hogarismo :	<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental.
<input type="checkbox"/> Situación de pobreza (autopercebida)	<input type="checkbox"/> Menor no acompañado/a	<input type="checkbox"/> Discapacidad reconocida
<input type="checkbox"/> Sin acceso al sistema sanitario		

SINTOMAS FISICOS/SOMATICOS y/O CONDUCTUALES: (Malestares físicos repetitivos en las personas, que pueden estar reflejando o expresando un malestar emocional)

Cuando atravesamos una situación estresante, un periodo de duelo o un momento de adaptación complicado en nuestras vidas el cuerpo lo expresa de alguna manera. A mayor dificultad personal o barrera cultural para expresar emociones, más tendencia a “somatizarlas” o que se expresen a través del cuerpo. En la tabla aparecen ejemplos comunes (y leves en general) que nos indican que la persona puede estar somatizando su estrés o malestar. No son únicos ni excluyente, pero nos dan una pista.

Síntomas	Ejemplos observables en la intervención
Insomnio	Comenta tener dificultades para dormir, o muestra tener sueño/cansancio durante el día.
Fatiga cansancio (cronificado)	La persona se muestra cansada, apática con poco dinamismo.
Nerviosismo, inquietud de movimiento	A veces se refleja como déficit de atención (trata de hacer muchas cosas, se mueve mucho, pero es poco eficaz, no está centrado/a)
Fuma en exceso	Reconoce necesidad de fumar más de lo que era habitual, O incluso personas que antes no fumaban y relatan que en su momento actual han empezado a fumar.
Consumo de Alcohol	La persona Reconoce necesidad de beber alcohol. Profesionales o personas voluntarias relatan verle/a bajo los efectos del alcohol.
Comer en exceso	Quejas por haber subido de peso o tener hambre a todas horas, necesidad de “picotear” fuera de las horas de comida
Falta de apetito	Pérdida de peso preocupante. Falta de interés en lo relativo a la comida, desinterés al realizar lista de la compra.
Duerme en exceso	Llega tarde o no llega a citas que son por la mañana (excluyendo los casos en que trabaje de noche). Personas cercanas o la propia persona relatan que duerme más de lo habitual.
Molestias abdominales, estomacales	Refieren que no les sienta bien la comida, acuden o solicitan acudir al médico por molestias estomacales. Refieren tener vómitos, diarrea o colitis con cierta frecuencia. No se detecta una patología física concreta que lo justifique.
Molestias torácicas o respiratorias	Presión en el pecho, molestias para respirar, jadeos, respiración acelerada, dolor en el pecho palpitaciones. (habiendo descartado causas orgánicas)

Molestias osteomusculares	Frecuentemente dolor en cuello y espalda, por ejemplo.
Problemas cutáneos	Erupciones en la piel, lesiones por rascado, problemas cutáneos que la persona relata no haber tenido en otros momentos de su vida. También preocupación (más frecuente en mujeres) por caída de cabello.
Dolores de cabeza	Quejas o visitas recurrentes al médico por cefaleas.
Retraimiento	Prefiere quedarse en casa a salir: Evitación de situaciones en las que tiene que relacionarse con otras personas.
Consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento	No necesariamente un trastorno adictivo, pero si un inicio o incremento de consumo de sustancia con el objetivo de evadirse o de afrontar una situación problemática o estresante.

Síntomas conductuales	
Insomnio	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Duerme en exceso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Nerviosismo, inquietud de movimiento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Fuma en exceso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Comer en exceso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Falta de apetito	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Incremento del consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Consumo de otras sustancias como estrategia de afrontamiento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Retraimiento/aislamiento	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Síntomas físicos	
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Molestias osteo musculares	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Problemas cutáneos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Molestias torácicas y/o respiratorias	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Molestias abdominales o gastrointestinales	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Sensación de fatiga o cansancio (cronificado)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

SINTOMAS MENTALES/EMOCIONALES

Los cambios que supone un proceso migratorio, así como las experiencias vividas en contextos de vulnerabilidad, La incertidumbre, las situaciones de sinhogarismo, el contexto prosti-tucional etc..., generan una gran cantidad de aspectos a procesar tanto mental como emocionalmente. El estar "digiriendo" todo esto puede provocar que el funcionamiento cotidiano a nivel cognitivo y emocional se vea alterado. En la tabla aparecen varios ejemplos a los que prestar atención. Pueden darnos pistas, si se dilatan en el tiempo de que la persona, necesita un acompañamiento psicosocial.

Síntoma / indicador	Ejemplos
Dificultad para centrarse/Bloqueo	Desorientación, despistes, pérdida de objetivos. Dificultades (no idiomáticas) para comprender un itinerario de intervención. Las personas que intervienen aprecian que no hay muchos avances. Dificultad para centrarse en actividades formativas o informativas.
Baja memoria a corto plazo	Olvida citas, tareas que se le han encomendado, nombres de paradas de metro, Direcciones...Dificultad para retener información muy cotidiana (Domicilio, nombre del personal de referencia, del colegio de los hijos pej...)
Preocupaciones recurrentes	Preguntan mucho sobre un tema, piensan mucho en un tema, pensamientos negativos recurrentes sobre la situación o hecho concreto, visión negativa y pesimista de la situación actual).
Recuerdos intrusivos constantes	La persona relata que "le vienen" imágenes o recuerdos que no puede apartar de su mente. También pueden aparecer en forma de sueños o pesadillas.

Impotencia /sentimiento de fracaso/ pérdida de status/perdida de sensación de control/desesperanza	La persona se muestra desanimada, a veces desplaza su malestar con quejas relativas al país de acogida (en caso de personas migrantes), a las organizaciones y profesionales con quienes se vincula etc....Hace alusiones a "quien era" en su vida anterior. Puede manifestar que "ha sido un error venir o participar en el programa, o pedir ayuda etc..".
Miedo asociado a la inseguridad personal/familiar	Necesidad muy recurrente de conectarse a internet, Estar pendiente del teléfono ir al locutorio etc....expresa preocupación, evita determinados lugares, o contacto con determinadas personas. Miedo a tener pinchado el teléfono.
Conductas de huida Retraimiento	
Vergüenza	Muestra incomodidad o vergüenza en algunas situaciones como acompañamientos, acciones de apoyo social, recibir ayuda... En la entrevista individual tiende a bajar la mirada y cuesta mucho que transmita información
Irritabilidad/enfado	La persona puede estar instalada la queja, mostrarse irascible con las personas cercanas, mostrarse muy demandante. Ante cualquier señalamiento del equipo técnico reacciona a la defensiva.
Tristeza/llanto	El llanto es una conducta normal y adaptativa y es normal que ocurra en situaciones de entrevista, ante situaciones de estrés o cuando la persona está narrando aspectos dolorosos de su vida. Observar si la persona llora con mucha frecuencia o si personas de su entorno están preocupadas al respecto. O si la persona se queja de llorar "por cualquier cosa" o de tener ganas de llorar y no permitirse hacerlo.
Miedo Generalizado	La persona se sobresalta con facilidad, se resiste a salir sola a la calle, evita el contacto con otras personas. Se asusta con cualquier ruido o si alguien eleva la voz.
Sentimiento de culpa	En las entrevistas o en conversaciones informales, cuestiona sus decisiones y se culpa. Parece esperar un "castigo" y cualquier situación negativa a la que se enfrenta, la vive como tal.
Ideas de muerte/suicidio.	Manifestadas a personal de apoyo o a miembros de su familia o red de apoyo. Muy importante detectarlas.
Síntomas de duelo	Síntomas depresivos, apatía.
Fobias específicas/evitación	La persona muestra un miedo irracional a alguna situación concreta sin que los técnicos entiendan por qué (Coger el teléfono, la oscuridad, los espacios cerrados, las aglomeraciones de gente, las personas con uniforme)

Síntomas Cognitivos/Mentales	
Bloqueo /Desorientación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Problemas de memoria a corto plazo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Impotencia / sensación de fracaso	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ideación autolítica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Preocupaciones recurrentes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Síntomas emocionales	
Miedo asociado a inseguridad personal /familiar	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Vergüenza Recurrente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Irritabilidad enfado Recurrentes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Sentimiento de culpa	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tristeza/apatía	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Sensación de vacío vital	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Síntomas de duelo	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Incapacidad para el disfrute de actividades que antes disfrutaba	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Posible Sintomatología traumática	
Fobias /evitación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Actitud de desconfianza generalizada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Miedo generalizado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Negación de las emociones disociación	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Recuerdos intrusivos constantes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Síntomas depresivos recurrentes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS

Elección múltiple, se trata de identificar qué factores protectores están presentes al inicio de la intervención para luego comparar y ver si aparecen nuevos.

Apoyo familiar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso de respuesta afirmativa ¿quien o quienes son esos apoyos?
Apoyo social/comunitario/personas de referencia/Espacios asociativos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso de respuesta afirmativa: ¿Quién o quiénes? Detallar nombre de los espacios, o de las asociaciones y el tipo de vinculación.
Creencias religiosas/ Espiritualidad / Valores <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si estás presentes como factor protector: ¿Cuáles son?
Actividades de autocuidado/ocio/deporte <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si están presentes ¿Cuáles son? ¿Con qué frecuencia las pone en marcha? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diaria
Prestaciones o ayuda económica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo detallar de qué tipo.
Manejo digital <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Formación académica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo indicar nivel académico
Manejo del idioma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Capacidad de planificación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Actividades de ocio, aficiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo detallar cuales y con qué frecuencia <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Diaria
Factores internos/Estrategias de afrontamiento adaptativas / Resiliencia. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Aspectos como la capacidad emocional, el sentido del humor, estrategias individuales de control del estrés, etc.)	En caso afirmativo detallar cuáles.

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y DE SITUACIÓN SALUD MENTAL

1. Lugar

2. Entrevistador

3. N.º Identificación MDM:

4. Perfil

- PSH PSP Menores migrantes Personas migrantes Personas mayores

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

5. Género

- Mujer Cis Hombre Cis Mujer trans Hombre trans Género no binario

6. Edad

- Menor 18-24 años 25-34 años 35-44 años
 45-54 años 55-64 años Más de 65 años

7. ¿Eres una persona migrante?

- Sí (en este caso se sigue con pregunta 8 a 10)
 NO (se salta a pregunta 11)

8. País de origen

9. Nacionalidad

10. Tiempo en España

- Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años
 Entre 5 y 10 años Más de 10 años

SITUACIÓN SALUD MENTAL		
11. Factores de Riesgo para la salud mental (Respuesta múltiple)		
<input type="checkbox"/> Situación administrativa irregular	Trata <input type="checkbox"/> Indicios <input type="checkbox"/> Confirmada	
<input type="checkbox"/> Menor de edad	<input type="checkbox"/> Responsabilidades familiares	<input type="checkbox"/> Víctima de VDG
<input type="checkbox"/> Persona mayor (>50)	<input type="checkbox"/> Persona migrante	<input type="checkbox"/> Pertenencia a grupo social/étnico determinado
<input type="checkbox"/> Persona en situación de consumo activo	<input type="checkbox"/> Desconocimiento de la lengua	<input type="checkbox"/> Deuda económica
<input type="checkbox"/> Situación de prostitución	<input type="checkbox"/> Situación de sin hogarismo	<input type="checkbox"/> Trastorno de salud mental.
<input type="checkbox"/> Situación de pobreza (autopercebida)	<input type="checkbox"/> Menor no acompañado/a	<input type="checkbox"/> Soledad no deseada
12. Presenta problemas los siguientes (Respuesta múltiple)		
a) Psicológicos y emocionales. b) Trastorno de salud mental diagnosticado: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Cuál? c) Patología dual: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
13. Se detectan síntomas de ansiedad en el último mes <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> Activación fisiológica: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Irritabilidad, irascibilidad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Tensión muscular: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Hipervigilancia: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Fobia social: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Conductas evitativas: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
(1 equivale a muy poca sintomatología y 5 a niveles muy altos o mucha frecuencia en los últimos días)		

SITUACIÓN SALUD MENTAL

14. Se detectan síntomas depresivos en el último mes SÍ NO

- Activación fisiológica:** 1 2 3 4 5
- Ánimo deprimido la mayor parte del día.** 1 2 3 4 5
- Anhedonia. Desinterés por actividades que antes disfrutaba.**
 1 2 3 4 5
- Pérdida o aumento de peso sin dieta consciente asociada**
 1 2 3 4 5
- Cansancio. Fatiga. Pérdida de energía** 1 2 3 4 5
- Dificultades de concentración** 1 2 3 4 5
- Insomnio hipersomnias** 1 2 3 4 5
- Ideación suicida (Sin planificación)** 1 2 3 4 5
- Ideación suicida (con planificación)** 1 2 3 4 5
- Sentimientos recurrentes de culpa, vergüenza y/o inutilidad**
 1 2 3 4 5
- Sentimiento de soledad** 1 2 3 4 5
- Pérdida de objetivos vitales** 1 2 3 4 5

15. Consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento SÍ NO

Sustancia:

- Tabaco:** Ocasional Moderado Alto
- Alcohol:** Ocasional Moderado Alto
- Cocaína:** Ocasional Moderado Alto
- Marihuana:** Ocasional Moderado Alto
- Heroína:** Ocasional Moderado Alto
- Psicofármacos sin seguimiento médico:** Ocasional Moderado Alto
- Otros (_____):** Ocasional Moderado Alto

ESTILO DE AFRONTAMIENTO

Factores Protectores:

16. Apoyo familiar: ¿Cuenta con personas que la apoyen y le ayuden a sentirse mejor?

- SÍ NO Solo apoyos puntuales

17. ¿Quiénes son?

18. Apoyo social/comunitario: ¿Hay alguna entidad donde conecta con personas y que percibe como apoyo? ¿La persona cuenta con redes informales (entidades, grupos de apoyo, amistades, grupo espiritual...)?

- Sí NO Solo apoyos puntuales

19. ¿Cuál o cuáles?

20. Apoyo social/ ¿Hay alguna entidad donde conecta con personas y que percibe como apoyo? (entidades, grupos de apoyo, amistades, grupo espiritual...)

- Sí NO Solo apoyos puntuales

21. ¿Cuál o cuáles?

22. ¿Percibe su sistema de valores como un factor protector? (Religión, espiritualidad, activismo)

- Nada Algo Mucho

23. ¿Cuál o cuáles?

FACTORES DE RESILIENCIA

Se trata de valorar si están presentes al inicio de la intervención, y valorar después si se han potenciado o han aparecido otros con la intervención

24. Pertenencia:

Sentimiento de pertenencia a algún grupo de apoyo: Inexistente- incipiente-moderado-alto. ¿Cuál o cuáles?

Vinculación a espacios grupales: Inexistente- incipiente-moderado-alto

Sensación de pertenencia a grupo de supervivientes (personas con las que comparte situación de vulnerabilidad): Inexistente-incipiente-moderado-alto ¿Cuál o cuáles?

25. Sensación de aislamiento social:

- Baja Media Alta (La perspectiva es que se reduzca con la intervención).

26. Nivel de adherencia a la intervención:

1) Adherencia a la intervención en salud mental en Médicos del mundo:

Alta Intermitente Escasa

2) Adherencia a la intervención en salud mental en el SNS:

Alta Intermitente Escasa

27. Apoyo social percibido:

- Se percibe muy apoyada/o
- Se percibe algo apoyada/o
- Se percibe poco apoyada/o
- No percibe apoyo.

PERSPECTIVAS DE FUTURO

28. Tiene objetivos claros a corto y/o a medio plazo con respecto a su vida.

Sí NO Los establece con dificultad

29. ¿Cuáles?

30. Percibe perspectivas de mejora con respecto a la situación laboral a corto/o medio plazo.

Sí NO Los establece con dificultad

31. ¿Cuáles?

32. Percibe perspectivas de mejora con respecto a su situación de vivienda a corto o medio plazo.

Sí NO Los establece con dificultad

33. Control sobre la propia vida: La persona percibe que tiene control sobre los aspectos más importantes de su vida.

Nada Poco Bastante Mucho

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

34. La persona despliega de estrategias de afrontamiento a nivel conductual:
(1 sería casi nunca y 5 sería con mucha frecuencia)

1 2 3 4 5

35. ¿Cuáles?

34. La persona despliega de estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo:
(creencias y pensamientos que le ayudan a seguir adelante)

1 2 3 4 5

35. ¿Cuáles?

34. La persona despliega de estrategias de afrontamiento a nivel emocional:
(Identificación y regulación de emociones)

1 2 3 4 5

35. ¿Cuáles?

40. Bienestar percibido

"Me encuentro bien la mayor parte del tiempo"

Totalmente de acuerdo Algo de acuerdo
 Algo en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

"Me siento bien conmigo misma/o"

Totalmente de acuerdo Algo de acuerdo
 Algo en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

"Creo que mi salud mental/emocional es buena"

Totalmente de acuerdo Algo de acuerdo
 Algo en desacuerdo Totalmente en desacuerdo

SITUACIONES ESPECÍFICAS:

41. Síntomas traumáticos (transversal).

La persona ha vivido síntomas traumáticos: personas expuestas ahora o en el pasado a situaciones de VDG, abusos u otras violencias asociadas a situaciones de vulnerabilidad)

- SÍ** (se sigue con este apartado)
- NO** (se salta a la siguiente especificidad)

42. Cuantificar de 1 a 5.

(Siendo uno prácticamente inexistente en el momento actual, y 5 frecuente e intenso)

GRUPO DE SÍNTOMAS	SÍNTOMAS
<p>Alteraciones en la regulación emocional</p>	<p>1. Reacciones emocionales extremas, problemas de control de la ira, episodios depresivos. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>2. Consumo de sustancias como mecanismo de autorregulación. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>Alteraciones de la conciencia</p>	<p>3. Intrusión de recuerdos, sueños sentimientos y sensaciones de las situaciones de violencia vividas. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>Alteraciones en la percepción de sí misma/o</p>	<p>4. Culpa y vergüenza con respecto a la violencia vivida. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>5. Baja autoestima y autoconcepto. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>6. Sensación de "daño irreparable" de ser distinta/o a las demás personas. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>7. Sensación de incomprensión."Nadie puede entenderme". <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
<p>Alteraciones en la relación con los/las demás</p>	<p>8. Dificultad para establecer vínculos de confianza. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>9. Dificultad para generar relaciones de intimidad. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>10. Revictimización o victimización de otros. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>

Somatizaciones y problemas médicos	<p>11. Dolencias físicas recurrentes sin un origen médico claro. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>12. Estrés crónico y trastornos somáticos asociados. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
Alteraciones en los sistemas de significado	<p>13. Desesperanza sobre la posibilidad que su sufrimiento sea comprendido por alguien. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>14. Dificultad para encontrar un verdadero sentido a su vida. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>15. Sensación de impotencia e indefensión aprendida. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>
Alteraciones en la relación con los/las demás	<p>8. Dificultad para establecer vínculos de confianza. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>

43. Es una persona migrante.

- SÍ** (se sigue con este apartado)
 NO (se salta a la siguiente especificidad)

44. Indicadores Duelo complicado o Extremo o impactos de migración en situación de vulneración de DD.HH

La familia en el país de origen se encuentra en situación vulnerable.

- SÍ NO

Pensamientos intrusivos recurrentes sobre las circunstancias migratorias

- SÍ NO

Añoranza acompañada de profunda tristeza

- SÍ NO

Estresores múltiples en el contexto del país de acogida

- SÍ NO

Vulneración de Derechos humanos, en el contexto de huida, tránsito migratorio o país de acogida.

- SÍ NO

Aislamiento social

- SÍ NO

Rechazo constante a los cambios producidos por el hecho migratorio

- SÍ NO

Prevalencia de emociones negativas vinculadas al hecho migratorio.

- SÍ NO

45. Impactos relacionados con el proceso de adaptación y estresores asociados

Barrera Idiomática:

- Inexistente Baja Media Alta

Distancia cultural percibida:

- Inexistente Baja Media Alta

Dificultad para mantener el contacto con familia de origen:

- Inexistente Baja Media Alta

Dificultad para establecer relaciones en la sociedad de acogida:

- Inexistente Baja Media Alta

Dificultad para saber cómo comportarse en la nueva cultura:

- Inexistente Baja Media Alta

Sensación de incompetencia en el nuevo contexto cultural:

- Inexistente Baja Media Alta

Percepción de rechazo por personas con las que mantiene contacto en la sociedad de acogida:

- Inexistente Baja Media Alta

Percepción de rechazo institucional en la sociedad de acogida:

- Inexistente Baja Media Alta

Sensación de pérdida de estatus con respecto al que tenía en su país de origen:

- Inexistente Baja Media Alta

Ansiedad vinculada al esfuerzo de adaptación a la cultura de acogida:

- Inexistente Baja Media Alta

Sensación de pérdida de identidad:

- Inexistente Baja Media Alta

Sensación de fracaso con respecto al proyecto migratorio:

- Inexistente Baja Media Alta

46. Estrategias de Aculturación

Contacto con la cultura de origen (personas, costumbres):

- Inexistente Puntual Frecuente Muy frecuente

Contacto cultura de acogida (Personas, costumbres, contexto cultural):

- Inexistente Puntual Frecuente Muy frecuente

47. ¿Es una persona sin hogar?

- SÍ** (se sigue con este apartado)

- NO** (se salta a la siguiente especificidad)

48. Presenta los siguientes síntomas

(puntuar de 1 a 5, siendo uno un nivel mínimo de problemas y 5 un nivel grave)

Presenta problemas de salud (asociados a situación en calle)

1 2 3 4 5

Aislamiento social y dificultades de establecer vínculos de apoyo

1 2 3 4 5

49. Participación en actividades de ocio y tiempo libre

(Puntuar de 1 a 5 siendo uno participación inexistente y 5 alto nivel de participación)

1 2 3 4 5

50. Presenta las siguientes habilidades / hábitos

(puntuar de 1 a 5, 1 sería carencia y 5 un nivel alto)

Habilidades para la resolución de conflictos

1 2 3 4 5

Habilidades para la vida diaria

1 2 3 4 5

Habilidades para la búsqueda de empleo y vivienda

1 2 3 4 5

Presencia de hábitos de autocuidado

1 2 3 4 5

Adherencia a tratamientos (1 Baja - 5 Muy alta)

1 2 3 4 5

51. Sensación de invisibilidad ante la sociedad, exclusión del sistema, rechazo social.

1 2 3 4 5

52. Cronificación de la situación de sinhogarismo (1 Baja - 5 Muy alta)

1 2 3 4 5

53. ¿Es una persona mayor (igual o más de 60 años)?

SÍ (se sigue con este apartado)

NO (fin del formulario)

54. Edad de la persona

- 60 a 74 años 75 a 90 años Más de 90 años

55. Valoración cognitiva (1 sería nada y 5 sería un nivel alto)

Presenta síntomas compatibles con demencia

- 1 2 3 4 5

Presenta deterioro cognitivo

- 1 2 3 4 5

Presenta síntomas compatibles con episodios de delirio o síndrome confusional

- 1 2 3 4 5

56. Valoración emocional (1 sería un nivel mínimo y 5 implicaría un nivel agudo)

Sentimiento de soledad (1 sería un mínimo sentimiento de soledad y 5 implicaría un alto y agudo sentimiento de soledad)

- 1 2 3 4 5

Aislamiento social (Grado en el que la persona mayor se siente aislada de su entorno 1 mínimo 5 máximo)

- 1 2 3 4 5

57. Valoración fragilidad o pre-fragilidad

(Población en riesgo de dependencia y necesidad de apoyos externos)

Fragilidad física y emocional (1 persona anciana en buen estado físico y emocional, 5 persona anciana con gran fragilidad física y/o emocional)

- 1 2 3 4 5

Riesgo de dependencia (1 el/la profesional percibe a la persona anciana con bajo riesgo de dependencia, 5 sería un nivel alto de dependencia)

- 1 2 3 4 5

58. Valoración funcionalidad (grado de dependencia)

Actividad física /Ejercicio (1 la persona anciana es totalmente sedentaria, 5 la persona tiene un alto nivel de actividad y realiza frecuentemente ejercicio acorde a su edad y estado de salud)

1 2 3 4 5

Independencia en actividades básicas de la vida diaria (1 nivel muy bajo de independencia 5 nivel muy alto de independencia)

1 2 3 4 5

Para identificar la fragilidad o prefragilidad en la población mayor, la escala SOF (Study of Osteoporotic Fractures), tiene la capacidad de reconocer población en condición de riesgo de desenlaces adversos como pérdida de la funcionalidad con un Odds Ratio (OR) de 5,28 (3.80-7.33) para la población frágil y un OR de 2.47 (1.87-3.25) en la población prefragil. Adicionalmente tiene la capacidad de discernir individuos en riesgo de muerte Hazard Ratio (HR) de 2.53 (1.75-3.66) en individuos catalogados como frágiles; el área bajo la curva de escala SOF para mortalidad es de 0.71 (0.67-0.75)

Referencias:

<https://www.dal.ca/sites/gmr/our-tools/clinical-frailty-scale.html>

Church, S; Rogers, E, Rockwiid, K.;and Theou, O.(2020). A scoping review of the Clinical Frailty Scañe. BMC geriatrics, 20(1), 393, <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01801-7>

Falk Erhag, H;Guonadóttir, G Alfredsson, J.;Cederholm,T.,Ekerstad.N,Religa, D.;Nellgard, B and Wihelmsen, K. (2023). The Association Between the Clinical Frailty Scale and Adverse Health Outcomes in Older Adults in Acute Clinical Settings-A Dystematic Review of the Literature. Clinical interventions in aging, 18,249-261.<https://doi.org/10.2147/CIA.S388160>

Tornquist K, et al. Sensivity, Specifity and Predictive Value in Katz´ s and Barthel´ s ADK Indices Applied on Patients in Long Term Nursing Care. Scand J Caring Sci 1990;4(3):99-106

Batzam JJ, et al Índice de Barthel:instrumento valido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular Rev Esp Geriatr Gerontol.1993;28:32-40

Trigás M, et al. Escalas de valoración funcional en el anciano.Galicia Clínica.2011;72 (1):11-6 .Vergaral, et al. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL. Scale for its application in elderly people. Health Qual Life. Outcomes.2012;10:130

