

## ORIGINAL BREVE

# Taller grupal con mujeres inmigrantes sobre los hábitos de vida saludables y la mejora en educación para la salud

Regata Cuesta C

*Microbiología y Parasitología Hospital Clínic i Provincial Barcelona  
Medicina Familiar y Comunitaria. Ud. Girona*

## PALABRAS CLAVE

Mujeres inmigrantes; educación para la salud; hábitos saludables; redes de apoyo.

## RESUMEN

**Título:** taller grupal con mujeres inmigrantes sobre los hábitos de vida saludables y la mejora en educación para la salud.

**Objetivos:** realizar un taller grupal práctico con las mujeres inmigrantes del cupo MGR (cupos de atención primaria asignado a la autora) del ABS (área básica de salud) de Cassá de la Selva (Girona), que voluntariamente acepten acudir, se seleccionan 25 de forma seriada, y exponer sus dudas sobre los hábitos saludables de vida, abordando cuestiones como el ejercicio adecuado, la dieta saludable, efectos nocivos de tóxicos y estresores, la importancia de una red social de apoyo etc...), y cualquier cuestión o duda sobre educación para la salud que pueda reforzar un cambio positivo.

**Diseño:** se realizará un taller con todas las mujeres del cupo MGR, de origen inmigrante que deseen participar (reclutación seriada y consecutiva hasta un número de 25 pacientes, para abordar cuestiones sobre hábitos de vida saludable y educación para la salud. Se explicará la dieta saludable recomendada por la OMS adaptada a sus diferentes cocinas (alimentos esenciales y cantidades: Figura 1), ejercicio físico, tóxicos, estresores, redes sociales de apoyo y cualquier cuestión sobre salud. Las variables se registrarán a través de un cuestionario que figura en la tabla 1.

**Emplazamiento:** ABS de Cassá de la Selva. Girona.

**Población y muestra:** mujeres de origen inmigrante del cupo MGR de atención primaria. Muestra de 25 pacientes con las que se realizó el taller y 25 más que se tomaron como muestra control.

**Intervención:** en consulta se realiza refuerzo del PAP (protocolo de actuación preventiva) y se realiza un taller sobre hábitos de vida saludable y educación para la salud.

**Resultados:** inicialmente es un grupo poblacional en general con mal control en el seguimiento del PAP (protocolo de actividad preventiva), sobretodo en ítems como el ejercicio y el peso. El nivel de "estre-

## CORRESPONDENCIA

Cristina Regata Cuesta  
E-mail: cregatta@gmail.com

Recibido el 04-10-2017; aceptado para publicación el 16-11-2017  
Med fam Andal. 2017; 2: 154-161

sores” es alto, así como la falta de apoyo social. Tras la intervención en consulta y el taller comunitario se pudo mejorar la aplicación del PAP en esta población, sobretodo en cuanto a seguimiento analítico y controles ginecológicos, y alguna de las pacientes mejoró en la dieta, el ejercicio y su red de apoyo social. 13 pacientes (52%) tenían altas expectativas de cambio.

**Conclusiones:** podemos concluir a partir de esta experiencia que los talleres comunitarios de salud en este colectivo pueden mejorar la expectativa de cambio en educación para la salud y el empoderamiento, así como su red de apoyo con mujeres que compartan las mismas. Por otro lado la aplicación del PAP con refuerzo comunitario podría mejorar algunos condicionantes de salud en este colectivo.

Figura 1. Pirámide de alimentación

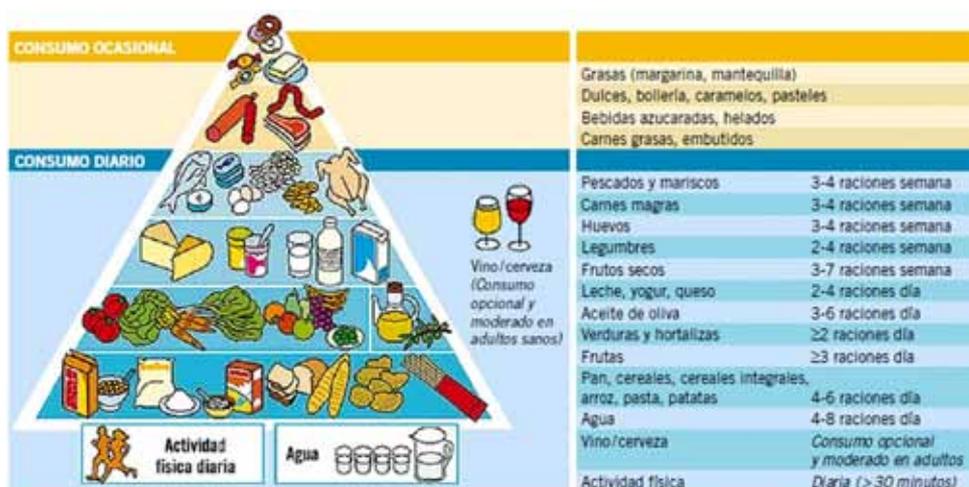


Figura 1. Cuestionario de salud

paciente: edad /procedencia	edad/ continente (país)
TA (tensión arterial)	tensión arterial (mal control > 140/90)
tabaco/tóxicos	consumo de tabaco, alcohol o drogas
ejercicio	media hora/día durante al menos 5 días/semana
ETS (enfermedades de transmisión sexual) /Ginecología	enfermedades de transmisión sexual/revisiones ginecológicas al día ( mamografía según programa de cribaje y citología cada 3 años
analítica	según PAP, protocolo de actividades preventivas*
peso/IMC (índice de masa corporal)	índice de masa corporal en Kg/m <sup>2</sup> . Si IMC superior a 25 : sobrepeso
dieta	según pirámide alimentaria (ver figura 1)
ansiedad/estresores	diagnóstico de ansiedad o trastornos asociados
red de apoyo	presencia de al menos 3 personas de apoyo social o familiar ( apoyo emocional, tangible y consejos)*
expectativa de resultado	0 (no esperan ningún cambio), 1 (puede haber algún cambio), 2 (consideran que será factible realizar cambios saludables)

## KEY WORDS

Immigrant women; education for health; healthy habits; support networks.

## SUMMARY

**Title:** Group workshop with immigrant women on healthy life habits and the improvement in education for health.

**Objectives:** To conduct a practical group workshop with the immigrant women of the MGR quota (primary care patients assigned to the author) of the ABS (Basic Health Area) from Cassá de la Selva (Girona), who voluntarily agree to attend (25 are selected serially) and express their doubts concerning healthy life habits (addressing issues such as the right exercise, healthy eating, harmful effects of toxics and stressors, the importance of a social support network, etc.) and other issues or concerns on education for health that may reinforce a positive change.

**Design:** A workshop to be conducted with all the women of immigrant origin from the MGR quota who wish to participate (consecutive and serial recruitment up to a number of 25 patients), to address issues on healthy life habits and education for health. The healthy diet recommended by WHO and adapted to the different cuisines (essential foods and quantities: figure 1), physical exercise, toxics, stressors, social support networks and any other concerns on health will be explained. The variables will be registered in a questionnaire as shown in table 1.

**Setting:** ABS of Cassá de la Selva. Girona.

**Population and sample:** Women of immigrant origin from the MGR primary care quota. A sample of 25 patients as participants of the workshop, and another 25 taken as control sample.

**Intervention:** Reinforcement of the PAP (preventative action protocol) is carried out in consultation and a workshop on healthy life habits and education for health is conducted.

**Results:** Initially, it is a population-based group with basically poor control in the follow-up of the PAP, especially in items such as exercise and weight. The level of "stressors" is high and so is

the lack of social support. After the intervention in consultation and the community workshop, the application of the PAP in this population was improved, especially in terms of analytical follow-ups and gynaecological check-ups, and some of the patients improved their diet, exercise and their network of social support. 13 patients (52%) had high expectations for change.

**Conclusions:** In light of this experience, we may conclude that, for this group, community workshops on health can improve expectations of change in education for health and the empowerment, and improve their support network with other women that share the latter. In addition, the application of the PAP with community support could improve certain determinants of health within this group.

## INTRODUCCIÓN

En el estudio realizado sobre la calidad de vida en inmigrantes a través de las viñetas WONCA (World Organization of Family Doctors), se objetivó en todos los grupos estudiados (inmigrantes de diferentes orígenes: África, países del este de Europa y Sudamérica), que la mayoría de los 150 pacientes estudiados presentaban ítems muy bajos (la mayoría 1/5) en cuanto a hábitos saludables de vida y conocimiento sanitario de los mismos. Por este motivo se plantea este taller, para poder abordar con un colectivo especialmente vulnerable como el de la mujer inmigrante, estas cuestiones de salud y poder mejorar ciertos aspectos que quizás por desconocimiento en educación sanitaria no realizan en algunos casos correctamente con importantes consecuencias en su salud (1).

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realiza un taller (2) con todas las mujeres del cupo MGR, de origen inmigrante que deseen participar (reclutación seriada y consecutiva hasta aforo de un máximo de 25 por la limitación del espacio en que se puede realizar) para abordar cuestiones sobre hábitos de vida saludable (3) y educación para la salud.

La población de la muestra se compone de mujeres inmigrantes de edad media (entre 30 y 50 años) y procedentes en su mayoría de Marruecos.

La intervención mediada por la autora comprende la realización de un taller grupal donde se explica a las participantes una dieta adecuada, la dieta saludable recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud) adaptada a sus diferentes cocinas (alimentos esenciales, cantidades y periodicidad de consumo), el ejercicio físico recomendado, información sobre tóxicos y estresores (4), establecimiento de redes sociales de apoyo y atención a cualquier cuestión sobre salud que desconozcan las participantes y en las que necesiten apoyo (5), información u orientación. Se les explicarán los circuitos sanitarios de consulta y abordaje de los estándares de salud definidos en el protocolo de actuación preventiva actualizado (PAPPS 2017).

Se valora en consulta a las participantes para valorar el resultado de la aplicación de las medidas saludables, y ver los cambios positivos sobre su salud así como el mantenimiento de los mismos.

Las variables se miden a través de un cuestionario (Tabla 1), y se toma un grupo control de 25 pacientes, reclutadas según la misma metodología y de una muestra comparable, procedente del mismo cupo, en las que se medirá el efecto del refuerzo en consulta del PAPPS, se toma como grupo 'control' con el que no se realiza el taller.

#### Cronograma:

- Fase 1: se realiza el reclutamiento aleatorio consecutivo en consulta, realizando la actualización del PAP (protocolo de actuación preventiva) y proponiendo la realización del taller sobre educación sanitaria. De las 30 pacientes a las que se les propone, 25 aceptan acudir al taller formativo. A todas se les propone la puesta al día del PAP y todas aceptan. Se recogen datos de su historia clínica y se atienden sus cuestiones de salud. Se reclutan 25 controles de la misma consulta y se realiza refuerzo del PAP en consulta a estas pacientes.
- Fase 2: **al mes** se realiza el taller comunitario sobre hábitos de vida saludable. Se abordan temas como la dieta saludable (se les entrega, ver figura 1), el ejercicio (se explica y se propone una marcha saludable), la realización del protocolo adecuado a cada una de actividades preventivas. Se atienden sus cuestiones de salud, se refuerzan los cambios saludables para que pasen de la etapa contemplativa a una etapa activa, se intenta crear redes de apoyo y empoderamiento (6).
- Fase 3: a los **dos meses** de iniciar el estudio se miden en consulta los cambios, si los hay, de las distintas variables (mejora, empeoramiento o sin cambio). Se miden también en los controles.
- Fase 4 o de mantenimiento de las medidas, a los **6 meses** del estudio. Se mide en consulta el mantenimiento de las medidas adoptadas.

#### Interpretación de las variables:

- TA: tensión arterial (mal control > 140/90)
- Tabaco/tóxicos: consumo de tabaco alcohol o drogas(mal control).
- Ejercicio físico: media hora al día durante al menos 5 días por semana (buen control).
- ETS/ Ginecología: ETS (enfermedades de transmisión sexual presentes)/revisiones ginecológicas al día (mamografía según programa de cribaje y citología cada 3 años si la previa es normal).
- Analítica según PAPPS (7).
- Peso/ IMC (índice de masa corporal en Kg/m<sup>2</sup>). Si IMC superior a 25 (sobrepeso; mal control).
- Dieta: según pirámide alimentaria (ver figura 1).
- Ansiedad/ estresores: diagnóstico de ansiedad o presencia de trastornos asociados (mal control).

- Red de apoyo: presencia de al menos 3 personas de apoyo social o familiar (apoyo emocional, tangible y consejos; buen control) (8,9).
- -Expectativa de resultado (10): las valorarán qué posibilidades de cambio o mejora aprecian tras la intervención según los valores: 0 (no esperan ningún cambio), 1 (puede haber algún cambio) fase contemplativa, 2 (consideran que será factible realizar cambios saludables).

Se trata de un grupo poblacional con mal control en el seguimiento del PAP (protocolo de actividad preventiva) en ítems como el ejercicio, el peso etc.(tabla 3). Así mismo, el nivel de “estresores” es alto,y la falta de apoyo social. Tras la intervención en consulta y el taller comunitario se pudo mejorar la aplicación del PAP en esta población en el seguimiento analítico y los controles ginecológicos, además alguna de las pacientes mejoró en la dieta, el ejercicio y su red de apoyo social. 13 pacientes (52%) tenían altas expectativas de cambio (ítem 2) (tabla 4).

## RESULTADOS

La mayoría son mujeres de origen magrebí (tabla 2), procedentes de Marruecos en un 72% (18 del total de 25 mujeres).

Tras realizar el taller se comprobó que las pacientes habían mejorado en el cumplimiento del PAP en cuanto al seguimiento analítico (un 48%, 12 pacientes, habían mejorado en este ítem). Se apreció una expectativa de cambio positivo en un

Tabla 2. Procedencia (total n=50 pacientes)

	Procedencia
*Marruecos	<b>25</b>
África (resto)	16
Sudamérica	6
Países del Este	3

\*50% procedentes de Marruecos

Tabla 3. Resultados en el mes de abril del 2017 (mes 0 del estudio): intervención en consulta (aplicación del PAP)

	<u>mal control:</u>	<u>buen control:</u>	
<b>TA</b>	3	<b>22</b>	
<b>tabaco/tóxicos</b>	2	<b>23</b>	
<b>ejercicio</b>	<b>25</b>	0	
<b>ETS/Ginecología</b>	10	15	
<b>analítica</b>	8	17	
<b>peso/IMC</b>	<b>16</b>	9	
<b>dieta</b>	<b>25</b>	0	
<b>ansiedad/estresores</b>	<b>23</b>	2	
<b>red de apoyo</b>	<b>17</b>	8	
	<u>0 no esperan cambios:</u>	<u>1 puede haber cambios:</u>	<u>2 cambios saludables:</u>
<b>expectativa de resultado</b>	expectativa 0: 4	expectativa 1: <b>16</b>	expectativa 2: 5

52% (13 pacientes). En medidas de TA, consumo de tóxicos, ejercicio, seguimiento ginecológico, peso y dieta estaban igual.

En cuanto a los ítems en los que habían empeorado destacar las pacientes diagnosticadas de ansiedad y aquellas con múltiples estresores (un 78%, 18 pacientes, estaban peor). Las redes de apoyo se mantenían estables con una paciente que había mejorado su apoyo.

En la tabla 5, en que podemos medir el mantenimiento de las medidas aplicadas, se observa que las medidas de seguimiento analítico y controles ginecológicos se mantienen (6 pacientes mantiene seguimientos adecuados en analíticas, el 50% de las que habían mejorado tras el taller; y 2 realizan los controles ginecológicos adecuados según el protocolo). 3 pacientes mantienen la mejora en ejercicio, tensión arterial y peso, mientras el resto se mantiene en su mayoría igual.

Tabla 4. Mes de junio de 2017 ( 2º mes del estudio, tras la intervención en consulta y el taller, ver metodología)

	peor	igual	mejor
<b>TA</b>	1	<b>24</b>	0
<b>tabaco/tóxicos</b>	5	<b>20</b>	0
<b>ejercicio</b>	9	<b>15</b>	1
<b>ETS/Ginecología</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	2
<b>analítica</b>	4	9	<b>12</b>
<b>peso/IMC</b>	6	<b>19</b>	0
<b>dieta</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	2
<b>ansiedad/estresores</b>	<b>18</b>	7	0
<b>red de apoyo</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	1
<b>expectativa de resultado</b>	<b>0 no esperan cambios:</b>	<b>1 puede haber cambios:</b>	<b>2 cambios saludables:</b>
	0	12	<b>13</b>

Tabla 5. Al 6º mes del estudio (octubre de 2017, valoración del mantenimiento y refuerzo)

	peor	igual	mejor
<b>TA</b>	2	<b>22</b>	1
<b>tabaco/tóxicos</b>	1	<b>24</b>	0
<b>ejercicio</b>	5	19	1
<b>ETS/Ginecología</b>	4	19	2
<b>analítica</b>	3	17	<b>5</b>
<b>peso/IMC</b>	5	18	2
<b>dieta</b>	4	21	0
<b>ansiedad/estresores</b>	<b>12</b>	13	0
<b>red de apoyo</b>	1	<b>24</b>	0
	<b>0 no esperan cambios</b>	<b>1 puede haber cambios</b>	<b>2 cambios saludables</b>
<b>expectativa de resultados</b>	<b>17</b>	5	3

Tabla 6. Pacientes 'control' (sin taller, sólo PAP en consulta; n=25)

	<u>1ªvisita</u> <u>(mes 0)</u>	<u>1ªvisita</u> <u>(mes 0)</u>	<u>2ªvisita</u> <u>(mes 2º)</u>	<u>2ªvisita</u> <u>(mes 2º)</u>	<u>2ªvisita</u> <u>(mes 2º)</u>
medidas	<u>mal control</u>	<u>buen control</u>	<u>peor control</u>	<u>sin cambio</u>	<u>mejora</u>
TA	8	17	6	18	1
tabaco/tóxicos	6	19	1	24	0
ejercicio	25	0	9	11	5
Ginecología	18	7	0	20	5
analítica	12	13	2	13	10
peso/IMC	5	20	6	19	0
dieta	22	3	9	11	5
ansiedad/estrés	23	2	18	7	0
red de apoyo	15	10	6	18	1
expectativa de cambio	<u>0 expectativa</u> 23	<u>1 expectativa</u> 2		<u>0 expectativa</u> 21	<u>1 expectativa</u> 4

El mayor empeoramiento se da en el campo de estresores y ansiedad, donde 12 pacientes (48%) se muestran peor.

Entre las 25 mujeres que se tomaron como control, en las que se realizó el refuerzo del PAP en consulta pero no siguieron el taller, destacar que en la mayoría de los ítems se mantuvieron igual salvo en las analíticas (10 pacientes, 40%) y los controles ginecológicos (5 pacientes, 20%) en los cuales mejoraron tras la consulta, mientras que los estresores y la dieta empeoraron en 72% (18 pacientes) y el 36% (9 pacientes) correspondientemente. En estas pacientes la red de apoyo era en un 60% mala (15 pacientes) y se mantuvo similar. Por otro lado su expectativa de cambio fue en general mala (ítem 0 en un 84% de los casos tras la consulta), tan solo 4 pacientes refirieron un ítem 1 (puede haber cambios).

## DISCUSIÓN

Podemos concluir a partir de esta experiencia que los talleres comunitarios de salud en este colectivo pueden mejorar la expectativa de cambio en educación para la salud y el empoderamiento de las pacientes que participan, así como su red de

apoyo con mujeres que compartan las mismas inquietudes y raíces culturales. Por otro lado, la aplicación del PAP con refuerzo comunitario podría mejorar algunos condicionantes de salud en este colectivo sobretodo en el campo de los factores de riesgo cardiovascular con seguimientos analíticos, refuerzo en la dieta saludable y el ejercicio, así como la aplicación del protocolo de revisiones ginecológicas adecuadas. En estos ítems se observó una mejora considerable (17 pacientes mejoraron tras el taller y el refuerzo en consulta, un 68% del total), y mantuvieron esta mejora en el tiempo (a los 6 meses) 11 de las pacientes (un 44%). Se aprecia que la expectativa de cambio es mejor en las pacientes que acudieron a los talleres (8 pacientes con ítem 1/2 frente a 4 del grupo control).

Las limitaciones del estudio serían el bajo número de participantes por las limitaciones del espacio, sería más efectivo si el número de pacientes que se pudieran beneficiar fuese mayor. Por otro lado sería aconsejable la repetición en el tiempo de este tipo de actividades grupales para realizar un mejor refuerzo y seguimiento de las medidas tomadas.

Hay una serie de variables que empeoraron tras el taller y que requerirían un mejor abordaje por

parte del sanitario, estas variables fueron los estresores, la dieta y las escasas redes de apoyo social de estas mujeres.

\*No hay conflicto de interés en este estudio y se ha realizado íntegramente por la autora sin fuentes de financiación externa.

\*Agradecimiento: a todos los participantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Requena Santo F. Redes sociales y cuestionarios. Colección cuadernos metodológicos nº18. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1996.
2. Martínez García MF, García Ramírez M, Maya Jariego I. Una tipología analítica de las redes de apoyo social en inmigrantes africanos en Andalucía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2001; 95:99-128.
3. Janes CR. Migration, changing gender roles and stress: The Samoan case. *Medical Anthropology*. 2010; 12: 217-248.
4. Kuo WH. Social networking, hardiness and immigrant's mental health. *Journal of Health and Social Behavior*. 1986; 27: 133-149.
5. Litwin H. The social networks of elderly immigrants: An analytic typology. *Journal of Aging Studies*. 1995; 9: 155-174.
6. Ikuspegui (Observatorio Vasco de Inmigración). Percepción y actitudes hacia la inmigración extranjera. *Barómetro* 2015.
7. Martín Zurro A. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *PAPPS 2016. Atención primaria* 2016;48 (Supl 1). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-sumario-vol-48-num-s1-S0212656716X70102>
8. Martínez MF, García M, Maya Jariego I. El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*. 2001; 13: 605-610.
9. Maya Jariego I, Martínez MF, García M. Cadenas migratorias y redes de apoyo social de las mujeres peruanas en Sevilla. *Demófilo: Revista de Cultura Tradicional de Andalucía*. 1999; 29: 87-105.
10. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 1982; 2: 122-147.