



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Bayo-Borràs Falcón, Regina

Mujer y calidad de vida: evaluación de la efectividad de grupos terapéuticos

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, núm. 83, septiembre, 2002, pp. 37-62

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019670004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mujer y calidad de vida: evaluación de la efectividad de grupos terapéuticos¹

RESUMEN: El objetivo del estudio ha sido realizar una evaluación de la efectividad del trabajo psicoterapéutico en 5 grupos de mujeres (37 personas), que se han llevado a cabo en diferentes ámbitos asistenciales del área metropolitana de Barcelona.

El método de estudio ha consistido en la aplicación de un *cuestionario psicoso-cio-sanitario*, un *índice de calidad de vida (QQVD2000)*, y de un *test de depresión* (test de Beck, validado), de manera individual, pre y post realización del grupo.

Los resultados obtenidos confirman el trabajo psicoterapéutico grupal como una herramienta muy eficaz para disminuir el nivel de ansiedad y depresión, con la consiguiente reducción de la hiperfrecuentación a los servicios sanitarios, así como la ingesta de medicación. También mejora significativamente la calidad de vida de las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Evaluación psicoterapéutica, efectividad, calidad de vida, trabajo grupal, mujer.

SUMMARY: The aim of the study is to evaluate the effectiveness of the psychotherapeutic treatment over 5 groups of women (37 people), made out at several health institutions in the Barcelona metropolitan area.

The study method is based on the use of a psycho-socio-sanitary questionnaire, a quality of life index (QQVD2000), and a depression test (Beck test, validated), in individual form, pre and post the group performance.

The obtained results confirm the group psychotherapeutic treatment as a very effective tool for decreasing their anxiety and depression levels, with consequent reduction of their hyperfrequent assistance to sanitary services, so their medication ingest. It improves also their quality of life in a significant manner.

KEY WORDS: Psychotherapeutic evaluation, effectiveness, quality of life, group treatment, women.

Introducción.-

Los profesionales que trabajamos en instituciones públicas tenemos cada vez más la necesidad de rentabilizar y optimizar nuestros recursos mediante dispositivos que permitan la máxima accesibilidad al mayor número de personas, manteniendo unos buenos niveles de calidad y eficacia.(1)

Al mismo tiempo, las altas cifras de síntomas psicosomáticos y malestar personal y social de las mujeres demandan la puesta en marcha de estrategias encaminadas a

¹ Este artículo se ha realizado con aportaciones de las profesionales: Anna Casino Moreno, Lourdes Lopetegui Zabaleta, Sílvia López García, Joana Meseguer Meseguer, Montserrat Pérez-Portabella Puig, Margarita Sentís Hortet, miembros del Grup d'Avaluació Psicoterapèutica de Barcelona (G.A.P.) al que también pertenezco, e inscrito en la Sección de Psicología Clínica del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (C.O.P.C.); asimismo, el estudio de evaluación fue realizado por el G.A.P., y presentado en el C.O.P.C. el mes de mayo del 2002.

mejorar su situación vital, para evitar la enfermedad, la cronificación y el aislamiento social. Trabajamos, por tanto, para ayudar a las mujeres a identificar sus necesidades y sus conflictos, para que tomen decisiones que les sean favorables en su vida personal y social, y se conviertan en sujetos activos y participativos en su comunidad. (2,3)

Según nuestra experiencia clínica, el trabajo en grupo posibilita a las mujeres participantes una dinámica de apertura y comunicación en las relaciones personales, y por extensión una mayor participación social y comunitaria (4). Por eso consideramos imprescindible evaluar la tarea psicoterapéutica grupal que estamos realizando, de manera que permita objetivar empíricamente los resultados cualitativos obtenidos y, de esta manera, verificar el efecto terapéutico y de calidad de vida que consiguen las participantes de la experiencia grupal.

Consideramos muy importante estudiar de manera objetiva la eficacia que dispositivos como el tratamiento grupal tiene en las mujeres, sobre todo de cara a evitar la cronificación, mejorar la salud personal de la mujer, y proporcionar un medio de prevención de la salud mental y comunitaria de la población.

Por otro lado, sabemos que el consumo de fármacos ansiolíticos y antidepresivos tiene cierta utilidad para disminuir la sintomatología emocional, pero los conflictos subyacentes a estas problemáticas no se resuelven y, debido a la saturación de los servicios públicos, continúan sin tratarse. En este sentido la psicoterapia grupal es un buen recurso para analizar y buscar resoluciones innovadoras a los conflictos (5) (6) (7) (8), hecho que además produce vínculos sociales más abiertos y posibilitadores de comunicación entre las mujeres del grupo y, por extensión, de relación con su ámbito personal, familiar y social.

Pensamos que el estudio de evaluación que presentamos aquí, realizado en diferentes poblaciones e instituciones públicas, con la participación de un amplio número de mujeres, puede servir para:

- Dar a conocer la realidad psicosocial de estas mujeres (adjuntamos gráficas).
- Valorar una herramienta (el trabajo grupal) que posibilita el desarrollo de las capacidades y la mejora de la red de relación y soporte entre las mujeres participantes.
- Promover la importancia de la evaluación de trabajos que inciden en el ámbito de la salud mental y la atención social y sanitaria de las mujeres de nuestra comunidad.(9) (10) (11)

2.- Aspectos clínicos en los grupos de mujeres

El grupo es un lugar donde las mujeres pueden trabajar el imaginario particular con el que se han identificado al imaginario social (12)(13), que las ha colocado en un

lugar pasivo, como “objeto”, del que no pueden salir. En general, lo primero que aparece en las reuniones grupales es la dificultad que tienen de hablar de sí mismas, de pensar acerca de sus propias vidas, y, consecuentemente, sobre qué pueden hacer para cambiar su situación. Suelen, por tanto, mostrar una posición pasiva, sintiéndose “objetos” y no sujetos protagonistas de su historia.

De hecho en los primeros encuentros expresan su sufrimiento, pero sin idea alguna de qué es lo que les está pasando. Suelen atribuirlo a factores externos (no tener trabajo, o demasiado, con un marido alcohólico e hijos adolescentes, etc.) o, por el contrario, acostumbran a negar aquellos acontecimientos históricos cuyas pérdidas todavía no han sido elaboradas: “no es por la separación que me encuentro mal, pues hace mucho tiempo que ya pasó, etc”. En cualquier caso casi siempre demandan soluciones rápidas y sin esfuerzo. Esto se refleja claramente a través del discurso de la queja, en el que la soledad, la falta de apoyos por parte de su pareja, y las dificultades con sus hijos tienen un papel preponderante. En la mayoría de las ocasiones no pueden poner límite ni a sus maridos, ni a sus hijos, por lo que se ven abocadas a una entrega absoluta que –paradójicamente- les permite ocupar un lugar omnipotente. Desde este lugar aparentemente omnipotente, creen poder abastecer también de forma absoluta todas las demandas de los demás, en especial de los miembros de su familia, y de esta manera llegar a “ser todo para el otro”. No es de extrañar, pues, que lleguen al grupo con la idea de que si los demás no las ayudan, los/las terapeutas y el grupo les darán “la solución.”(14)

La satisfacción de ocupar un lugar imaginario omnipotente de satisfacción de las demandas de los demás, las atrapa de tal manera que no les permite cuestionarse sobre si ese es su propio deseo. Entonces se encuentran con la evidencia de su propia dificultad para poder hacer algo por ellas mismas, y con que no tienen ningún otro recurso más que el de tomar medicación para aliviar su malestar (15); malestar que, por lo general, expresan a través de síntomas diversos, de carácter somático -obesidad, ahogos, dolores corporales-, o psíquico -depresiones, fobias, inhibiciones-, pues les es imposible expresarlo de otra forma..

En el proceso del tratamiento en grupo cada mujer va encontrando su singularidad; la busca en el grupo, en las otras mujeres, o en los/las terapeutas. Ellas tienen la necesidad de encontrar semejanzas, como si para solucionar sus problemas existiera una sola y única respuesta. Luego, a lo largo de las sesiones, van encontrando en la palabra el instrumento que les abre una dimensión diferente, en la medida en que se van cuestionando su propia situación vital. Esto se consigue fundamentalmente al sentirse reconocidas por el grupo y escuchadas por los/las terapeutas. Vemos, pues, que por primera vez comienzan a darle valor a su propia palabra y a la palabra de las demás. (16)

En este sentido es fundamental que puedan “verse y ver” que otras mujeres pueden ocupar un lugar activo, lo cual las alentará a pensar que “yo también puedo”.

Solemos comprobar que el progreso de alguna del grupo sirve de “motor” de las demás, como por ejemplo, para poner límites a la propia madre o a los hijos, y en consecuencia dejar de ser su acompañante y su sirvienta, respectivamente. Gracias a este proceso grupal, va desvelándose el deseo propio, de manera tal para no estar sólo sujetas al deseo del otro en tanto esposas, madres o hijas, sino teniendo en cuenta lo que tiene que ver con su deseo personal. Así, progresivamente, se van “desanudando” de un “mandato de género”, en el que ser mujer es ser esposa, - madre, hija, en definitiva, objeto de “otro”. A través del grupo se le abre a cada una de ellas la posibilidad de verse/imaginarse/pensarse de una forma nueva, diferente: pasan de un lugar pasivo a un lugar activo, desde el que se asumen como sujetos deseantes, más allá de lo familiar, lugar social tradicional asignado. Ello implica reconocerse con necesidades propias, que las llevan a poder cuidar de ellas mismas, tener relaciones familiares distintas, con menos sometimiento, y empezar a tener proyectos propios sin estar tan pendientes de lo que quieren los demás. Las terapeutas constatamos, pues, que este proceso les permite salir de la esterilidad de la queja, de la posición dependiente, sumisa y -consecuente e inevitablemente-, llena de resentimiento. (17) (18) (19)

En definitiva, al hablar de su malestar, las mujeres pueden además reconocer sus síntomas, los que las hacen acudir reiteradamente al médico, y también que esos síntomas están relacionados con aspectos históricos o actuales de su vida, (20) (21) tales como sentirse abandonada por los hijos cuando se van de casa, o desplazada tras una migración, o rechazada por el nacimiento de un hermano/a, o, incluso, demasiado protagonista tras la muerte de su madre, por citar algunos ejemplos.

Los temas que aparecen con más frecuencia en las sesiones grupales tienen que ver con las cuestiones siguientes:

- Falta de comprensión del marido, dificultades de comunicación con él, conflictos en la convivencia, e insatisfacción sexual. (“No me entiende, no me escucha”)
- Dificultades por parte del marido para ejercer la función paterna. (“Soy yo la que tiene que decir que no a los niños”).
- Dificultades de relación con los hijos, sobre todo cuando ocupan un papel central en su vida como mujer.
- Dificultades cuando intentan ser la madre que no pudieron tener. (“Siempre me dijeron que no, y yo no puedo ahora decir no”)
- Problemas con la familia de origen y primordialmente con su propia madre. (“No me deja hacer las cosas a mi manera”)
- Soledad y aislamiento social. (“Me siento sola, no tengo con quien hablar de mis cosas”)
- Insatisfacción personal y profesional. (“No me valoro, no tengo carácter”)
- Dependencia de los padres, del marido, de los fármacos, de los profesionales. (“Siempre me han mandado, no tenía opinión propia, no puedo tomar una decisión.”)
- Preocupaciones hipocondríacas. (“Siempre creo que tengo algo malo”)

El alivio sintomático consecuente al cambio de posición subjetiva es muy evidente: comunicar y compartir las experiencias propias alivia la tristeza, la angustia, y también las manifestaciones somáticas de la ansiedad, por lo que muchas de las pacientes disminuyen el consumo de fármacos y mejora su calidad de vida.

3.- Consideraciones sobre “calidad de vida”

El concepto calidad de vida está lleno de dificultades, empezando por su definición prácticamente imposible por la complejidad que representa. No existe una definición universalmente aceptada de calidad de vida como consecuencia del gran número de aspectos a valorar en la vida humana (familiar, laboral, sexual, económico, expectativas de futuro etc.) (22) (23)

Ante la falta de consenso para definir “calidad de vida”, la OMS, la define como la “*percepción personal* de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Se trata, pues, de un concepto amplio y complejo, que incluye la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el medio ambiente. (Forum Mundial sobre la Salud, OMS, 1996)

En nuestro estudio consideramos “calidad de vida” fundamentalmente como un concepto multidimensional, que incluye los factores más significativos que influyen sobre la vida de las mujeres; entre ellos destacamos la salud física y psíquica, las relaciones familiares y sociales, el trabajo y las actividades de tiempo libre.(24) (25)

Aunque es un concepto que se comenzó a estudiar desde la práctica médica, cada vez más profesionales de diversas especialidades o disciplinas son conscientes de que uno de los objetivos principales de las intervenciones médicas, psicológicas y sociales consiste en mejorar la calidad de vida de los usuarios. En esta línea de trabajo se han creado distintos grupos de investigación, entre los que hay que destacar el de la Universidad Autónoma de Barcelona o las investigaciones realizadas por el Dr. Alonso y el Dr. X. Badía. (26)

En la actualidad, la mayoría de autores establecen la diferencia entre “nivel de vida” que es más bien un concepto socio-económico, y “calidad de vida”, entendiendo la calidad de vida desde la vertiente de la percepción personal y subjetiva, ya que son los propios sujetos quienes saben mejor que nadie qué es para ellos una vida de calidad. El hecho de que sea subjetivo no significa que no se pueda evaluar cuantitativamente.(27)

Así pues, cada vez se hace más patente la necesidad de investigar en calidad de vida; sin embargo, aunque el número de estudios e investigaciones aumenta cada año,(28) (29) pocas de estas investigaciones se han realizado en asistencia primaria. Los

profesionales que trabajan en el primer nivel asistencial tienen la ventaja de estar en contacto con la población “diana” que queremos estudiar (30) (31)—en este caso mujeres—pero falta tradición investigadora y recursos, especialmente de tiempo.

En el estudio que presentamos hemos escogido evaluar la calidad de vida en mujeres, dado que, como venimos planteando en este trabajo, es evidente que la manera de pensar, vivir y sentir de los hombres y de las mujeres es distinta, así como también su forma de expresar el malestar e incluso de enfermar, en especial en lo que se refiere al sufrimiento psíquico. (32-38)

En este sentido, es importante resaltar que en todos los países en los cuales se han realizado estudios estadísticos, las cifras revelan uniformemente que las mujeres padecen el triple de depresiones que los hombres. (39). (El predominio de las neurosis en las mujeres es de 3/1, en las psicosis seniles de 3/1, en los intentos de suicidio de 5/1, y en la anorexia nerviosa de 10/1. En los hombres predominan, en cambio, las toxicomanías y los trastornos socio-patológicos en relación 5/1) (34,36,37)

Por otro lado, la mayor demanda de atención médica no es debida a que a las mujeres les dé menos vergüenza quejarse, o que estén más dispuestas a pedir ayuda profesional, sino que hay amplio consenso en que los datos reflejan la *vulnerabilidad a que están expuestas las mujeres*, no por razones biológicas sino por factores psico-sociales. La posición de la mujer en la sociedad nos lleva a pensar que la demanda de atención médica es una de las pocas posibilidades que tiene para canalizar su dolor psíquico. Según el profesor Vicenç Navarro (40), las mujeres de entre 35 y 55 años tienen tres veces más enfermedades vinculadas al estrés que padecen que el resto de la población. Este estrés está relacionado con la sobrecarga de trabajo (cuidar niños de 0-3 años, cuidar padres enfermos, unido al propio trabajo) En otros países, estos cuidados son costeados por la Administración; sin embargo, aquí la mujer continúa cubriendo las deficiencias inversoras del Estado. (41)

El estudio realizado por el Instituto Edad y Vida señala que se requiere una inversión de 6.000 millones de Euros para cubrir sólo las necesidades de cuidados de las personas mayores. Dicho trabajo es asumido enteramente por las mujeres a costa tanto de su salud (contracturas musculares, fibromialgias...) como de su malestar psíquico, que las lleva a menudo a un excesivo consumo de psicofármacos para poder seguir sosteniendo esta situación, sin relacionar su sufrimiento con su compleja posición familiar y social. Dichos estudios plantean que las consecuencias de vivir en circunstancias adversas sociales, económicas y ambientales, recaen de forma más pesada en las mujeres que en los hombres, porque dedican más tiempo a estar en casa y tienen una mayor responsabilidad percibida del cuidado y mantenimiento del hogar. De hecho, las mujeres cuando organizan su tiempo de trabajo y ocio tienen incluso en consideración no sólo las exigencias de sus propios horarios laborales, sino también las pautas de actividad del resto de los miembros familiares.

Es, pues, inevitable que situaciones de tanta dedicación a los demás incidan negativamente en su calidad de vida. Estas consideraciones las encontramos en lo que las propias mujeres manifiestan como los motivos de su malestar, (tal como hemos señalado anteriormente en el apartado sobre los aspectos clínicos de la terapia grupal): no parece que tengan tanto que ver con circunstancias extraordinarias o hechos traumáticos (42), como con razones cotidianas, más propias de su existencia corriente. Es posible que las mujeres detecten antes que los hombres el surgimiento del malestar debido a que la limitación al ámbito de lo privado favorece una mayor libidinización y atención a lo relacionado con el mundo interior. (43) Pero en todo caso, hay que seguir investigando este “malestar de lo femenino”, en el que los psicofármacos tienen un lugar preponderante.

4.- Estudio de evaluación

Partimos del supuesto, tal como decíamos anteriormente, de que la atención grupal puede ser una estrategia terapéutica y preventiva muy útil desde la perspectiva comunitaria, tanto de la atención primaria (en los ámbitos de la salud y de los servicios sociales), como de los servicios de atención en salud mental, ya que:

- a) Facilita el acceso a la atención psicosocial a personas que tendrían dificultades para consultar de forma individualizada
- b) Amplía la capacidad y la diversidad terapéutica de los servicios, favoreciendo la adecuación de estrategias terapéuticas a las necesidades de la población
- c) Facilita la elaboración de ciertas problemáticas comunes a determinados grupos poblacionales, en este caso las mujeres

4.1.- Objetivos

El punto de partida del presente trabajo de evaluación ha consistido en averiguar el impacto que el tratamiento grupal produce en la calidad de vida de las mujeres y si es medible en términos cuantitativos. En este sentido nos propusimos hacer una *evaluación de la efectividad* del tratamiento psicoterapéutico en 5 grupos de mujeres, que consultaban por conflictos emocionales y psicosociales, y aceptaban trabajarlos en grupo.

Otro objetivo del trabajo ha sido crear una *modalidad de evaluación* que permita una buena objetivación de la realidad de los cambios acaecidos en la vida de estas mujeres, posibilitados por el tratamiento en grupo, tanto a nivel social como psicológico y relacional.

4.2. Características y metodología

Los cinco grupos comenzaron al mismo tiempo, o con pocos meses de diferencia, de manera que se hizo un *trabajo terapéutico sincrónico*.

Pero la *investigación ha sido diacrónica prospectiva*, ya que ha comparado el estado de las pacientes al inicio de los grupos con el que presentaban al final, proyectando del momento actual hacia adelante, y sin tener en cuenta datos anteriores.

No se ha utilizado grupo de control en el sentido metodológico clásico (como en las investigaciones farmacológicas, por ejemplo), ya que consideramos que no se pueden comparar los efectos de los tratamientos psicoterapéuticos en sujetos diferentes. Por tanto, *se ha utilizado el mismo grupo terapéutico como grupo de control diacrónico*, donde cada persona es el único punto de referencia, antes y después del tratamiento.

4.3. Población evaluada

El trabajo empírico de evaluación se ha dirigido a mujeres de 35 a 55 años. Los síntomas que padecían (psíquicos, sociales o somáticos) han sido causados por un malestar clínicamente significativo, junto con un cierto deterioro familiar, social, laboral o de otras áreas importantes de su vida cotidiana.

4.4.- Características de los grupos

Han sido grupos preventivos y terapéuticos que se han llevado a cabo en diferentes instituciones asistenciales: Centros de Salud Mental, Programas de Atención a la Mujer (ICS) o Programas Municipales de Atención a la Mujer.

El número de participantes por grupo terapéutico ha sido entre 6 y 12 mujeres.

El tiempo de duración de los grupos ha variado entre 4 y 9 meses –según la problemática y las vicisitudes institucionales–, con una periodicidad semanal y quincenal –según el estado de las pacientes y las condiciones asistenciales de los servicios.

Los grupos de tratamiento se han realizado en poblaciones diferentes del cinturón industrial de la ciudad de Barcelona: Centro Municipal de Atención e Información a la Mujer (CAID) de L'Hospitalet de Llobregat, Programa de Soporte en Salud Mental a la Mujer (PSSMD) de Cornellà de Llobregat, Unidad de Salud Mental (USM) L'Hospitalet de Llobregat, Centro de Atención en Salud Mental y Reproductiva (CASSIR) de Badalona, Área Básica de Salud (ABS) Cerdanyola

Los 5 grupos se han coordinado por profesionales que trabajamos en las citadas instituciones públicas, con experiencia en la terapia grupal y con el mismo marco teórico-técnico, de orientación psicoanalítica.

Los objetivos específicos que se han trabajado en los grupos han sido:

- a) Disminuir el nivel de ansiedad y de depresión de las pacientes
- b) Disminuir el aislamiento social de las pacientes y favorecer sus relaciones sociales

- c) Disminuir la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios y sociales
- d) Disminuir el uso de medicación
- e) Mejorar la calidad de vida de las pacientes

En cuanto a los criterios de inclusión/exclusión de las pacientes en los grupos hemos considerado adecuadas para trabajo psicoterapéutico grupal a mujeres con las siguientes características:

- Síntomas de ansiedad y depresión con frecuentes somatizaciones
- Hiperfrecuentación de servicios sanitarios y sociales
- Consumo indiscriminado de psicofármacos
- Situación de aislamiento social o relaciones poco gratificadores o conflictivas
- Quejas constantes respecto al entorno personal, pero sin iniciativa para cambiarlo
- Mujeres en situación de crisis vital y/o accidental

Hemos considerado NO adecuadas para trabajo psicoterapéutico grupal a mujeres con las siguientes características:

- Patologías adictivas
- Trastornos psiquiátricos graves
- Déficits cognitivos importantes

4.5.- Instrumentos utilizados

Antes de iniciar el tratamiento grupal, se administraron los cuestionarios y el test de Beck de manera individual a cada una de las mujeres participantes. El objetivo, como ya hemos explicado, era obtener información cuantitativa y cualitativa sobre su estado de salud biopsicosocial. Los instrumentos utilizados han sido:

- Cuestionario sociosanitario
- Cuestionario de calidad de vida (QQVD 2000)
- Test de depresión Beck

El total de ítems de los tres cuestionarios juntos es de 120, y el tiempo aproximado para pasarlos es de unos 30 minutos.

El cuestionario sociosanitario incluye los datos de la mujer que hacen referencia a su origen, edad, unidad de convivencia, nivel de estudios alcanzado, situación laboral, personas a su cargo que requieren atenciones especiales, etc. También recoge toda la información relacionada con el número de consultas médicas ambulatorias, de urgencias y de servicios sociales de los últimos seis meses, y la cantidad y tipo de fármacos consumidos durante el mismo período.

El cuestionario de calidad de vida (QQVD 2000) contempla aspectos que tienen en cuenta las características de género.

- Satisfacción y calidad de las relaciones familiares
- Satisfacción y calidad de las relaciones sociales
- Medidas preventivas referentes a la salud
- Grado de satisfacción con su situación económica
- Nivel de satisfacción en su vida sexual
- Nivel de proyectos e ilusiones de cara al futuro

El Test de Depresión Beck (validado) es un instrumento sensible para evaluar el síndrome depresivo. Hace referencia a áreas afectivas, cognitivas y somáticas, e indica si el síndrome depresivo es “normal” (0-9); leve (10-18); moderado (19-29); o grave (30-63).

Para eliminar la subjetividad de las profesionales que coordinaban los grupos, la administración de los instrumentos mencionados anteriormente se llevó a cabo (en la mayoría de los centros) por personas en formación, previamente entrenadas. Esto ha permitido asegurar la objetividad de las observaciones obtenidas.

4.6.- Variables susceptibles de ser asociadas

Nuestro objetivo ha sido asociar las variables sociales más significativas con los valores obtenidos para el Índice de Calidad de Vida y el Test de depresión Beck. (ver gráficas).

4.7.- Características del estudio

El presente estudio de evaluación tiene las siguientes características:

- Lo consideramos *integrador* de servicios diversos, ya que los grupos se han realizado en servicios con una implantación comunitaria importante y situados en diferentes poblaciones del área metropolitana de Barcelona .
- *Interinstitucional*, donde participan profesionales de los ámbitos de Servicios Sociales, Atención Primaria de Salud, Salud Mental y Atención a la Mujer, dependientes algunos de servicios municipales, y otros del Servei Català de la Salut.
- *Interprofesional e interdisciplinar*, donde trabajan profesionales que pertenecen a diferentes disciplinas como medicina, psicología, trabajo social y epidemiología.

4.8.- Aplicabilidad y utilidad

Éste es un trabajo que cumple dos condiciones que nosotras consideramos muy importantes:

Aplicabilidad: en este caso significa evaluar la efectividad de un tratamiento midiendo los cambios que se producen en la calidad de vida de las pacientes. Esto puede ser muy útil tanto en la Asistencia Primaria como en los Servicios Sociales, y en la atención de la Salud Mental.

Utilidad: la comprobación de la hipótesis principal del trabajo, la eficacia del tratamiento psicoterapéutico grupal, ha de servir para valorar el papel que este tipo de abordaje puede llegar a tener para los servicios asistenciales, ya que han de atender a la población femenina con problemáticas psico-sociales.

5.-Análisis de los resultados

5.1.-Perfil sociodemográfico de la muestra estudiada

Las características sociodemográficas de la población estudiada se describen en los gráficos número 1, 2, 3, 4, 5 y 6, de los cuales se extrae el siguiente perfil:

- sexo: mujer.
- edad: entre 35 y 55 años.
- origen: mayoritariamente de fuera de Catalunya (73%).
- nivel de instrucción: enseñanza primaria (46%).
- ocupación principal mayoritaria: ama de casa (43%), trabajo temporal o en economía sumergida (30%).
- motivo de consulta: depresión (76%), ansiedad (57%), somatizaciones (32%).
- cargas familiares: hijos/as que requieren atenciones (65%), padres ancianos o enfermos (24%).

5.2.- Resultados

5.2.1.- La salud:

Respecto a la percepción subjetiva del estado de salud se puede observar que, al iniciar los grupos, la mayoría de las pacientes tiene dificultades para poderlo definir (48,6% ni bueno ni malo), posiblemente porque equiparan el concepto de salud a la ausencia de enfermedad física, y los problemas psíquicos al concepto de malestar. Pero al acabar el grupo hay una variación significativa, disminuyendo la indefinición al 29% y aumentando la categoría de buena salud al 51% (gráfico número 7). Al mismo tiempo, la percepción de mala salud disminuye del 27,0% al 18,9% (una disminución del 30%).

El consumo de medicamentos, a pesar de que la mayoría de mujeres expresan que no querían tomar psicofármacos, es frecuente (56,8%) al inicio de los grupos, en tanto que, después de la actividad grupal, un 13% suprime el consumo de fármacos, bien por disminución de los síntomas, bien por considerar que no obtienen los efectos esperados (gráfico número 8). Al mismo tiempo, aumenta ligeramente el consumo de medicamentos relacionados con el tratamiento de otras enfermedades (hipertensión, diabetes, etc.), por lo que parecen cuidarse mejor.

El número de visitas al ambulatorio disminuye ligeramente, y son más espaciadas en el tiempo. Después del trabajo grupal, la percepción y comprensión de su malestar es diferente y pueden utilizar otros recursos personales. (gráfico número 9).

5.2.2.- Las relaciones familiares:

Al inicio, la mayoría de las mujeres estudiadas expresan, como una parte de su malestar, los conflictos relacionales con la familia actual y con la familia de origen. El gráfico 10 nos permite observar que hay una mejora significativa en el nivel de satisfacción respecto a las relaciones familiares en general.

En concreto, las relaciones de pareja indican una mejora de la satisfacción de un 16% y una disminución de la insatisfacción de un 19% (gráfico número 11).

Respecto a las relaciones con los hijos/as, también aumenta el nivel de satisfacción en un 6% (gráfico número 12), y disminuye ligeramente la insatisfacción.

5.2.3.- Las relaciones sociales:

Al iniciar los grupos se observa que la mayoría de las mujeres mantienen unas relaciones sociales que se limitan a la familia y vecinos, evidenciando una cierta pobreza de relaciones y aspectos de aislamiento social.

Al acabar el grupo, esto se modifica y, tal como muestra el gráfico número 15, hay una importante mejora en las relaciones sociales en general: aumenta un 30% el grado de satisfacción, por una parte, y por otra, disminuye un 8% la insatisfacción.

Después del trabajo grupal, las relaciones son más abiertas: deja de haber pacientes que no se relacionan con nadie, la cantidad de visitas a los amigos/gas aumenta un 14% y son más diversas.

Hay un aumento del 32,4% de pacientes que se mueven en ambientes nuevos, y una disminución alrededor del 10% de las que sólo se relacionan con la familia, los vecinos y los amigos de siempre (gráficos número 14 y 13).

5.2.4.- El ocio: actividades recreativas y culturales:

Aumenta un 16% el grado de satisfacción con las actividades culturales y recreativas, y disminuye 27% el grado de insatisfacción (gráfico número 16).

Aumentan la asistencia al cine, teatro, conciertos, el visionado de TV y las actividades deportivas (gráfico número 17).

Este aspecto es relevante para la relación entre el estado de ánimo y la capacidad de disfrutar.

5.2.5.- Autonomía económica:

Consideramos la autonomía económica como un factor importante con referencia a la calidad de vida de las mujeres. A lo largo del trabajo grupal se observa una

evolución ligeramente favorable, en tanto que aumenta un 2% el número de personas que tienen ingresos propios y disminuye un 13 % el de las que no tenía ninguno (gráfico número 18).

5.2.6.-Proyectos de futuro:

El trabajo grupal aumenta la capacidad de pensar y proyectar. En este sentido, el gráfico número 19 muestra un aumento del 13% respecto a la capacidad de pensar en proyectos relacionados con el futuro. Este aspecto está en relación con el estado de ánimo y el nivel de depresión.

5.2.7.-Índice de depresión (Test de Beck)

Mediante el Test de Beck se pueden evaluar diferentes estados de depresión en las mujeres que participan en los grupos.

En el gráfico número 20 se pueden ver las diferencias en los niveles de depresión antes y después del tratamiento grupal. Se observa una significativa mejoría: el índice de depresión medio de todos los grupos disminuye en 9 puntos, lo que representa un 43%. Esto supone pasar de un índice medio de depresión moderada a uno de depresión leve.

En los gráficos número 21, 22, 23, 24 y 25, en los cuales se detallan los resultados por grupos, se dan ciertas variaciones en los puntos de disminución de cada grupo; estas variaciones dependen, por una parte, del estado inicial de las pacientes, y por otra del número de sesiones realizadas.

6.-Conclusiones

1.- Los profesionales que trabajamos en instituciones públicas tenemos cada vez más la necesidad de rentabilizar y optimizar nuestros recursos mediante dispositivos que permitan la máxima accesibilidad al mayor número de personas, manteniendo unos buenos niveles de calidad y eficacia.

2.- La observación de la realidad, y en especial de la práctica clínica, evidencia que en la vida cotidiana hombres y mujeres no tienen las mismas preocupaciones; así, pues, si queremos medir los aspectos que complican o facilitan la vida de unos y otras, tenemos que buscar índices diferentes.

3.-En el presente estudio hemos evaluado los efectos del abordaje psicoterapéutico grupal, de orientación psicoanalítica, de cinco grupos de mujeres, de diferentes ámbitos institucionales, con la finalidad de objetivar empíricamente los resultados obtenidos y verificar el efecto terapéutico en la mejora de la calidad de vida que consiguen las mujeres participantes en la experiencia grupal.

4.-A través del estudio hemos constatado que el trabajo psicoterapéutico grupal posibilita a las mujeres participantes una significativa dinámica de apertura y comunicación en las relaciones personales, y por extensión, una mayor participación social y comunitaria.

5.- Los resultados obtenidos confirman el trabajo psicoterapéutico grupal como una herramienta muy eficaz para disminuir su nivel de ansiedad y depresión, con la consiguiente reducción de su hiperfrecuentación a los servicios sanitarios, así como la ingesta de medicación. También mejora significativamente su calidad de vida.

6.- El tratamiento psicoterapéutico grupal posibilita, mediante el trabajo con la palabra, procesos de identificación y de soporte grupal, con un impacto de cambio muy importante, que potencia el trabajo de los terapeutas y produce grandes beneficios a las participantes en amplias esferas de su vida. Todo ello repercute, consiguientemente, en la salud de sus familias y de la comunidad, pues la mujer, todavía, se configura como el principal agente de salud dentro de la familia.

7.- En nuestro estudio se ha observado, también, la existencia de una correlación directa entre un instrumento validado a nivel psicológico, como es el test de Beck, y el cuestionario de calidad de vida (QQVD 2000) que diseñamos a tal efecto. Este trabajo inicial resulta muy útil para seguir trabajando en el diseño de un instrumento de calidad de vida, específico para mujeres, que se intentará validar (QQVD 2002).

8.-Por otra parte, la redacción definitiva del Cuestionario de Calidad de Vida para Mujeres (CCVD2002) y su validación, objetivo instrumental del proyecto, puede representar la puesta a punto de una herramienta que, por su carácter flexible y su facilidad de adaptación, permita una evaluación sistemática de los resultados de las actividades de atención socio-psico-sanitaria con mujeres.

9.- Por último, este trabajo cumple dos condiciones que consideramos muy importantes:- Aplicabilidad y Utilidad : evaluar la efectividad de un tratamiento midiendo los cambios que se producen en la calidad de vida , puede ser muy útil tanto en la Asistencia Primaria como en los Servicios Sociales, y en la atención de la Salud Mental.

GRÁFICAS DE LOS RESULTADOS

9.1. Perfil sociodemográfico

Participantes

Origen, edad y estudios

Gráfico 1: Origen (P 5)

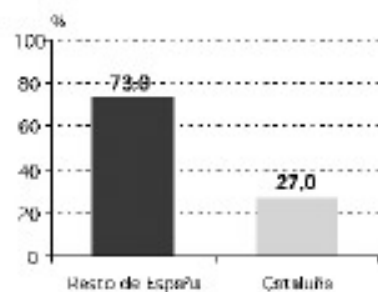


Gráfico 2: Edad (P 6)

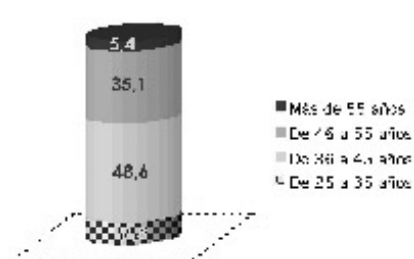
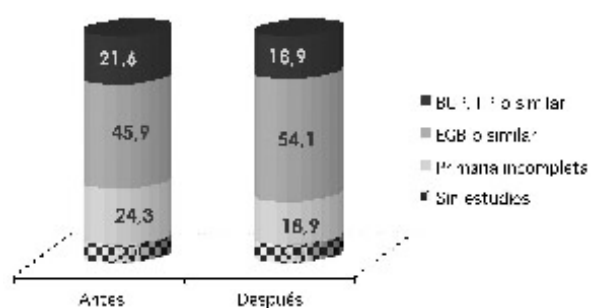
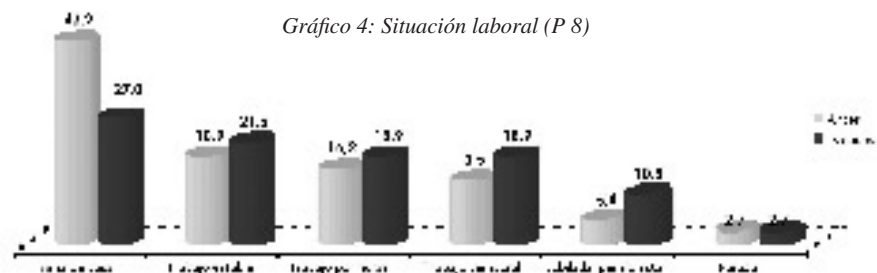


Gráfico 3: Nivel máximo de estudios alcanzado (P7)



Ocupación

Gráfico 4: Situación laboral (P 8)



Fundamento de la consulta

Gráfico 5: Fuente de derivación (P 21)

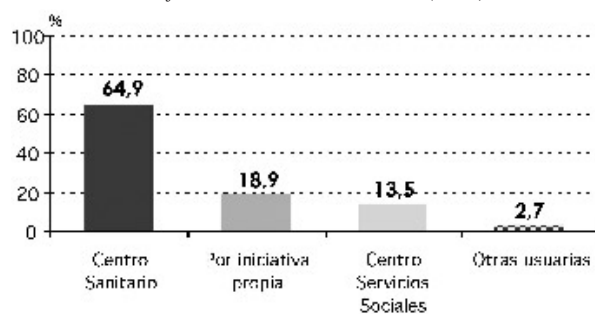
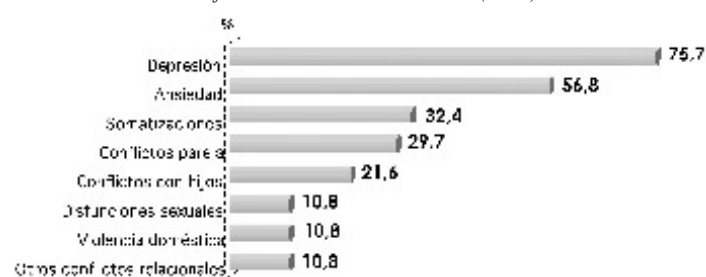


Gráfico 6: Motivo de la consulta (P 22)



9.2. Salud

Gráfico 7: Percepción de su estado de salud (P 24)

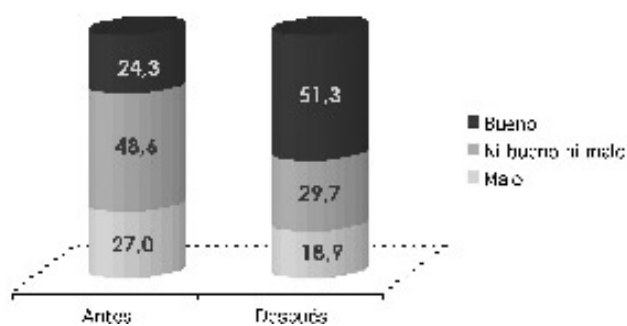


Gráfico 8: Consumo de medicamentos (P 31)

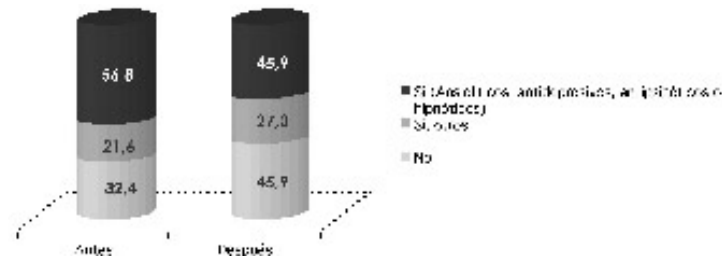


Gráfico 9: Visitas al ambulatorio durante los últimos 6 meses (P 25)

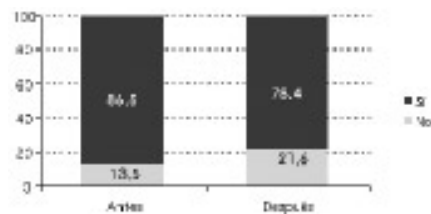


Tabla 1: Núm. consultas al ambulatorio en los últimos 6 meses (P 26)

	Antes	Después
Más de 10	8,1	5,6
De 6 a 10	18,9	8,3
De 1 a 5	59,5	63,9
Ninguna	13,5	5,6

9.3. Relaciones y comportamiento

Relaciones familiares

Gráfico 10: Índice de satisfacción con las relaciones familiares (Agregación de la P56+P61)

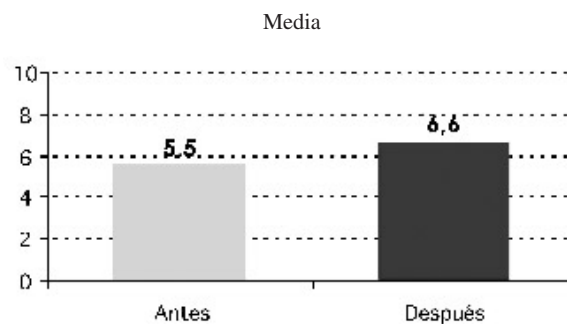


Gráfico 11: Grado de satisfacción con la relación de pareja (P56)

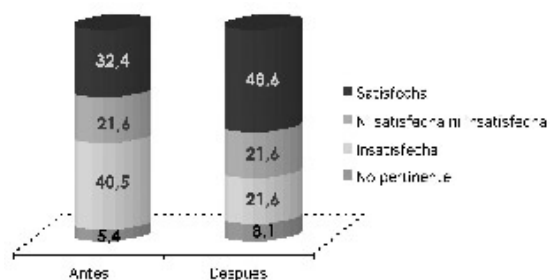
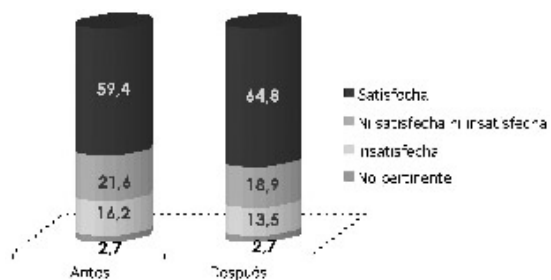


Gráfico 12: Grado de satisfacción con las relaciones con los hijos-hijas, nietos-nietas (P57)



9.4. Relaciones sociales

Gráfico 13: ¿Con quién se relaciona? (P76)

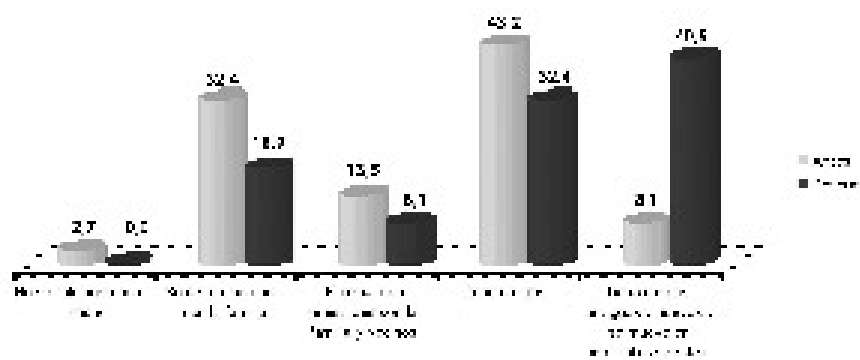
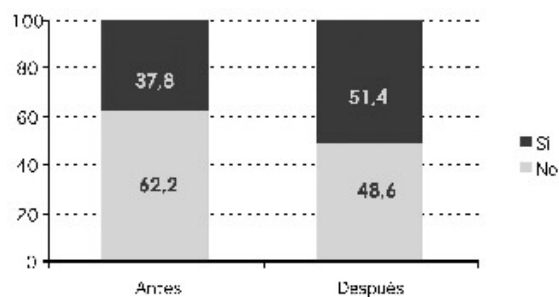
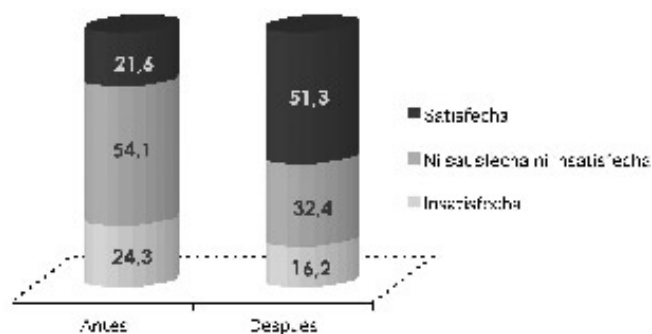


Gráfico 14: ¿Acostumbra a visitar y recibir a los amigos? (P82)



Satisfacción general

Gráfico 15: Grado de satisfacción con las relaciones sociales (P19)



9.5. Ocio y distribución

Gráfico 16: Grado de satisfacción con las actividades culturales o recreativas (P20)

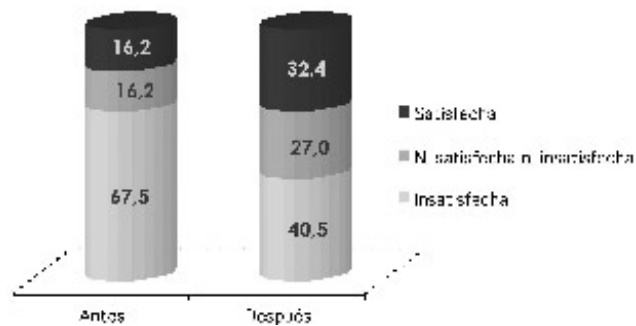
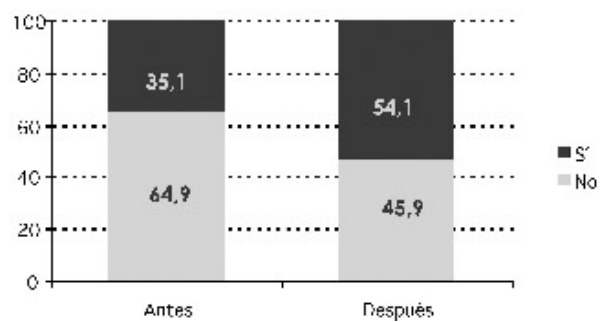
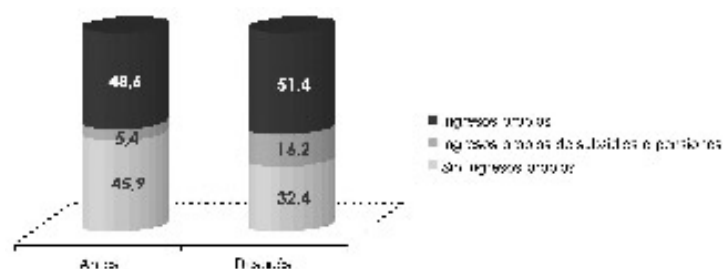


Gráfico 17: Asistencia al cine, conciertos, música, teatro-baile... (P80)



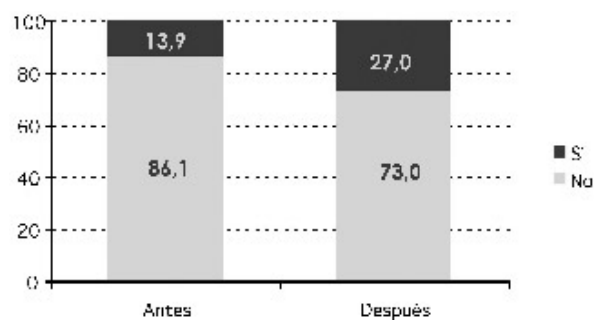
9.6. Autonomía económica

Gráfico 18: Ingresos propios (P 77)



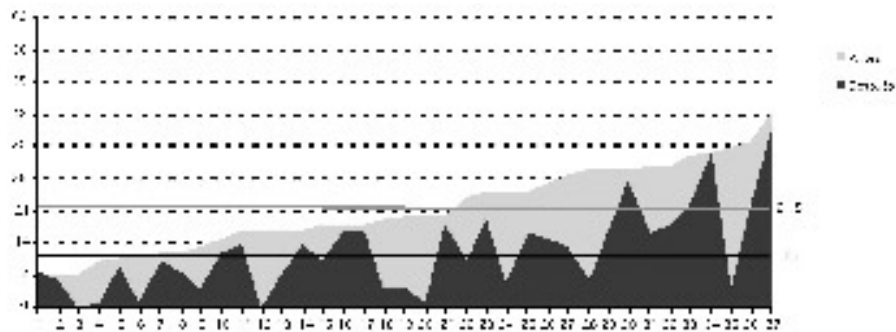
9.7. Proyectos de futuro

Gráfico 19: Otros proyectos de futuro (P 93)



9.8. Índice de depresión (test de Beck)

Gráfico 20: Índice de Beck (antes y después del tratamiento grupal)



Índice Beck por grupos

Gráfico 21: Índice BECK - Grupo CH

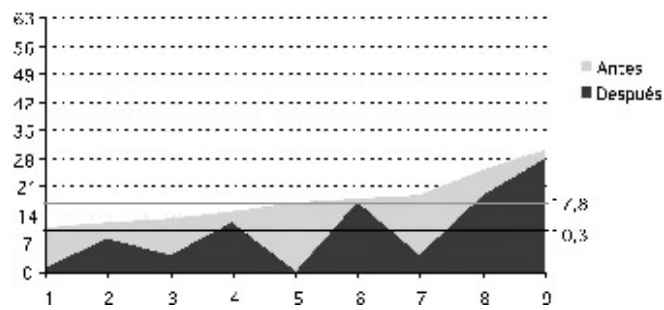


Gráfico 22: Índice BECK - Grupo RC

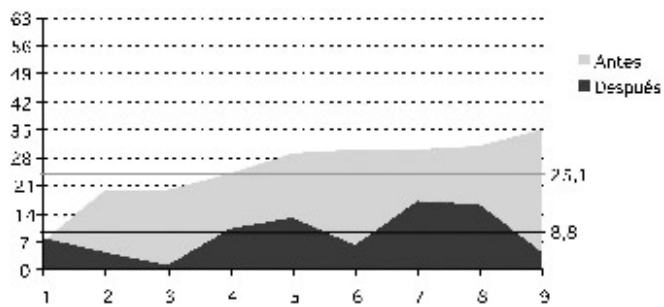


Gráfico 23: Índice BECK - Grupo CO

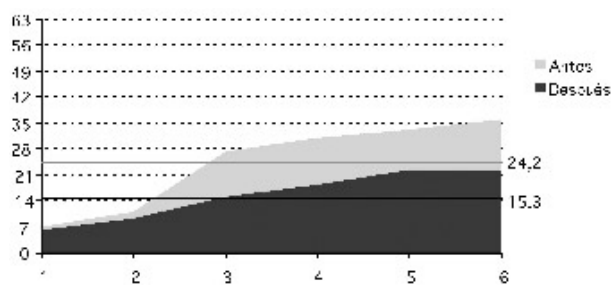


Gráfico 24: Índice BECK - Grupo BA

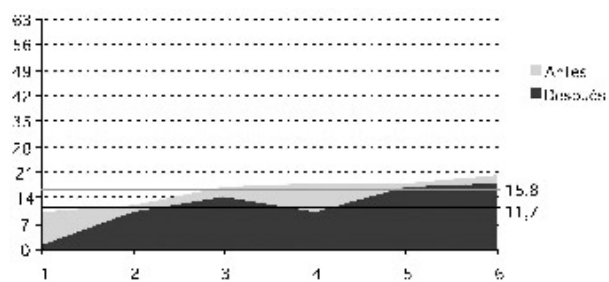
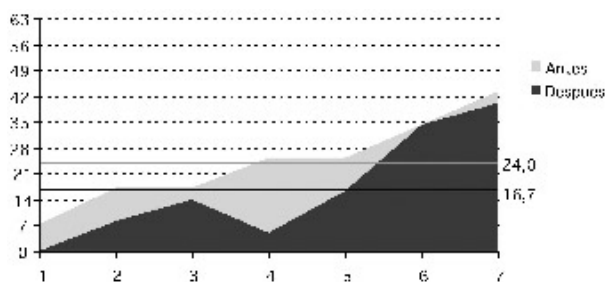


Gráfico 25: Índice BECK - Grupo HO



Agradecimientos

Este estudio ha contado con soporte económico de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya, en el año 2001.

Teresa Anguera, catedrática de Psicología de la Universidad de Barcelona.

M. Jesús Izquierdo, profesora de Sociología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Eva Coronado y Oriol Molas, socióloga y politólogo.

Joana Hernández, psicóloga del Programa de Salud Mental para la Mujer, Centro de Higiene Mental de Cornellà.

Romà Puiggermanal Estival, doctor ingeniero industrial, profesor de la Universidad Politécnica de Catalunya.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ballester, J. "De la comprensión psicoanalítica a la transformación de la asistencia pública psiquiátrica". Ponencia del Segundo Coloquio Interdisciplinar organizado por IPSI sobre *Transformaciones de la práctica psicoanalítica en las instituciones de salud mental*. Barcelona. 2000, Febrero.
2. Ajuntament de Cornellà de Llobregat *Estudi sobre salut, estils de vida i condicions laborals de les dones de Cornellà de Llobregat*. Departament de Salut Pública. Ajuntament de Cornellà. 1999.
3. Bayo-Borràs, R. "¿De qué sufren las mujeres? Análisis de la atención al Programa Suport en Salud Mental per a la Dona". En *Mujer y Salud mental. Reflexiones y experiencias (Comp.)*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya i Centre d'Higiene Mental de Cornellà Barcelona: Gráficas Rey. 1998. pp.39-62.
4. Bayo-Borràs, R.: "Salud Mental de mujeres amas de casa. Grupos terapéuticos", en *Género y salud. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud*. Publicado por el Instituto de la mujer. Serie Estudios, nº 30. Madrid, 1999-2000. pp. 83 a 87
5. Bleger, L.; Pasik, N. R. *Psicoanálisis grupal. Cuando, cómo y por qué*. Buenos Aires: Tekné. 1997
6. Foulkes, S. H. *Psicoterapia de grupo analítica*. Barcelona, Gedisa. 1981
7. Grinberg, L.; Langer, M.; Rodrigué, E. *Psicoterapia del grupo*. Buenos Aires:Paidós. 1974
8. Pichón-Rivière, E. *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1984.
9. Baca, E. "Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1991 XI (nº 37), pp. 93-101.
10. Gamo, E.; Guindeo, J.; Pascual, P.; Villalba, A. "Grado de satisfacción y mejoría subjetiva en un Centro de Salud Mental". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1994 XIV (50), pp. 403-416.
11. Gómez Beneyto, M."La evaluación del resultado terapéutico en psicoterapia psicodinámica." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1997. XVII, 63,pp. 537-546.

12. Bayo-Borràs, R. "Género y Valores, aspectos psicológicos". Vitòria. Emakunde. 1994
13. Tubert, S *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Ed. El Arquero. Madrid 1988
14. Casino, A. "La demanda en l'àmbit de la planificació familiar" <La demanda en el ámbito de la planificación familiar>. En *Dona i salut mental. Reflexions i experiències (Comp.)*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya i Centre d'Higiene Mental de Cornellà. (pp.161-169). Barcelona: Gráficas Rey. 1998
15. Burin, M. *El malestar de las mujeres. Una tranquilidad recetada*. Ed. Paidós. 1991
16. Burin, M; Bleichmar, E.D. *Género, Psicoanálisis y Subjetividad*, Buenos Aires, Paidós 1996
17. Cirera T; Lopetegui, L "Grupo socioterapéutico para mujeres en un centro de atención primaria de salud CAP". *Revista de trabajo social. Servicios Sociales y Política Social. Nueva perspectiva de género* 45. Madrid .pp.135-150.1999
18. Pérez-Portabella, M. i al "Perfil de dones afectades per violència intrafamiliar crònica." *Programa Municipal para la Mujer*, Ayuntamiento de l'Hospitalet de Llobregat. 1997.
19. Pérez-Portabella, M." Violència familiar. Algunes reflexions a partir de l'experiència." *Full informatiu*, nº 107 (Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya), pp.13.Barcelona. 1998.
20. Meseguer, J. "Dona, grup i salut mental". Presentación clínica en el Centro de Higiene Mental de Cornellà. Barcelona. 2001
21. Pérez-Portabella, M. i Calle S. "Una perspectiva psicosocial i de gènere en el treball grupal amb dones" <Una perspectiva psicosocial y de género en el trabajo grupal con mujeres >. *Dona i salut mental. Reflexions i experiències (comp.)*. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya i Centre d'Higiene Mental de Cornellà. (pp.171-186). Barcelona: Gráficas Rey. 1999
22. Bobes, J.; Cervera, S.; Seva, A. "Calidad de vida y trastornos depresivos". *Actas del Congreso Nacional de Psiquiatría*, Sevilla. (Publicat en Oviedo: Gofe. pp. 9 a 97). 1995
23. Pinto-Prades, J.L. "Calidad de vida y asignación de recursos sanitarios". *Gaceta sanitaria*, 2000. 14 (2), pp.168-174.
24. Bayo-Borràs, R. et al.: *Procediment per a l'avaluació d'un tractament psicoterapèutic* (Premi Ferran Salsas 1999). Diputació de Barcelona. 2000
25. Bayo-Borràs y Puiggermanal, R. "¿Es posible evaluar un tratamiento psicoterapéutico?", *Actas del Tercer Congreso de la Sociedad Internacional para los Estudios sobre la Calidad de Vida*, Girona 20-22 de julio de 2000. Universitat de Girona. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. 2001.
26. Badia, X.; Salamero, M.; Alonso, J. *La medida de la salud*. Barcelona: Edimac. 1999.
27. Bayo-Borràs, R. y Puiggermanal, R.: "¿Es posible evaluar un tratamiento psicoterapéutico?", en *Quadern CAPS* nº 29, Barcelona, pp. 82-88. 2000.
28. Pujol, C. "Las fundaciones de investigación en atención primaria" *Atención Primaria*. 2001. 28, (5), pp.295-297.
29. Pla, M. "El rigor en la investigación cualitativa." *Atención primaria*, 1999. nº 24, pp.295-300.
30. Pérez-Portabella, M. i al. "La dimensió comunitària d'un programa d'acció social adreçat a dones". *Actes de la II jornada de Serveis Socials d'Atenció Primària*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya i Diputació de Barcelona (pp.53-59). 1999.
31. Tschorne, P. *Dinámica de grupo en trabajo social, atención primaria y salud comunitaria*. Salamanca: Amarú. 1993.

32. Pérez-Portabella, M. "Les demandes d'atenció psicosocial de les dones de l'Hospitalet des d'una perspectiva de gènere" (1977-1997)." Les dones i la història al Baix Llobregat II." (pp. 287-312). *Centre d'Estudis Comarcals del Baix Llobregat. Publicacions de l'Abadia de Montserrat*. Col·lecció Llorenç Sans nº 13. Barcelona: 2002.
33. "Vivir con salud haciendo visibles las diferencias" 1997. *Congreso Internacional "Mujeres, Trabajo, Salud"*, Barcelona 1996. Instituto de la Mujer, colección Debate nº 20, Madrid
34. "II Jornadas de Salud Mental y Género" Madrid, 9 y 10 de Octubre de 2000. Instituto de la Mujer, colección Debate nº 32, Madrid. 2001.
35. *Género y Salud*. I Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid, Instituto de la Mujer, colección Estudios nº 30, Madrid 2001.
36. *Mujer y Calidad de vida* C.A.P.S. Barcelona 1991.
37. De Onís, M. et al. "La Mujer y la Salud en España". *Ministerio de Asuntos Sociales*. Instituto de la Mujer. Madrid. 1992.
38. López García, S., Ros, R. *Mujer y Ciudadanía. La sexualidad de la mujer española en el s.XX*. Barcelona: Bellaterra.. 2001.
39. Dio Bleichmar, E. *La depresión en la mujer*. Ed. Temas de hoy. Madrid 1995.
40. Navarro, Vicenç, *Bienestar insuficiente, democracia incompleta*. Anagrama 2002
41. Bayo-Borràs, R. "La crianza de los hijos en la familia contemporánea: un reto de final de siglo". En *El món laboral, la vida domèstica i la criança dels fills*, (comp.). Col. Agora, Edicions de la Universitat de Lleida. 1999.
42. Eskelinen De Folch, "Realidad psíquica y realidad social en la paciente histérica y en la conceptualización psicoanalítica de la identidad y sexualidad femeninas" *Revista de la AEPP (Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica)*, 1996. 2, Madrid.
43. González de Chávez Fernández, M^a A *Hombres y mujeres. Subjetividad, Salud y Género*. Instituto Canario de la Mujer, Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Madrid 1999.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Bion, W R. *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós. 1985.
- Freud, S. *Tótem y Tabú.*, Vol.V. Ob. Compl Madrid: Biblioteca Nueva. 1972.
- Freud, S. *Psicología de las masas y análisis del yo*, Vol.VII. Ob. Compl Madrid: Biblioteca Nueva. 1972.
- Lacan, J. Escritos I. *El seminario sobre La carta robada. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma*. (10^a ed.). México: Siglo XXI 1984.
- Lemoine, G. *Jugar-gozar. Por una teoría psicoanalítica del psicodrama*. Gedisa. 1986.
- Maisonneuve, J. *La dinámica de los grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión. 1978.
- Mucchielli, R. *La dinámica de los grupos*. Madrid: Ed. Ibérico-Europea. 1997.
- Poch, J.; Ávila, A. *Investigación en psicoterapia*. Barcelona. Paidós. 1998.
- Spiegel, D. (Ed) *Efficacy and Cost-Effectiveness of Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press Inc. 1999.
- Tizón, J. L. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Hora. 1982.
- Tizón, J. L. "Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria". *IV Reunión anual. Red de Centros Investigadores de la SEMFYC*. 1991.
- Tizón, J. L. *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona, Doyma. 1992.
- Tizón, J. L. "Investigación empírica sobre las psicoterapias. ¿Otra lente del "Hubble" defectuosa?" *Up-Date: Psiquiatría*. Barcelona. Masson, 1992; pp.. 68-99. 1992.

EQUIPO DE LA INVESTIGACIÓN

*Coordinación: Regina Bayo–Borràs Falcón, psicóloga del Programa de Atención a la Mujer, del Centro de Higiene Mental de Cornellà, y profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

E-mail: regina.bayo@wanadoo.es

Investigadoras:

- Anna Casino Moreno, psicóloga del Centro de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (CASSIR). Badalona-Servicios Asistenciales.
- Lourdes Lopetegui Zabaleta, psicóloga del Programa de Atención a la Mujer del CAP II de Ripollet–Cerdanyola.
- Sílvia López García, psicóloga del Programa Sanitario de Atención a la Mujer de S. Andreu, Gràcia, Horta y Guinardó de Barcelona.
- Joana Meseguer Meseguer, psicóloga de la Unidad de Salud Mental de L'Hospitalet de Llobregat.
- Montserrat Pérez–Portabella Puig, psicóloga del Centro de Atención e Información a la Mujer del Programa Municipal para la Mujer del Ayuntamiento de L'Hospitalet de Llobregat
- Margarita Sentís Hortet, psicóloga del Programa de Atención a la Mujer de La Llagosta y Sta. Coloma de Gramanet.

Recibido: 08-07-02