

**PROGRAMA DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**ÁREA VII-MIERES-2010**  
**PRINCIPADO DE ASTURIAS**

---

EVALUACIÓN DE PROCESO - I  
MEMORIA DE ACTIVIDADES DE LA 1ª ETAPA Y  
EVALUACIÓN DE FORMACIÓN IMPARTIDA AL GRUPO CLAVE



CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN  
SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS  
INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER  
INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA

Evaluación:  
Sara Velasco Arias  
Julio, 2010

**GRUPO PROMOTOR DEL PROGRAMA**

**CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

**Julio Bruno Bárcenas.** Área de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública (Coordinador del Grupo)  
**Mercedes García Ruiz.** Jefa de Servicio de Promoción de Salud. Dirección General de Salud Pública y Participación

**Elvira Muslera.** Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias  
**Ana Luz Villarías.** Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias

**Clavelina Arce.** Gerente de Atención Primaria del Área VII-Mieres  
**Marta E González.** Directora Médica de Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres  
**Ana Cao.** Directora de enfermería de Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres

**Ana Esther Sánchez.** Coordinadora del Centro de Salud Mental del Área VII-Mieres

**INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER**

**Marian Uría Urraza.**

**INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA**

**Ana Jesús Rodríguez Hevia.**

\*\*\*\*\*

**Sara Velasco Arias.** Consultora de Salud y Género.

**GRUPO CLAVE DEL ÁREA VII-MIERES**

**Componentes del Grupo Clave de atención primaria y salud mental del Área VII**

**Coordinadoras/es funcionales para el Programa en los centros de salud**

<b>Amaya Leoz,</b> médica de familia	CS Moreda
<b>Delfina Menéndez,</b> médica de familia	CS Figaredo
<b>Isabel Castañón,</b> enfermera	CS Cabañaquinta
<b>Manuel Ramón,</b> médico de familia	CS Mieres Sur
<b>Marisa Sánchez,</b> enfermera	CS Pola de Lena
<b>Paz Gutiérrez,</b> enfermera	CS Mieres Norte
<b>Isabel del Castillo,</b> psicóloga clínica	Centro de Salud Mental

**Formadores/as:**

Medicina de familia:

**Agustín Suárez Suárez**  
**Amaya Leoz Iparraguirre**  
**Ana Isabel Alonso López**  
**Delfina Menéndez Martínez**  
**Encarnación Álvarez García**  
**Enrique Ondiviela López**  
**Isidora Álvarez Ordás**  
**Manuel Ramón Ramón**  
**Purificación Reguera Bermejo**

Trabajo Social:

**Ana María Menéndez Caicoya**  
**M<sup>a</sup> Rosario Rodríguez Gutiérrez**

Enfermería:

**Dolores Mirón Ortega**  
**Isabel Castañón Baizán**  
**Mar de la Rosa Arias**  
**María Luisa Sánchez Calderón**  
**María Luisa Suárez Díaz**  
**Marta Pisano González**  
**Mercedes Morales Morales**  
**Rosa Gómez Sanzeri**  
**Rosa Trapiella Fernández**

Salud Mental:

Psiquiatra:

**Enrique Villa Alonso**  
Psicólogas clínicas:  
**M<sup>a</sup> Isabel del Castillo Rebollero**  
**Purificación Saavedra Pose**

**No formadores/as:**

Enfermeras:

**Dolores Otero Colmenero**  
**Eva Mañueco Tejero**  
**María Luisa Pérez Suárez**  
**María Paz Gutiérrez López**

Médico:

**Jesús Manuel Díaz Díaz**

Médica, técnica de Gerencia:

**Montserrat Gutiérrez Bengoechea**

De Salud Mental:

Psiquiatra:

**Ana Esther Sánchez Gutiérrez**

Psicólogo:

**Manuel Gómez Simón**

Trabajadoras sociales:

**Benigna Muñiz García**

**Marina Sofía García Méndez**

Enfermera:

**Concepción Artola Lázaro**

*No todo lo que cuenta se puede contar,  
ni todo lo que se puede contar, cuenta.*

*Atribuido a Einstein*

## ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	7
2.	INTRODUCCIÓN.....	11
3.	ANTECEDENTES DEL PROGRAMA.....	12
4.	OBJETIVOS DEL PROGRAMA.....	14
5.	OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE 1ª ETAPA.....	15
6.	MÉTODO DE EVALUACIÓN.....	16
7.	ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA 1ª ETAPA.....	20
8.	PROGRAMACIÓN.....	21
8.1	CONSTITUCIÓN DEL GRUPO PROMOTOR Y PROYECTO EN ÁREA VII.....	21
8.2	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	22
8.3	RECURSOS HUMANOS UTILIZADOS.....	23
8.4	ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN EL ÁREA VII.....	23
8.4.1	<i>Resumen de resultados del análisis de situación.....</i>	24
8.4.2	<i>Puntos críticos del conjunto del análisis de situación.....</i>	25
8.4.3	<i>Necesidades y Propuestas de los/las profesionales:.....</i>	25
8.4.4	<i>Fortalezas del Programa.....</i>	26
8.5	PROYECTO DE EVALUACIÓN.....	26
8.6	GUÍA DE FUNCIONAMIENTO DE LA INTERVENCIÓN Y PROTOCOLO EN OMI.....	26
9.	CONSTITUCIÓN DEL GRUPO CLAVE.....	27
10.	ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN.....	29
11.	RESULTADOS DEL CURSO BÁSICO.....	31
11.1	PARTICIPACIÓN. COBERTURA SOBRE PLANTILLA DE AP Y SM DEL ÁREA.....	31
11.2	PARTICIPACIÓN DE USUARIA COMO EXPERTA: PRESIDENTA DE LA LIGA REUMATOLÓGICA ASTURIANA.....	36
11.3	METODOLOGÍA DIDÁCTICA.....	38
11.4	MOTIVACIÓN Y EXPECTATIVAS PRE-CURSO.....	39
11.5	ANÁLISIS DE DINÁMICA GRUPAL. OBJETIVOS INTERNOS Y EMERGENTES.....	40
11.5.1	<i>Grupo numeroso, convocado por superior jerárquico y mixto AP y SM. Grupo silencioso y reflexivo.....</i>	41
11.5.2	<i>Cooperación/distancia entre AP y SM.....</i>	42
11.5.3	<i>Interiorizar las materias del curso. Experimentación personal y profesional.....</i>	44
11.5.4	<i>Dificultades emergentes: resistencias y resolución.....</i>	45
11.6	ANÁLISIS FODA (FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES, AMENAZAS) SOBRE EL MÉTODO.....	50
11.7	IMPACTOS DEL CURSO. CALIDAD.....	52
11.8	EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN CON EL CURSO. INSTITUTO ASTURIANOS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (IAAP).....	62
12.	RESULTADOS DEL CURSO DE FORMADORES/AS.....	64
12.1	PARTICIPACIÓN Y AMPLIACIÓN DE OBJETIVOS DOCENTES.....	64

12.2	METODOLOGÍA DIDÁCTICA.....	65
12.3	ANÁLISIS DE DINÁMICA GRUPAL. OBJETIVOS INTERNOS Y EMERGENTES .....	66
12.3.1	<i>Falta de convicción e interiorización del tema. Transmitirán el destilado de lo que hayan interiorizado.....</i>	66
12.3.2	<i>“Los compañeros/as pueden rechazar este tema”.....</i>	66
12.3.3	<i>“Esto ya lo hacemos en la clínica”. La atención a la subjetividad es un valor añadido.....</i>	66
12.3.4	<i>Repetición de conceptos difíciles o conflictivos.....</i>	67
12.4	EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN. INSTITUTO ASTURIANOS DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (IAAP) .....	68
<b>13.</b>	<b>EQUIPO DE FORMADORES/AS.....</b>	<b>70</b>
13.1	COMPOSICIÓN DE EQUIPOS DE FORMADORES/AS.....	73
<b>14.</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>15.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>78</b>
<b>16.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>

### ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1.	Método de evaluación de la 1ª etapa, puesta en marcha del Programa y formación del Grupo Clave. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes.....	18
Tabla 2.	Cronograma del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria.....	22
Tabla 3.	Recursos humanos institucionales para las actividades de Programación del Proyecto de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria.....	23
Gráfico 1.	Número de participantes (Grupo Clave) en el Curso Básico por profesiones.....	31
Gráfico 2.	Porcentaje de participantes (Grupo Clave) en el Curso Básico por profesiones y sexos.....	32
Tabla 4.	Distribución de número y porcentaje de profesionales del Grupo Clave sobre las plantillas por centros de salud.....	33
Gráfico 3.	Porcentaje de participantes del Grupo Clave sobre profesionales en plantilla, por profesiones y centros de salud.....	33
Tabla 5.	Número de profesionales del centro de salud mental, participantes en Grupo Clave y porcentaje de participantes sobre las plantillas.....	34
Gráfico 4.	Distribución de % participantes de SM en el Grupo Clave sobre profesionales en plantilla del Centro de Salud Mental.....	34
Gráfico 5.	Distribución de profesionales por sexos en plantillas de CS y en el Grupo Clave.....	34
Tabla 6.	Análisis FODA y propuestas de mejora. Método de Atención Biopsicosocial al Malestar.....	51
Tabla 7.	Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado.....	56
Tabla 8.	Valoración del curso básico.....	62
Gráfico 6.	Valoración del curso básico.....	62
Tabla 9.	Valoración de la docente del curso básico.....	63
Gráfico 7.	Valoración de la docente del curso básico.....	63
Tabla 10.	Intención de ser formadores/as al principio del curso, por profesiones.....	64
Tabla 11.	Valoración del curso de formadores.....	68

Gráfico 8. Valoración del curso de formadores.....	68
Tabla 12. Valoración de la docente en curso de formadores.....	69
Gráfico 9. Valoración de la docente en curso de formadores.....	69
Gráfico 10. Evolución de la intención de ser formadores/as desde el inicio al final de la formación del Grupo Clave. N° de profesionales.....	70
Gráfico 11. Número de miembros del Grupo Clave y número de formadores/as, por profesiones	71
Gráfico 12. Porcentajes por profesiones de los miembros del Grupo Clave.....	71
Gráfico 13. Porcentajes por profesiones del equipo de formadores/as.....	71
Gráfico 14. Porcentaje de profesionales por sexos en Grupo Clave y equipo de formadores/as....	72
Tabla 13. Equipos de formadores/as y distribución de Módulos temáticos, marzo 2010.....	74
Tabla 14. Fichas de equipos de formadores/as (con fotos).....	75

## 1. RESUMEN

Se resumen los resultados de indicadores cuantitativos y cualitativos por objetivos de la evaluación (Tabla 1, pág. 18).

Objetivo 4.2.2.A.  
Valorar la puesta en marcha del Programa

Se han completado todas las actividades proyectadas para la 1ª etapa: constitución del Grupo Promotor, selección del área VII-Mieres, programación, análisis de situación, constitución y formación del Grupo Clave (GC)

y constitución de los equipos de formadores/as por Centros de Salud en cooperación con Salud Mental.

- Fortalezas.

El Grupo Promotor reúne a todas las instituciones que deben intervenir en el Programa. La cohesión interinstitucional mantenida, con capacidad resolutoria de problemas en proceso, está siendo una de las fortalezas para la marcha del Proyecto (pág. 21).

Los resultados del análisis de situación muestran la pertinencia del Programa, porque los síndromes de malestar son de alta relevancia, tanto por la prevalencia en población, como por la demanda en Atención Primaria y Salud Mental. Mejorar el método de atención responde a una necesidad sentida por los y las profesionales (pág. 24).

Objetivo 4.2.4.B.  
Valorar la constitución del Grupo Clave y su adecuación a los objetivos.

Se ha constituido el Grupo Clave con 34 profesionales del Área de Mieres. Son 11 médicos/as de familia, 14 enfermeras, 2 psiquiatras, 3 psicólogos y 4 trabajadoras sociales, con representación de los 6 CS y del Centro de Salud Mental del Área. Por sexos son 28 mujeres

(85%) y 6 hombres (15%). Está más feminizado que la plantilla de AP del Área, en la que son 62% mujeres y 38% hombres (pág. 32).

La cobertura del GC sobre el Área es del 19% de la plantilla de AP y 42% de la plantilla de Salud Mental.

Una fortaleza es que el Grupo Clave es óptimo para los objetivos, ya que además de composición multi-profesional de AP y SM y de todos los CS, tiene características clave: hay coordinadores de CS y de enfermería, miembros del Consejo de Salud, tutores de MIR, son de edad madura, situación laboral estable, muchos años de experiencia en el Área y precedentes de competencia en temas innovadores y de compromiso. Aunque el grupo es casi neófito en el concepto de género y no reseñan formación sobre el modelo biopsicosocial.

La única potencial debilidad es que está más feminizado que las plantillas de los CS, por lo que la transmisión de la formación en los CS tendrá un sesgo de docentes mujeres a discentes hombres cuantificable en un 23%, sin embargo, no existirá sesgo por profesiones.

Objetivo 4.2.3.  
(...) y capacitar a un Grupo Clave de profesionales del Área que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales.

Al inicio de la formación el 100% del GC declara motivación propia para acudir al curso básico, a pesar de que el 57,7% dice acudir a propuesta de la Gerencia de AP. Sobre los motivos, dicen:

*“necesidad de conocer alguna nueva estrategia o método, - o el modelo biopsicosocial- para atender a los pacientes con malestar, cuya prevalencia es cada vez mayor, son pacientes complejos, con gran demanda asistencial y hay necesidad de mejorar la relación con ellos, comprender sus problema y disminuir el uso de fármacos y psicofármacos”.*

Necesidades que esperan resolver, dicen:

*“La falta de resolución y enquistamiento o cronificación de los problemas de estos pacientes, con el sufrimiento que esto genera a ellos y su entorno. Los psicofármacos y analgésicos no resuelven los problemas, los estamos sobre-utilizando y no son eficaces. Hiperfrecuentan, son difíciles y causan frustración a nosotros y a ellos mismos. Si tuviéramos formación y supiéramos abordarlos de otra manera, posiblemente los tratamientos farmacológicos serían innecesarios”.*

Estas motivaciones y necesidades coinciden con los objetivos del Programa y de la formación (pág. 39).

Sin embargo la intención de ser formadores/as (también objetivo del curso) es muy baja al inicio (sólo 4 personas).

Objetivo 4.2.4. D.

Estimar la vinculación del alumnado como Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área.

La vinculación del GC con el Programa acaba siendo muy alta. Las 34 personas participan activamente en el curso hasta el final, prácticamente el 100% del tiempo, sin ninguna ausencia ni pérdidas. Pasan al curso de formadores la inmensa mayoría (32 de 34). Y se comprometen a ser formadores/as el 70,5% (24 de

34). Los 10 restantes, permanecen vinculados y responden también a otras peticiones de trabajo complementario, apoyo a los equipos de formadores en sus CS, Consejo de Salud, inicio de elaboración de Protocolo en OMI, compromiso de coordinadores/as funcionales, comunicación mail (pág. 64).

Objetivo 4.2.3.E.

Estimar la cooperación inter-estamentos de AP y con SM producida con el fin de organizar actividades de aplicación del Método en AP sostenible y con continuidad.

Ya existía en el GC cooperación no jerarquizada inter-estamentos en AP, la cual funcionó como una malla de relación y sostén del grupo y una fortaleza facilitadora del trabajo en equipo y motivadora de la vinculación con el Programa.

La participación de profesionales de SM es una fortaleza en sí misma, pero su vinculación hubo de ser elaborada en la dinámica grupal, ya que no contaban prácticamente con contacto previo entre AP y SM. Los cursos conjuntos y sus dinámicas han facilitado esta vinculación y cooperación, que el GC valora como uno de los beneficios obtenidos (pág. 40).

Objetivo 4.2.3.C.

Estimar la capacidad del GC para aplicar el método BPS+subjetividad y+género a los síndromes del malestar en Atención Primaria.

Al final del curso básico, el 100% de participantes dicen que han cambiado las ideas y dificultades que tenían con los y las pacientes con síndromes de malestar; los ven menos difíciles y frustrantes. Han incorporado el Método que les permite ver a los pacientes como



sujetos, confirmar lo intuido sobre el efecto de la subjetividad sobre la enfermedad. Encuentran valores añadidos para su práctica clínica: el concepto de síndromes del malestar y un nuevo modo de los del que no disponían, más resolutivo, alternativo al uso de psicofármacos, mediante la localización y señalamiento de las identificaciones y posiciones subjetivas. También han encontrado novedoso y de impacto la detección del sesgo de género en la clínica. Otros beneficios que estiman son la nueva visión sobre su trabajo y el hallazgo de saber cómo manejar situaciones en las que antes no sabían cómo actuar, posibilidad de mayor eficacia terapéutica, impacto sobre la relación sanitario/a-paciente y la visión de la propia implicación del profesional y mayor satisfacción personal y profesional.

El 100% estiman, sin dudas, aplicable el método (pág. 52).

Los cursos han sido bien valorados. Puntúan el curso básico con una nota global de 4,3 (de 1 a 5) y el de formadores/as con 4,2. Y a la docente con 4,6 en ambos (págs. 62 y 68).

El curso básico resultó muy efectivo para captar a los/las participantes para que aplicaran el método BPS+subjetividad+género en su clínica, alcanzado niveles óptimos de estimación de aplicabilidad, utilidad, beneficios y valores añadidos y aumento de la satisfacción de los/las profesionales. Al final del curso de formadores/as esta capacidad estimada de aplicación había aumentado a niveles de suficiente confianza como para decidirse a impartir ellos mismos la formación a otros, aunque siempre mantienen cierta inseguridad y expectativa de más formación (Los resultados que obtienen al aplicar el método en la clínica y por tanto, le efectividad de la formación, se valorará en la evaluación de resultados en 2011, después de un periodo suficiente de aplicación clínica).

Sin embargo, el objetivo de alcanzar número suficiente de formadores/as quedó muy bajo. Al final del curso básico, la mayoría seguían indecisos.

Objetivo 4.2.3.F.

Constatar si se ha obtenido un equipo multidisciplinar de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Área.

Pasan voluntariamente al curso de formadores/as 32 de los 34 miembros del GC. Y en este curso sí se alcanza el objetivo de vincularles como formadores/as y constituir equipos para todos los CS.

Objetivo 4.2.3.G.

G. Estimar la cooperación alcanzada entre AP y Salud Mental en el Área para la multiplicación de la formación en los EAP.

Se obtiene un grupo de 24 formadores/as (el 70,5% del Grupo Clave), compuesto por 10 enfermeras (42% del grupo), 9 médicos as de familia (38%), 1 psiquiatra (4%), 2 psicólogas (8%) y 2 trabajadoras sociales de AP (8%). Son 83% mujeres y 17% hombres (pág. 70).

Se alcanza el objetivo de constituir 6 equipos de 4 a 7 formadores/as cada uno y de cada CS. Multidisciplinarios, compuesto cada uno por médico/as, enfermera, trabajadora social y psiquiatra o psicóloga de SM (pág. 75). Estos últimos se comprometen también a coordinar sesiones clínicas en los CS y supervisar casos cuando próximamente se organicen estas actividades. Declaran que la cooperación entre AP y SM es una de las fortalezas del Programa.

Se elige por el GC una coordinadora funcional para el grupo de SM y un coordinador/as funcional para cada CS.

Quedan distribuidos por ellos mismos los módulos que están dispuestos a impartir, según sus preferencias (pág. 74).

Objetivo 4.2.3.H.

Estimar la capacitación del grupo multidisciplinar de formadores/as para impartir la formación en los EAP

dad docente.

Las prácticas docentes realizadas evidenciaron que habían alcanzado la capacidad para transmitir la formación. Debido tanto a que la incorporación del método fue alta, como porque estaban interesados/as en el tema, como porque ya contaban antes con capaci-

dad docente. La mayor evidencia de la capacitación es que la mayor parte del Grupo Clave se decidió y se encontró capaz de comprometerse a impartir la formación en los CS (pág. 72). En próxima evaluación sobre los talleres impartidos en CS, se valorará la efectividad obtenida al impartir dicha formación.

Dificultades muy acertadamente estimadas por AP para la aplicación del método son: el tiempo en consulta, la dificultad de incorporar la parte del método sobre la subjetividad, temor a no ser capaz de hacerlo, complejidad de los casos de AP, necesidad de más formación. Para la continuidad de actividades, señalan las potenciales condiciones adversas del sistema, -como posible desacuerdo y rechazo de los compañeros de los EAP, fallos de cooperación entre AP y SM, cambios organizativos o políticos-.

Los profesionales de Salud Mental identifican muy acertadamente los puntos críticos difíciles del Programa: la transmisión de la formación a los EAP, la organización, aplicación y continuidad de las actividades del modelo (págs. 51 y 60).

A estas dificultades es necesario prestarles atención cuidando las estrategias en las siguientes actividades del Programa.

### 1.1 Propuestas para continuar

Tener en cuenta las fortalezas y debilidades del Programa identificadas por el GC y extraídas de esta evaluación (análisis FODA, pág. 51 y efectos, pág. 52) con estrategias para potenciar fortalezas y minorar debilidades:

- Mantener la vinculación y compromiso institucional.
- Continuar con las actividades previstas ya que concuerdan con las necesidades sentidas.
- Estrategia organizativa para mejorar la disponibilidad del tiempo en consulta.
- Cuidar al Grupo Clave: apoyando sus necesidades sentidas para continuar con el trabajo.
  - mantener activamente la cohesión de trabajo en equipo del Grupo Clave.
  - Mantener la tutoría clínica y formación complementaria que sea necesaria.
  - *Feedback* al Grupo Clave de efectos y evaluaciones.
- Cuidar el mantenimiento de la cooperación con Salud Mental.
- Organizar pronto las sesiones clínicas en los CS como apoyo para la implicación personal y profesional que requiere la aplicación del método y para no fragilizar la continuidad.
- Que los talleres a los EAP se impartan por CS, por los compañeros del GC del propio centro, para promover la constitución de trabajo en equipo en el tema y la sostenibilidad.
- Que la estrategia de implantación en los CS sea liderada horizontalmente por el Grupo Clave, entre compañeros.

## 2. INTRODUCCIÓN

La **Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias** y el **Instituto Asturiano de la Mujer**, se propusieron en 2009 promover la aplicación del modelo de atención biopsicosocial, con atención a la subjetividad y a los determinantes de género (en adelante, Método BPS+subjetividad+género), para aumentar la capacidad de resolución de los y las profesionales de atención primaria en los casos de síndromes del malestar, síndromes que agrupan trastornos mentales comunes –ansiedad, depresión y somatizaciones-, dolor sin causa orgánica y síndromes funcionales emergentes, como fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable. Y se planteó hacerlo en cooperación con los servicios de salud mental.

Los y las pacientes con estos procesos de salud demandan con la mayor frecuencia en las consultas de AP, mayoritariamente de mujeres, se caracterizan por sobreutilización de recursos (hiperfrecuentación de consultas de primaria y especialidades, múltiple uso de pruebas complementarias), por policonsumo de fármacos y, muy especialmente, de psicofármacos, además de insatisfacción intensa de pacientes y profesionales con la atención y tratamientos disponibles. En consecuencia, mejorar su atención es una necesidad sentida, por los y las profesionales de primaria y de salud mental, como por la población atendida.

Se incorporan al proyecto la **Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias**, **Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada**, **Gerencia de Atención Primaria del Área VII-Mieres** y se constituyó un Grupo Promotor interinstitucional, que impulsa el programa piloto<sup>1</sup> el Área VII-Mieres poniéndose en marcha el Programa durante 2009.

El presente informe –Evaluación de Proceso-I-, tiene carácter de memoria de actividades y evaluación de proceso de esta primera etapa que ha comprendido la programación y puesta en marcha, constitución y formación del Grupo Clave de profesionales del Área y se ha constituido el equipo de formadores/as del Área.

Quedan para la segunda etapa, -Evaluación de Proceso II-, las siguientes actividades de este año 2010: la multiplicación de la formación con talleres impartidos por los formadores/as del Grupo Clave en todos los CS del Área y la organización de las actividades de aplicación del Método en AP en cooperación con Salud Mental. Y para la tercera etapa en 2011, la evaluación III final de proceso, resultados e impactos, y análisis de resultados clínicos.

---

<sup>1</sup> Este Programa ya había sido pilotado en un área de la Región de Murcia (2003-2005) liderado por el Instituto de la Mujer, entonces dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

### 3. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

La puesta en marcha del Programa en 2009 fue precedida de actividades en Asturias que fueron facilitando una masa crítica de condiciones favorables.

Fueron actividades de sensibilización a los tres temas clave del proyecto:

- la interpretación de la morbilidad crónica más prevalente de las mujeres, especialmente de procesos de salud mental, en clave de malestar psicosocial;
- el género como determinante de salud;
- el modelo biopsicosocial como método alternativo para mejorar la atención.

Estos temas fueron presentados en varios ámbitos:

1. **Estudio de Salud de las Mujeres en Asturias** (Carmen Mosquera (coord.) 2002 y Marian Uría (coord.) 2005).

2. **Cursos dirigidos a profesionales sanitarios asistenciales y de planificación y gestión:**

Organizados en IAAP, por Instituto Asturiano de la Mujer y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios:

- Cursos de Salud y Género anuales (6 ediciones de 2007 a 2009), dirigidos a profesionales asistenciales y con responsabilidades en servicios centrales y en áreas.
- Presentación del Programa a responsables de Salud Mental y de Consejería (2008).
- Conferencia "Sensibilidad de Género en la Atención a la Salud", Hospital de Avilés (2008).

3. **Dirigidos a población general:**

- Conferencia a población sobre el malestar de las mujeres (2008), Organizado por la Concejalía de Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Gijón.
- Conferencia sobre el malestar de las mujeres en Gijón (2008), Organizado por la asociación ciudadana "A pie de barrio".

4. **Oportunidades estratégicas:**

- Desde 2006 a 2010 el Programa es presentado en todas las ediciones del **Diploma de Especialización en Salud Pública y Género**, (Escuela Nacional de Sanidad), cursado por responsables de planificación y gestión de servicios sanitarios de comunidades autónomas, también con profesionales clave del Principado de Asturias.
- El Programa se había pilotado en la **Región de Murcia**, liderado por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Igualdad, con evaluación de resultados clínicos (Publicado).
- En 2008 el Programa fue seleccionado como caso de buenas prácticas por el **Programa EuroSOCIAL**, de la **Comisión Europea**.
- La Evaluación/actualización de la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** en 2009, incluye nuevos objetivos dirigidos a resolver la alta prevalencia en mujeres de trastornos mentales comunes, la sobrecarga asistencial que provocan en servicios tanto de AP como de SM, y la necesidad de desarrollar método biopsicosocial con inclusión de los determinantes psicosociales de género. En concreto el Objetivo 4.23 de la ESM:

*“4.23. Las comunidades autónomas adecuarán los servicios y programas específicos para atender las necesidades específicas de las mujeres en edad adulta y madurez, potenciando en los servicios de atención primaria el abordaje biopsicosocial sensible a los determinantes psicosociales de género.” ESM, 2009, pág. 125.*

**5. Se dispone de la comprobación previa de fortalezas del Programa:**

- Responde a una necesidad muy relevante en el estado de salud de la población.
- Responde a necesidades sentidas por profesionales y población de un cambio en el tipo de atención, caracterizada hasta ahora por baja eficacia e insatisfacción.
- Responde a puntos críticos y objetivos consensuados en el Sistema Nacional de Salud.
- El enfoque de género ha de ser implantado en todos los ámbitos por mandato de la Ley de Igualdad de Oportunidades.
- El Programa tiene reconocimiento como buenas prácticas.
- La aplicación anterior del Programa ha obtenido resultados clínicos alentadores.
- Los y las profesionales que reciben la formación, lo aplican, es útil, mejora la calidad y satisfacción de su práctica.
- Existen materiales didácticos publicados y amplia experiencia de docencia sobre el tema.

**6. Se conocen sus debilidades y posibles limitaciones:**

- Implantar el Programa requiere compromiso institucional mantenido.
- Requiere cooperación entre niveles asistenciales de AP y SM, sin la cual puede no ser sostenible.
- Requiere compromiso mantenido de los profesionales que se forman para su continuidad.
- Es un método novedoso que implica marcos teóricos no conocidos y no manejados por los sanitarios de atención primaria.
- El enfoque de género connota conflictivamente el interés de algunos profesionales.
- Por ahora, la asesoría del Programa y la formación de inicio, sólo puede ser impartida por la autora del programa, lo cual puede limitar la disponibilidad de esta formación.

## 4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

### 4.1 Objetivo general

4.1.1 Promover la incorporación del abordaje biopsicosocial y de género para los síndromes del malestar (trastornos mentales comunes, -depresión ansiedad, somatizaciones- y síndromes funcionales y dolor sin causa orgánica) en los servicios de atención primaria.

### 4.2 Objetivos estratégicos

4.2.1 Pilotar el programa de Atención Biopsicosocial con inclusión de atención a la subjetividad y el género (BPS+subjetividad+género), para la atención a los síndromes del malestar en los servicios de Atención Primaria en cooperación con los servicios de Salud Mental.

4.2.2 Realizar y evaluar una experiencia formativo-asistencial con criterios de intervención de buenas prácticas, con el objetivo futuro de ampliarla al conjunto de la red asistencial.

### 4.3 Objetivo instrumental de la 1ª etapa

4.3.1 Capacitar a un Grupo Clave de Formadores/as que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales.

### 4.4 Objetivos instrumentales de la formación del Grupo Clave

#### Objetivos del curso básico:

4.4.1 Que el alumnado sea capaz de aplicar en la clínica de atención primaria el modelo biopsicosocial para los trastornos mentales comunes y/ síndromes del malestar, incluyendo la subjetividad y los determinantes psicosociales de género.

4.4.2 Vincular al alumnado como grupo de formadores/as clave en el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área VII-Mieres.

4.4.3 Iniciar la cooperación entre profesionales de AP y de Salud Mental en el Área para realizar las actividades del programa.

#### Objetivos del curso de formadores/as:

4.4.4 Capacitar al Grupo de formadores/as para impartir la formación.

4.4.5 Obtener un equipo de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Área.

## 5. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN DE 1ª ETAPA

La presente evaluación se estructura como una memoria descriptiva de las actividades de la 1ª etapa del Programa. Al mismo tiempo se describe el alcance de los objetivos de proceso del Programa, es decir de los efectos producidos por cada una de las actividades.

Para evaluar la contribución de las actividades de la 1ª etapa al alcance del objetivo general y de los objetivos estratégicos, se han desagregado algunos objetivos de evaluación que permiten analizar los efectos y logros parciales del proceso. Estos objetivos se han incorporado a partir de los resultados del análisis de situación realizado al principio del Programa y que se describe en el apartado **8.4. Análisis de Situación**, y que ha detectado las necesidades sentidas por los y las profesionales.

Estos **objetivos de la evaluación** son:

- A. Valorar la puesta en marcha del Programa.
- B. Valorar la constitución y la adecuación del Grupo Clave a los objetivos.
- C. Estimar de la capacidad del Grupo Clave para aplicar el método BPS+subjetividad y+género a los síndromes del malestar en Atención Primaria.
- D. Estimar la vinculación del alumnado como Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área.
- E. Estimar la cooperación inter-estamentos de AP y con SM producida con el fin de organizar actividades de aplicación del Método en AP sostenible y con continuidad.
- F. Constatar si se ha obtenido un equipo multidisciplinar de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Área
- G. Estimar la cooperación alcanzada entre AP y Salud Mental en el Área para la multiplicación de la formación en los EAP
- H. Estimar la capacitación del grupo multidisciplinar de formadores/as para impartir la formación en los EAP.

Hasta aquí se evalúa sólo el proceso, estimando sus efectos, impactos y satisfacción de los participantes. Pero la efectividad de la formación para que el Grupo Clave imparta la misma formación en los EAP, se evaluará cuando se haya realizado esta actividad en la 2ª etapa.

Del mismo modo que la efectividad del método y la capacidad del Grupo Clave para aplicarlo en la clínica, se evaluará con los resultados clínicos en la 3ª etapa.

En el siguiente apartado de metodología se sintetizan en la **Tabla 1** los objetivos, actividades, indicadores y fuentes.

## 6. MÉTODO DE EVALUACIÓN

La evaluación de la 1ª etapa es una evaluación de proceso en relación a los objetivos (Avedis Donadebian, 1989)<sup>2</sup>, con descripción de las actividades y estimación de efectos y logros.

Se extrae información de una variedad de fuentes, unas con formato cuantitativo y otras cualitativo, combinándose ambos métodos (Fernando Conde, 1987 y 1995)<sup>3</sup>.

Por un lado se utiliza la información procedente del Grupo Promotor -del que forma parte la evaluadora, por lo que es información interna del Programa-, sobre los procesos de programación, análisis de situación, constitución y organización de la formación de Grupo Clave. Se trata de una memoria descriptiva de estas actividades, con estimación de fortalezas alcanzadas y debilidades.

A continuación se evalúa la formación impartida al Grupo Clave. Para ello se utilizan, por una parte, fuentes escritas que cumplimentan los participantes: cuestionarios PRE y POST curso, casos clínicos, prueba de aptitud, hojas de evaluación de IAAP. Estas fuentes aportan resultados para indicadores cuantitativos. Y otros resultados cualitativos que se interpretan analizando el discurso, y resultan indicadores cualitativos de proceso.

Y por otra parte, se analizan los procesos grupales ocurridos durante la formación, los ejercicios prácticos, el análisis FODA y las comunicaciones intra-curso, que la docente y evaluadora analiza como observadora participante, mediante método interpretativo de lectura de emergentes y componentes latentes grupales y análisis del discurso<sup>4</sup>. De esas fuentes se obtienen resultados de indicadores también cualitativos.

En la siguiente **Tabla 1** se recogen los objetivos de esta 1ª etapa, las actividades para alcanzarlos, los indicadores que se utilizan y sus fuentes.

---

<sup>2</sup> Seguirá las pautas metodológicas de la *Evaluación del Programa biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2003-2006*, realizada por Sara VELASCO y cols. (2007), que, a su vez, estuvo basada en método de evaluación de proceso, resultados e impactos (Avedis DONADEBIAN, 1989).

Se ha tratado de mejorar aquel modelo inspirándose en algunos aspectos en el modelo de evaluación mucho más completo, de cuarta generación, con participación de todos los agentes que intervienen en el proceso y de marco teórico constructivista, que han mostrado y utilizado el grupo de Margarita PLÁ, en la *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007*, del Gobierno de Cantabria, dirigido por Ángeles Cabriá.

<sup>3</sup> Apoyado en el método combinado que propone y desarrolla Fernando CONDE (1987 y 1995). *Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas*. Reis, 39/87, págs. 213-224.

<sup>4</sup> Para los métodos cualitativos se sigue la metodología de observación participante, lectura de emergentes y dinámica de grupos, basada en Enrique PICHÓN-RIVIÈRE y en Juan Manuel DELGADO y Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.) (1995). En cuanto a la interpretación subjetiva de los productos de las dinámicas, entre otros, en Francisco PEREÑA (1995) y Didier ANZIEU.





**Tabla 1. Método de evaluación de la 1ª etapa, puesta en marcha del Programa y formación del Grupo Clave. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes.**  
Área VII-Mieres, 2010

**Objetivos estratégicos del Programa:**

4.2.1. Pilotar el programa de Atención Biopsicosocial con inclusión de atención a la subjetividad y el género (BPS+subjetividad+género), para la atención a los síndromes del malestar en los servicios de Atención Primaria en cooperación con los servicios de Salud Mental.

4.2.2. Realizar y evaluar una experiencia formativo-asistencial con criterios de intervención de buenas prácticas, con el objetivo futuro de ampliarla al conjunto de la red asistencial.

4.2.3. Constituir y Capacitar a un Grupo Clave de profesionales del Área que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales.

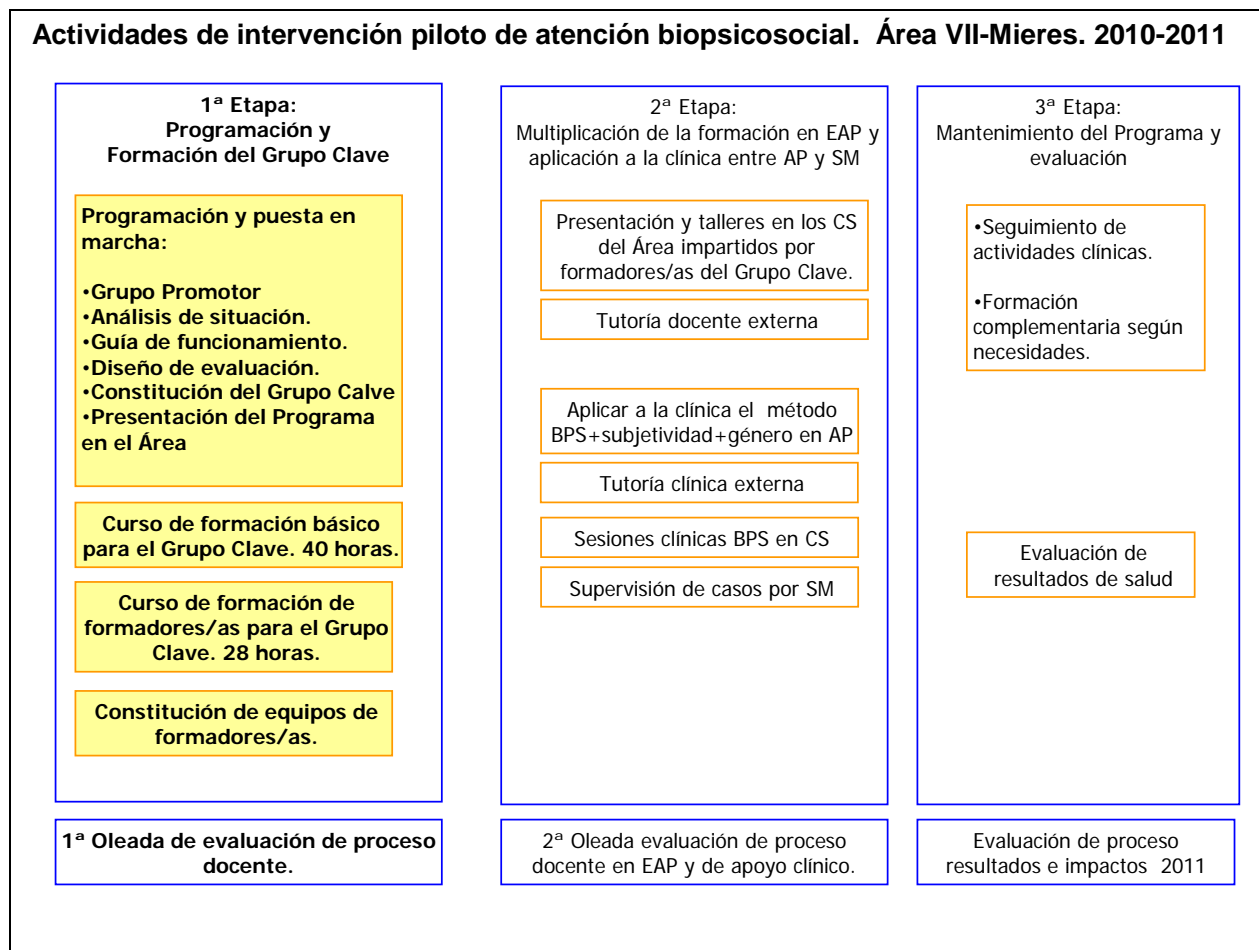
<b>Objetivos de evaluación de proceso</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes</b>
A. Valorar la puesta en marcha del Programa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades de programación y puesta en marcha del Grupo Promotor.</li> <li>• Compromiso institucional entre SM del Área y Gerencia de AP del Área.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de las actividades.</li> <li>• Fortalezas y debilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información interna del Grupo Promotor.</li> </ul>
B. Valorar la constitución y la adecuación del Grupo Clave a los objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constitución del Grupo Clave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil de miembros y Cobertura del Área</li> <li>• Idoneidad del perfil del Grupo Clave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de la Gerencia del Área y de IAAP sobre proceso, inscripción y plantillas.</li> </ul>
<b>Objetivos de evaluación de la formación del GC.</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes</b>
C. Estimar la capacidad del Grupo Clave para aplicar el método BPS+subjetividad y+género a los síndromes del malestar en Atención Primaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curso básico teórico-práctico: Temas, dinámicas y análisis de casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación estimada para aplicar el método BPS+ subjetividad+género en la clínica.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aplicabilidad. Utilidad. Beneficios y valores añadidos. Satisfacción.</li> <li>○ Dificultades y propuestas de mejora.</li> <li>○ Transferencias realizadas a la práctica.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación y recogida de dinámicas, ejercicios y casos clínicos en los cursos.</li> <li>• Análisis FODA intra-curso.</li> <li>• Cuestionarios cualitativos PRE y POST</li> <li>• Prueba escrita de aptitud.</li> <li>• Encuesta de evaluación de IAAP.</li> <li>• Comunicaciones/tutoría clínica por mail.</li> </ul>
D. Estimar la vinculación del alumnado como Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinámica grupal, resolución de emergentes y análisis FODA en los cursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación, continuidad en la formación y respuestas a actividades y compromisos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación y recogida por la docente de emergentes y actividades de grupo.</li> <li>• Comunicaciones con la docente.</li> <li>• Control de asistencia.</li> <li>• Cuestionario POST- curso.</li> </ul>

**Programa de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria. Área VII-Mieres. Asturias**  
 Evaluación de Proceso – I. Memoria de actividades y evaluación de formación impartida al Grupo Clave. 2010

<b>Tabla 1 (cont.). Evaluación de la primera etapa de formación del Grupo Clave. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes.</b>			
<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes</b>
E. Estimar la cooperación inter-estamentos de AP y con SM producida con el fin de organizar actividades de aplicación del Método en AP sostenible y con continuidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación conjunta de AP y SM.</li> <li>Ejercicios conjuntos de sesiones clínicas didácticas en los cursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vinculación percibida y declarada de los profesionales inter-estamentos de AP y SM para trabajar en cooperación en la aplicación del Método.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación y recogida por la docente de emergentes y prácticas en cursos.</li> <li>Comunicaciones con la docente.</li> <li>Cuestionarios POST curso.</li> </ul>
F. Constatar si se ha obtenido un equipo multidisciplinar de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Área	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación teórico-práctica de impacto y con efecto vinculante.</li> <li>Organización de equipos dentro del curso de formadores/as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número y perfil de profesionales dispuestos a ser formadores al final de los cursos.</li> <li>Equipos de formadores, constituidos, cobertura, idoneidad de la composición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observación y recogida de las actividades del curso de formadores/as</li> </ul>
G. Estimar la cooperación alcanzada entre AP y Salud Mental en el Área para la multiplicación de la formación en los EAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compromiso institucional entre AP y SM.</li> <li>Formación de formadores/as conjunta de AP y SM.</li> <li>Dinámica y ejercicios de componentes mixtos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilidad de profesionales de SM.</li> <li>Efectos de la participación continuada conjunta de SM.</li> <li>Vinculación percibida entre AP y SM.</li> <li>Composición de equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de asistencia.</li> <li>Observación y recogida por la docentes de dinámicas y relaciones intra-grupo.</li> <li>Listados de equipos constituidos.</li> </ul>
H. Estimar de la capacitación del grupo multidisciplinar de formadores/as para impartir la formación en los EAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formación teórico-práctica de formadores/as.</li> <li>Proporcionar material y método didáctico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad de las prácticas en el curso.</li> <li>Emergentes y grupales y su resolución.</li> <li>Indicadores de satisfacción declarada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de ejercicios prácticos. Dinámica del curso.</li> <li>Comunicaciones con la docente.</li> <li>Encuestas de Evaluación de IAAP.</li> </ul>

## 7. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA 1ª ETAPA

En el siguiente cuadro se recogen las actividades previstas en las 3 etapas del Programa.



La presente memoria incluye las actividades de la 1ª Etapa:

- Programación y puesta en marcha:
  - Grupo Promotor
  - Análisis de situación.
  - Diseño de evaluación.
  - Guía de funcionamiento.
  - Constitución del Grupo Clave
  - Presentación del Programa en el Área
- Impartir Formación al Grupo Clave
- Constituir equipos de formadores/as del Grupo Clave.

## 8. PROGRAMACIÓN

### 8.1 Constitución del Grupo Promotor y Proyecto en Área VII

Recogiendo las condiciones antecedentes, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Dirección General de Salud Pública y Participación, Área de Promoción de la Salud, que, junto al Instituto Asturiano de la Mujer lideran el comienzo del Proyecto-, inician el Grupo Promotor. Se suma la Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud y el Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada.

Se selecciona el Área VII-Mieres, para realizar la intervención piloto a evaluar y extender, si procede, a otras áreas. Los criterios de selección son los indicadores de salud percibida, malestar y trastornos mentales comunes, que señalan al Área como prioritaria para este Programa, a la par que es un Área abarcable en su totalidad en una única intervención.

Se añaden entonces al Grupo Promotor las responsables del Área: Gerente, Directora Médica y Directora de Enfermería del Área VII-Mieres, y la responsable del Centro de Salud Mental del Área VII.

Se encarga el Proyecto a la consultora autora del Programa.

El Grupo Promotor, que funciona como una Comisión Técnica para la programación, puesta en marcha, seguimiento y gestión del Proyecto, se encarga de que el Proyecto sea aprobado, gestionar la financiación y la puesta en marcha de cada una de las actividades que siguen, de mantener vinculadas las instituciones, resolver los problemas de cohesión, gestión y compromiso de las direcciones correspondientes implicadas y solución de dificultades en proceso.

#### 8.1.1 Fortalezas:

- El Grupo Promotor reúne a todas las instituciones que deben intervenir en el Programa.
- El Grupo Promotor interinstitucional, realiza seguimiento estrecho de cada una de las actividades. Este seguimiento muy cohesivo y la vinculación interinstitucional mantenida, y capacidad resolutoria de problemas en proceso, está siendo una de las fortalezas para la marcha del Proyecto.

## 8.2 Cronograma de actividades

Las actividades se especifican en los dos siguientes cronogramas de 2009 y 2010:

**Tabla 2. Cronograma del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria. Área VII Mieres. Asturias. 2009 y 2010**

2009	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octubre	Noviee	Diciem
1 Constitución de Grupo Promotor		■	■						
2 Planificación del Programa	■	■	■						
3 Análisis de situación en el Área (Estado de salud y actividad asistencial)						■	■	■	■
4 Sondeo de opinión a los profesionales de AP y SM del Área						■	■	■	■
5 Redacción de la Guía de Funcionamiento del Programa en el Área						■	■		
<b>6 Constitución del Grupo Clave de profesionales del Área</b>				■	■	■			
7 Convocatoria del Curso						■	*		

\*Se aplaza el curso de formadores que había sido convocado para octubre por la epidemia Gripe A.

2010	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octu	Novie	Dicie
8. Presentación en el Área VII	■											
<b>Formación del Grupo Clave</b>												
9. Curso básico al Grupo Clave		■	■									
10. Curso de formación de formadores al Grupo Clave			■									
11. Puesta en marcha y seguimiento del método en la clínica por el Grupo Clave				■	■	■	■	■	■	■	■	■
12. Seguimiento/tutoría del Grupo Clave para aplicación clínica			■	■	■	■	■		■	■	■	
<b>Evaluación</b>												
13. Diseño de evaluación de proceso, resultados e impacto				■	■							
<b>14. 1ª oleada de evaluación de proceso e informe</b>				■	■							
<b>Puesta en marcha de seminarios impartidos en CS y sesiones clínicas</b>												
15. Tutoría del Grupo Clave para seminarios en Centros de Salud				■	■	■	■		■			
16. Sesiones clínicas mensuales en los Centros de Salud				■	■	■	■		■	■	■	
17. Supervisión de casos clínicos					■	■	■		■	■	■	
18. Registros de consulta por el Grupo Clave				■	■	■	■		■	■	■	
19. Registros de actividad formativa del Grupo Clave					■	■	■		■			
20. Registros de sesiones clínicas y supervisiones					■	■	■		■	■	■	
<b>21. 2ª oleada de evaluación de proceso. Campo, registros y grupo focal</b>									■	■	■	
22. Análisis cualitativo y memoria de evaluación de 2010-febrero de 2011.											■	■

Las actividades de la 1ª etapa se han cumplido hasta ahora según el calendario previsto, excepto el aplazamiento de la formación debido a la epidemia de Gripe A.

### 8.3 Recursos humanos utilizados

Los recursos humanos utilizados para las actividades de esta etapa de programación, constitución y formación del Grupo Clave han sido los de la siguiente tabla:

**Tabal 3. Recursos humanos institucionales para las actividades de Programación del Proyecto de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria.** Área VII Mieres. Asturias. 2010

Recursos	Programación y seguimiento	Análisis de situación	Constitución de Grupo Clave	Componentes del Grupo Clave	Formación. Organización, docente y discentes	Evaluación
Grupo Promotor	X					
Dirección General de Salud Pública	X	X				
Instituto Asturiano de la Mujer	X	X				
Gerencia de AP del Área VII	X	X	X		X	
Profesionales de AP y SM del Área VII				X	X	X
Psicóloga clínica contratada por Salud Mental para el Programa				X	X	X
Instituto Asturiano de Administración Pública	X				X	
Consultora Externa de Salud y Género	X	X			X	X

El Programa se realiza con recursos humanos propios, a excepción de la contratación de la psicóloga clínica por la gerencia de Atención Especializada del Área VII, y de la Consultora Externa.

### 8.4 Análisis de situación en el Área VII

Se realiza un análisis previo de situación en el Área VII- Mieres en tres aspectos:

- **Estado de salud de la población.** Salud percibida, malestar, enfermedades crónicas y salud mental. Fuente primaria: Encuesta Asturiana de Salud 2008 (EAS). Responsables: Dirección General de Salud Pública e Instituto Asturiano de la Mujer.
- **Actividad asistencial en atención primaria del Área VII.** Síntomas y diagnósticos (según códigos CIAP) relacionados con síndromes del malestar. Fuente primaria: OMI. Responsable: Gerencia de AP de Área VII.
- **Análisis de opinión de profesionales de AP y SM de Área VII.** Recogiendo estimación de volumen de consulta, tratamientos, dificultades, puntos críticos y propuestas de los y las profesionales para atender los síndromes del malestar. Fuente primaria: Cuestionario auto administrado de preguntas abiertas a profesionales del Área. Responsables: Gerencia de AP, Gerencia de Especializada de Área VII y Consultora externa.

#### 8.4.1 Resumen de resultados del análisis de situación:

Conclusión general es que los perfiles de presentación de los síndromes del malestar son similares en la población general de Mieres, en las demandas en AP y en la percepción de los profesionales de AP.

- **Estado de Salud de la población en Área VII, EAS 2008:**

##### Conclusiones

##### Las mujeres presentan en comparación con los hombres:

- Alta frecuencia de problemas crónicos: dolor musculoesquelético, ansiedad, depresión, con mayor frecuencia que en hombres, excepto en enfermedades del corazón y bronquiales.
- Peor estado de salud autopercebida.
- Mayor frecuencia de dolor y malestar.
- Altísimo consumo de fármacos.
- Mayor utilización de servicios sanitarios.
- Más dificultades para realizar algunas actividades por problemas de salud física o psíquica.
- Las tareas de cuidado siguen siendo un asunto de mujeres.
- Malos tratos de la pareja y mayor sentimiento de discriminación.
- Menor sentimiento de felicidad.
- Más accidentes, sobretodo relacionados con el hogar.
- Peor valoración de la vida social, aunque tienen más confidentes que los hombres.

- **Asistencia sanitaria al malestar en atención primaria Área VII en 2008:**

##### Conclusiones

- El 46,9 % de las consultas en AP son por códigos relacionados con malestar.  
Este alto porcentaje se sabe infravalorado porque este análisis se realizó como un tanteo inicial, seleccionando algunos códigos CIAP de malestar: A01: dolor generalizado/múltiple, A04: astenia/cansancio/debilidad general, D93: colon irritable, L01: sig/sin del cuello, L02: sig/sin de la espalda, L03: sig/sin lumbares, P01: sensación de ansiedad/tensión /nerviosismo, P74: trastorno de ansiedad/estado de ansiedad, P76: depresión/trastornos depresivos; no se incluyeron otros códigos de malestar como cefaleas, mareos, vértigos, somatizaciones.
- Las mujeres consultan el doble que los hombres por estas causas.
- La presión asistencial por los códigos seleccionados se estima en medicina del 31%.y en enfermería, del 25%.
- De los pacientes con diagnóstico relacionado con malestar, el 50% fue tratado con psicofármacos. Más del triple las mujeres que los hombres.



• **Análisis de opinión de profesionales de AP y SM de Área VII, 2009**

**Conclusiones**

- Médicos/as y enfermeras atienden entre 20 y 60 pacientes/semana con cuadros de malestar. Los profesionales han añadido a los CIAP estimados como malestar, otros cuadros: dolor sin causa orgánica, somatizaciones, fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable.
- Pacientes con malestar: 15%- 25% de los pacientes atendidos. Sin mujeres entre el 70% y el 95%. Las estimaciones coinciden con los datos de actividad asistencial registrada.
- El 96% de los médicos/as de AP dicen prescribir psicofármacos y analgésicos.
- El 54% declaran usar exclusivamente tratamiento farmacológico y el 43% usan también otro tipo de abordaje no sistematizado (escucha activa, apoyo psicológico...).
- Entre el 98% y el 100% de los y las profesionales consideran que estos pacientes contribuyen mucho a la hiperfrecuentación de los servicios, que utilizan más pruebas complementarias de lo necesario y que tiende al policonsumo de fármacos y psicofármacos
- El 71% los encuentran difíciles, incómodos o frustrantes.
- El 67% de los profesionales no está satisfecho con los tratamientos de que dispone para estos pacientes.
- Dificultades que declaran para atender a pacientes con malestar:
  - Falta de tiempo. Falta de formación. Falta de coordinación entre niveles asistenciales.

**8.4.2 Puntos críticos del conjunto del análisis de situación**

**Los síndromes del malestar presentan:**

- Gran magnitud del problema de salud en la población y en la de demanda en AP y SM.
- Alta proporción entre las mujeres, con potencial significado de género.
- Sobre-consumo de recursos sanitarios.
- Sobre-prescripción de psicofármacos.
- Ausencia de instrumentos terapéuticos no farmacológicos satisfactorios.
- Insatisfacción de los profesionales con los tratamientos de los que disponen y percepción de estos pacientes como difíciles, incómodos o frustrantes.
- Alto riesgo de *burn out* del profesional ya que son problemas atendidos con alta frecuencia diaria.
- Necesidad de reenfocar el método de atención, incluyendo abordaje de lo psicosocial.
- Falta tiempo en consulta, coordinación entre niveles asistenciales y formación.

**8.4.3 Necesidades y Propuestas de los/las profesionales:**

- Métodos:
  - Enfoque clínico que integre aspectos biopsicosociales.
  - Terapias no farmacológicas para estos problemas con origen psicosocial y psicosomático.
- Organización:
  - Más tiempo en consulta. Cooperación o integración entre niveles asistenciales, especialmente entre Salud Mental y Primaria. Trabajo multidisciplinar.
- Formación específica de los y las profesionales.

#### **8.4.4 Fortalezas del Programa**

- **Relevancia y pertinencia del Programa**

Los resultados del análisis de situación muestran que el problema es de alta relevancia por su magnitud, por su mayor impacto en mujeres, por el impacto que está teniendo en la demanda asistencia y consumo de recursos y consumo de psicofármacos,

- **Concordancia de puntos críticos y objetivos con necesidades sentidas**

Los puntos críticos encontrados concuerdan con la situación y puntos críticos que justifican en Programa antes de realizar el análisis de situación del Área.

Las necesidades estimadas y las propuestas de los/las profesionales de disponer de métodos alternativos a la farmacología para mejorar la atención y su capacidad de resolución de estos casos, y coordinación entre niveles asistenciales, en parte concuerdan con los objetivos planteados en el programa y en parte de incorporan durante el proceso como objetivos instrumentales de evaluación (en Tabla 1).

#### **8.5 Proyecto de evaluación**

Se realiza el diseño de la evaluación del Programa, con una primera oleada de evaluación del proceso docente, una segunda oleada del proceso de multiplicación de la formación en los EAP, impartida por el Grupo Clave y la puesta en marcha de la aplicación del método a la clínica. Ambas 2 etapas dentro del año 2010. Y una tercera etapa en 2011, en la que se prevé evaluación de proceso e impactos del conjunto del Programa, con métodos cuanti y cualitativos, con participación de todos los agentes y resultados de salud de la aplicación del método en la clínica.

#### **8.6 Guía de funcionamiento de la intervención y protocolo en OMI**

Se redacta una Guía que explica las funciones de todos los agentes de la intervención, desde los miembros del Grupo Promotor, hasta los miembros del Grupo Clave. Y tanto para las actividades de formación de formadores/as, como de la aplicación del método biopsicosocial en la práctica clínica y el apoyo clínico.

Se especifican también los borradores de modelos de registro de actividades para la evaluación de proceso, resultados e impacto. Estos registros han sido, y seguirán siendo, ajustados y perfeccionados con la participación de los profesionales que intervienen.

Un Protocolo Clínico de Atención a los Síndromes del Malestar para insertar en el sistema OMI, para registrar la actividad en consulta y posterior evaluación, está siendo desarrollado por un grupo de trabajo de profesionales del Grupo Clave, bajo la coordinación de la Directora Médica de la Gerencia de AP del Área VII, con los bocetos y contenidos del método clínico que proporciona la consultora, autora del método clínico que se está protocolizando.

## 9. CONSTITUCIÓN DEL GRUPO CLAVE

La Gerencia de AP del Área VII, identificó a los y las profesionales de los centros de salud del área para componer el Grupo Clave y que respondían al perfil requerido y les propuso participar en el curso de formación previsto.

De ellos se espera que apliquen en su práctica clínica el Modelo BPS+subjetividad+género en sus Centros de Salud; que extiendan la formación posteriormente a los demás profesionales de atención primaria y participen en la evaluación de proceso, resultados e impactos.

El perfil requerido fue:

- Médicos/as de familia, pediatras, técnicos/as de servicios centrales o gerencias de AP con experiencia asistencial.
- Psicólogos/as de Salud Mental con formación de orientación dinámica.
- Enfermeros/as, trabajadoras sociales, preferiblemente con formación y/o experiencia en grupos dinámicos con mujeres.
- Con disposición y/o capacidad docente
- Con interés y/o alguna formación en salud de las mujeres y género.
- Con interés en participar en el proyecto.

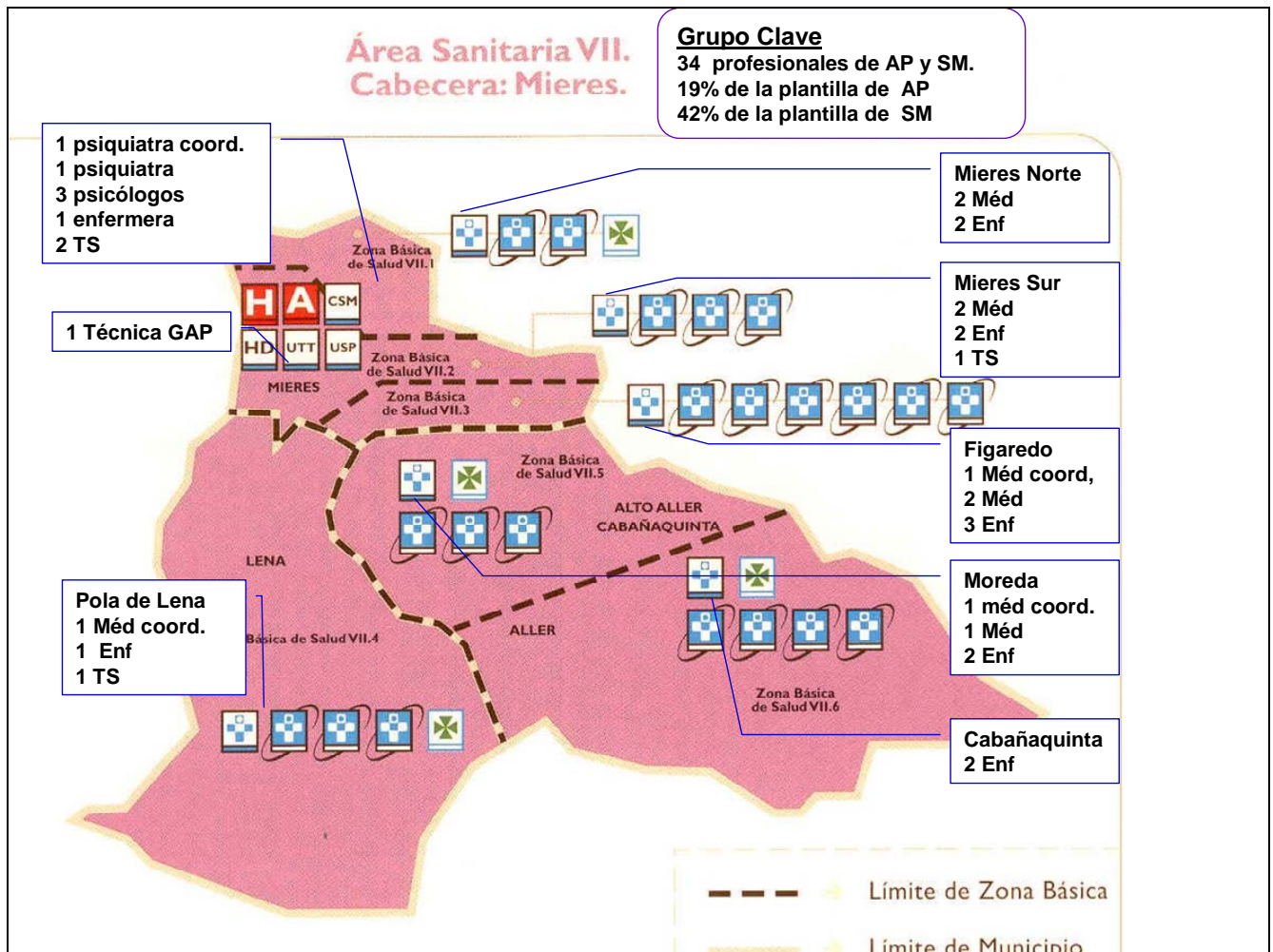
Se añadieron los criterios en el Área:

- 1 o más médicos/as de familia por CS
- 1 o más enfermeras/o por CS
- Todas las trabajadoras sociales de AP
- Para todos ellos, con disposición y/o capacidad docente, con interés y/o alguna formación en salud de las mujeres y género, con interés en participar en el proyecto.

La Gerencia realizó una búsqueda activa de estos profesionales, recurriendo a aquellos de reconocida motivación e implicación en proyectos innovadores y cercanos a la motivación de una clínica biopsicosocial. La búsqueda se realizó persona a persona.

Además, previa implicación de la Coordinadora del Centro de Salud Mental del Área, se sumaron al Grupo Clave 8 profesionales de este centro, seleccionados por ella siguiendo los criterios de que contaran con formación psicodinámica e interés en el proyecto. Se contrató, además a una psicóloga Clínica, a tiempo parcial, para trabajar en el Programa.

En septiembre de 2009, ya estaba constituido el Grupo Clave de 34 personas, con representación de los 6 Centros de Salud de Área, (19% de la plantilla de AP), y del Centro de Salud Mental (42% de la plantilla) y una médica técnica de salud pública de la Gerencia. La composición del Grupo Clave se muestra en el siguiente mapa.



## 10. ORGANIZACIÓN DE LA FORMACIÓN

El Instituto Asturiano de Administración Pública Adolfo Posada (IAAP) organiza, acredita y financia ambos cursos, incluyendo en la base de datos, docentes, discentes, programa, objetivos, contenidos, horario, fechas, duración, lugar de celebración, traslados y alojamiento de la docente y presupuesto. Documentación, hojas de firmas y evaluaciones enviadas a Gerencia de Mieres. Post-curso, comprobación de firmas/asistencia, recogida de acta de examen y certificación a docente y discentes. Lectura e informe de las evaluaciones.

La Gerencia de Mieres se ocupa del apoyo logístico y seguimiento de necesidades de docente y discentes durante los dos cursos y de la comunicación y transferencia de materiales con IAAP.

Tanto la Gerencia de Mieres, como IAAP, mantiene contacto activo con la docente que les traslada los Programas de cursos, necesidades de documentación, variaciones en el perfil o componentes del alumnado, novedades, etc.

La mayor parte de los médicos/as de AP son sustituidos en su consulta para acudir al curso. Sin embargo, no lo son los profesionales de Salud Mental, que depende de la Gerencia de Atención Especializada del Área.

La formación se imparte en aulas de la Gerencia de AP del Área VII en Mieres.

Los cursos se convocaron inicialmente en octubre de 2009, pero se cancelaron por imperativo de la epidemia de la Gripe A.

Se volvieron a convocar para abril de 2010.

En el intervalo, se hizo llegar a los profesionales inscritos del Grupo Clave, documentación de recuerdo para mantener el interés. Se les entregó el libro *Atención Biopsicosocial al malestar de las Mujeres*, el Programa de los cursos y un documento reducido del Proyecto.

## **RESULTADOS DE LA FORMACIÓN DEL GRUPO CLAVE**

## 11. RESULTADOS DEL CURSO BÁSICO

Se imparte un curso básico de 40 horas presenciales (febrero-marzo de 2010) dirigido al Grupo Clave, cuyos objetivos son, por una parte, vincular al mayor número posible de alumnos para el siguiente curso de formación de formadores/as. Se evalúa la efectividad para este objetivo.

Y por otra parte, capacitar para aplicar el método biopsicosocial, con subjetividad y género a los síndromes del malestar. Se evalúan los efectos del curso e indicadores cuanti y cualitativos intermedios sobre la participación, estimaciones de efectos y satisfacción del alumnado y evolución de la dinámica, y si estos efectos indican avance hacia el logro de este objetivo y de los demás objetivos docentes parciales. La efectividad de la formación se tendrá que evaluar en la siguiente etapa, cuando se pueda comprobar el grado de aplicación del método en la clínica y sus resultados.

### 11.1 Participación. Cobertura sobre plantilla de AP y SM del Área

Participaron en curso básico los 34 profesionales del Grupo Clave.

Por sexos:

	Nº	%
Profesionales mujeres	28	82%
Profesionales hombres	6	18%
Total	34	100%

Como es habitual en este tipo de convocatorias, el grupo es mayoritariamente de mujeres.

Sin embargo, la distribución por profesiones mantiene una proporción equilibrada de médicos/as y enfermería, en contra de la tendencia habitual de las convocatorias sobre salud de las mujeres o género o aspectos psicosociales, en las que médicas y sobre todo médicos son más difíciles de captar.

**Gráfico 1. Número de participantes (Grupo Clave) en el Curso Básico por profesiones.**

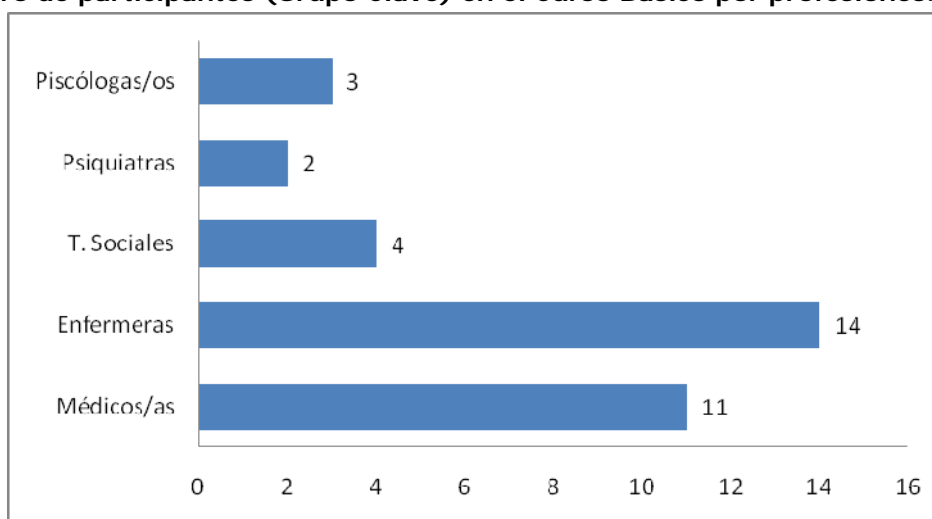
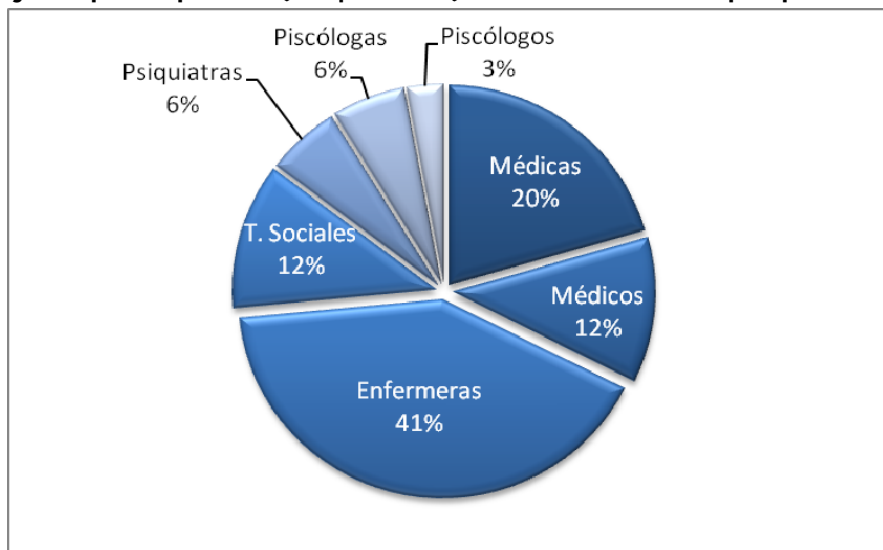


Gráfico 2. Porcentaje de participantes (Grupo Clave) en el Curso Básico por profesiones y sexos.



Prácticamente todas las personas componentes del Grupo tienen características clave para el Programa, ya sea por su formación previa, por su capacidad de compromiso, por su participación en organismos como el Consejo de Salud el Área, sociedades profesionales, programas comunitarios o, incluso, por su reconocido prestigio profesional entre sus compañeros.

Participan 3 Coordinadores de CS (Moreda, Figaredo y Pola de Lena) y 2 Coordinadoras de enfermería, tutores de MIR de MFyC, un miembro del Consejo de Salud del Área, todo lo cual contribuye a aumentar la viabilidad de las siguientes actividades del Programa y su potencial de impacto.

Participan también 8 profesionales del Centro de Salud Mental del Área, entre ellos la psiquiatra Coordinadora.

Así como una técnica de Salud Pública de la Gerencia, que tendrá un gran papel organizativo y en la futura evaluación desde la Gerencia.

Otros datos sobre el **perfil del grupo, procedentes de la evaluación de IAAP**, muestran un grupo de profesionales edad madura, en puesto estable, con muchos años de experiencia, lo cual es una fortaleza del Grupo Clave y contribuye a la calidad e idoneidad del Grupo.

- El 66,7% tienen entre 46 y 55 años. El 16,7% entre 35 y 45 años, 10% más de 55 años y sólo el 6,7% menos de 35 años.
- El 79,2% es personal fijo y el 20,8% temporal.
- El 74,6% de los participantes llevan entre 16 y 30 años en la administración pública.
- El 100% trabaja en SESPAS y tiene nivel universitario.



• Cobertura

La **cobertura** global de profesionales que reciben el curso básico sobre el total de plantilla de los CS del Área es del **19%**. Oscilando por CS desde cobertura máxima del **33% en Figaredo** y mínima el **10% en Pola de Lena**. Sobre la plantilla del **CSM** la cobertura es del **42%**.

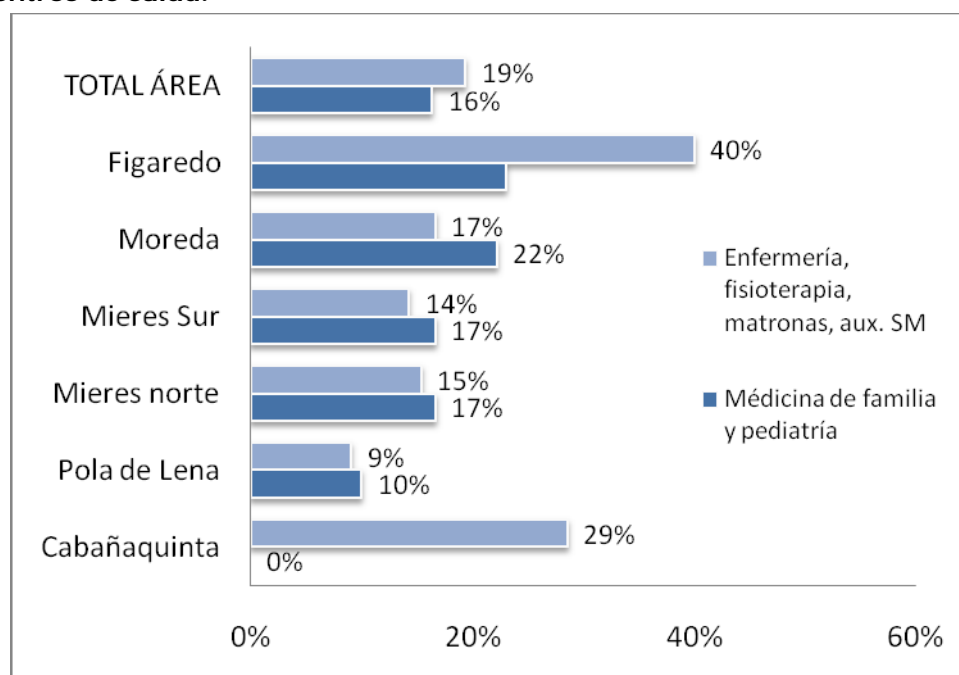
Todos los centros tienen buena representación de medicina y enfermería, excepto el CS Cabañaquinta, que no tuvo médicos/as, y destaca en CS de Figaredo del que acuden el 40% de los médicos/as. El 100% de las trabajadoras sociales del Área (2 TS de Atención Primaria y 2 de Salud Mental). Y el 100% de los psicólogos/as del Área (los 2 psicólogos clínicos de plantilla y una psicóloga clínica contratada para trabajar en el Programa).

**Tabla 4. Distribución de número y porcentaje de profesionales del Grupo Clave sobre las plantillas\* por centros de salud. Área VII-Mieres-2010.**

CS	Medicina de familia y pediatría			Enfermería, fisioterapia, matronas, aux. SM			Trabajo social			TOTAL		
	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº Plantilla	nº Grupo Clave	%
Mieres Norte	12	2	17%	13	2	15%				25	4	16%
Mieres Sur	12	2	17%	14	2	14%				26	4	15%
Figaredo	13	3	23%	10	4	40%	1	1	100%	24	8	33%
Pola de Lena	10	1	10%	11	1	9%				21	2	10%
Moreda	9	2	22%	12	2	17%				21	4	19%
Cabañaquinta	5	0	0%	7	2	29%	1	1	100%	13	3	23%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>10</b>	<b>16%</b>	<b>67</b>	<b>13</b>	<b>19%</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>130</b>	<b>25</b>	<b>19%</b>

\*Para contabilizar los profesionales en plantilla se ha utilizado el listado nominal de personas activas de las profesiones que han de participar en el Programa en los CS en mayo 2010, proporcionado por la Gerencia de AP del Área.

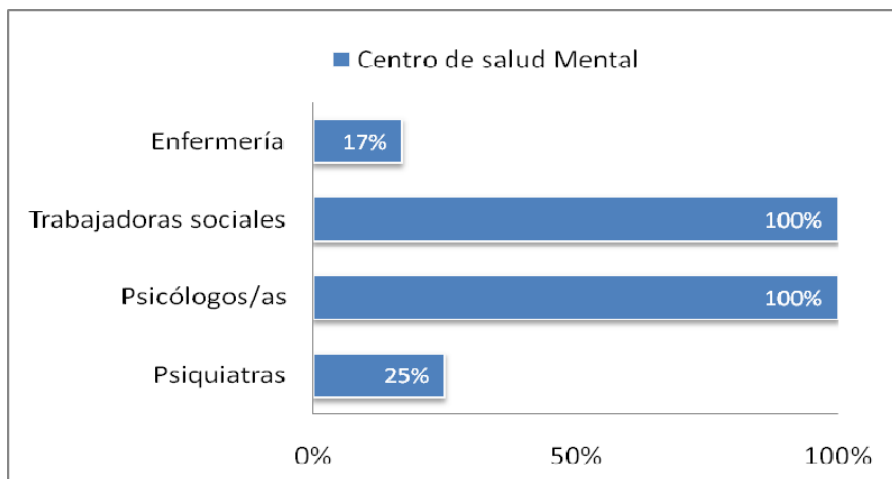
**Gráfico 3. Porcentaje de participantes del Grupo Clave sobre profesionales en plantilla, por profesiones y centros de salud.**



**Tabla 5. Número de profesionales del centro de salud mental, participantes en Grupo Clave y porcentaje de participantes sobre las plantillas. Área VII-Mieres-2010.**

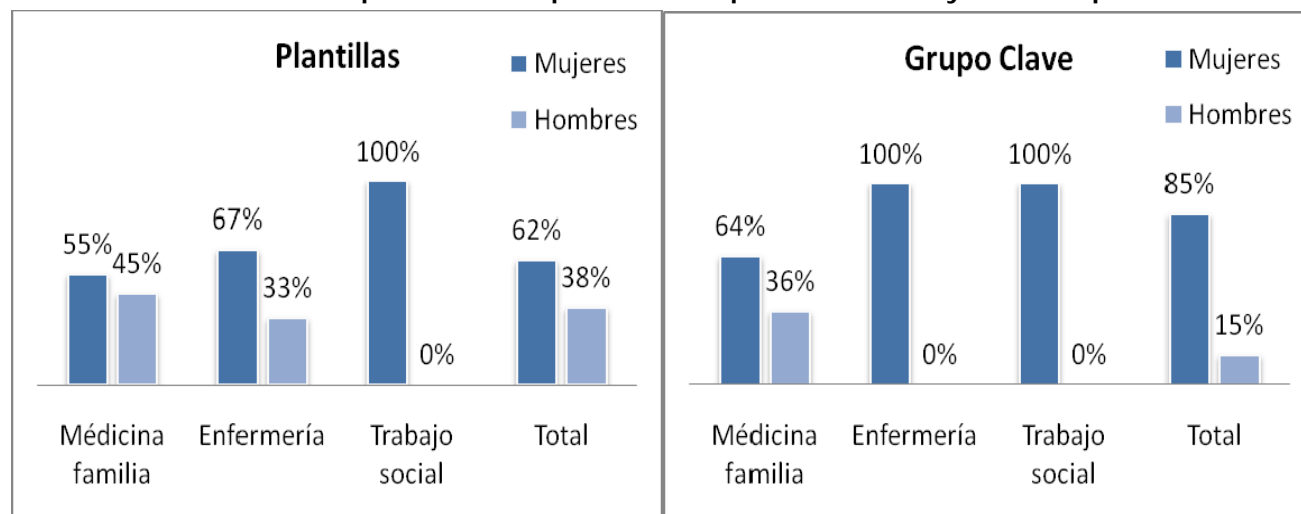
	Psiquiatra			Psicólogo/a			Trabajo social			Enfermería			TOTAL		
	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº plantilla	nº Grupo Clave	%	nº Plantilla	nº Grupo Clave	%	nº Plantilla	nº Grupo Clave	%
<b>Centro de Salud Mental</b>	8	2	25%	3	3	100%	2	2	100%	6	1	17%	19	8	42%

**Gráfico 4. Distribución de % participantes de SM en el Grupo Clave sobre profesionales en plantilla del Centro de Salud Mental**



Por sexos, las plantillas de los CS están muy feminizadas (62% mujeres), sobre todo a costa de profesionales de enfermería que son el doble de mujeres (67% mujeres); y en trabajo social, que son todas mujeres, aunque también en medicina de familia son 55% mujeres y 45% hombres (para comparar las proporciones por sexos, se han tomado sólo médicos/as de familia y enfermería y no pediatras, fisioterapeutas, matronas y auxiliares de salud mental, porque no están representados en el Grupo Clave). El Grupo Clave está aún más feminizado: el 85% del Grupo son mujeres. El 64% de los médicos son mujeres y el 100% de enfermería son mujeres.

**Gráfico 5. Distribución de profesionales por sexos en plantillas de CS y en el Grupo Clave.**



### 11.1.1 Idoneidad del Grupo Clave.

La composición lograda del **Grupo Clave es óptima** para los objetivos que han de cumplir, tanto en cuanto a distribución de profesiones de AP y SM, de centros representados y de criterios y características clave de dichos profesionales, a pesar de que el Grupo está más feminizado que las plantillas de los CS, por lo que la transmisión de la formación en los CS tendrá un sesgo de docentes mujeres a discentes hombres cuantificable en un 23%.

Excepción es una debilidad en uno de los centros que no cuenta con médicos/as en el Grupo.

Esta idoneidad, se demostrará más adelante como otra fortaleza para el proceso.

## 11.2 Participación de usuaria como experta: Presidenta de la Liga Reumatológica Asturiana

Hay muchas mujeres que se están cronificando, medicadas con psicofármacos y sin tener ninguna enfermedad crónica.  
(...)  
No más etiquetas cansinas de fibromialgia, no más medicación.  
(...) Escuchar a la paciente.

Manuela García



**Manuela García Seijo**  
Presidenta  
Liga Reumatológica Asturiana  
(L.A.R.)

A petición del Consejero de Sanidad, transmitida por la Dirección General de Salud Pública, se le dio un espacio de una hora para hablar en el curso, a Manuela García, Presidenta de la Liga Reumatológica Asturiana.

La participación de pacientes o usuarias como expertas en la formación de sanitarios/as es un método innovador y valioso. Y resultó muy enriquecedor para el curso y bien valorado por el Grupo.

Lo que planteó en su intervención estaba completamente en línea con el método y objetivos del Programa y proporcionó una escucha de la palabra de la usuaria, desde el lugar de experta y no de paciente. Lo que nos dijo, dejó huella y fue rememorado en diversas ocasiones durante el curso, para comprender mejor al sujeto-paciente.

En síntesis, Manuela habló sobre las personas de la Liga, sobre todo mujeres, que sufren dolor musculoesquelético, mu-

chos diagnósticos, cada vez más, de fibromialgia, dijo:

- *¿Qué nos pasa?: doble jornada, mandos intermedios en el trabajo, estamos pasadas de rosca. O ama de casa, nadie la oye, no sabe nada, sola aislada, y vienen malestares físicos, pero no está enferma ...*
- *Hay muchas mujeres que se están cronificando, medicadas con psicofármacos y sin tener ninguna enfermedad crónica.*
- *No estamos chifladas, sino que detrás de cada una, hay una historia y muchos dramas.*
- *Yo hasta los 50 años bufaba para todos los lados y reventé.*
  - *Fui a salud mental. Psicólogo: exigencia de cambios de conducta (¡Imposible!); Psiquiatra: - ¿Estoy chiflada?. – No. Medicación. Medicina interna: reposo y al psiquiatra otra vez....*
  - *Mi pregunta era ¿Qué tengo?: O la cabeza como una cabra o fibromialgia.*
  - *Circuito médico de prejuicios y vejaciones. Nos tratan de chifladas y tontas. Nos sentimos estigmatizadas y humilladas.*

- *La fibromialgia es un diagnóstico de moda, para lo que los médicos no comprenden. No queremos más etiquetas.*

Piden:

- *... a los sanitarios humildad y respeto. Si no saben lo que nos pasa, pues humildad, no etiquetas.*
- *No más etiquetas cansinas de fibromialgia, no más medicación. (...) Escuchar a la paciente.*
- *El médico/a de familia necesita medios, tiempo, formación, coordinación de especialidades ...*
- *Propone hacerse cargo de la propia vida, dejar de pedir que te curen, cuidarte, ser escuchada y actuar.*

La **Gerencia** del Área acogió y entrevistó a Manuela y puede contar con esta asociación ciudadana para participar en el Área.

Por parte de Manuela, también hubo satisfacción por el contacto con esta línea de trabajo. Se materializó con invitaciones a la docente a participar en encuentros de la Liga, para jornadas públicas y talleres con mujeres.

Ambas cosas pueden contabilizarse como **impactos del curso**, no planteados en los objetivos.

### 11.3 Metodología didáctica

Se utiliza un método inductivo apoyado en dinámica grupal en el que se repite el siguiente ciclo para cada unidad temática:

A) Exposición temática por la docente.

B) Diálogo grupal en red, permitiendo la construcción de dinámica y que emerjan las dificultades y actitudes. Elaboración de soluciones desde el grupo para que la materia se experimente personalmente.

C) Aportación intermitente de soluciones y síntesis de la docente.

D) Trabajo en pequeños grupos de aplicación práctica y análisis biopsicosocial de casos clínicos.

Puesta en común de grupos pequeños y síntesis por la docente.

Las interacciones:

- Se conducirán los diálogos evitando pregunta- respuesta unidireccional, que produciría una dinámica radial dificultando los lazos grupales. Se conducirá a que se produzca discurso grupal en red poniendo en juego el saber de las personas del grupo.

- Se estimula el diálogo con petición repetida de experiencias de la práctica.

- Se interactúa desde la coordinadora con los roles grupales que aparezcan para evitar estancamientos, polarización unipersonal o desviación de la tarea y objetivos, protección de las intervenciones de carácter personal, sin señalamientos individuales.

- Al solicitar casos prácticos reales para su análisis orales y escritos, se va estableciendo la dinámica de supervisión BPS de casos.

## 11.4 Motivación y expectativas PRE-curso

Se realizó un cuestionario PRE-curso (**ANEXO I. Cuestionarios**) en el aula con preguntas abiertas sobre formación previa, motivación, expectativas y necesidades sentidas, del que a continuación se extrae la información, además de la hoja de evaluación de IAAP.

- **Formación previa**

Sólo 3 personas dicen tener alguna formación previa sobre violencia de género. Y 2 personas refieren alguna formación en medicina holística.

El grupo es casi neófito en el concepto de género y no tiene, o no estima reseñable, formación recibida sobre el modelo biopsicosocial.

- **Motivación:**

Si bien el 87,5% del Grupo se enteran del curso por un superior jerárquico, el 57,7% dice acudir por propuesta de la Gerencia del Área y el 23% por necesidad actual de su trabajo; el 11,55 por desarrollo de la carrera profesional, y 2 personas, por otros motivos.

Sin embargo, al inicio del curso, el 100% declaran motivación propia para acudir. Los motivos y expectativas son absolutamente unánimes (resumido de sus expresiones):

*Necesidad de conocer alguna nueva estrategia o método, - o el modelo biopsicosocial- para atender a los pacientes con malestar, cuya prevalencia es cada vez mayor, son pacientes complejos, con gran demanda asistencial, y hay necesidad de mejorar la relación con ellos, comprender sus problema y disminuir el uso de fármacos y psicofármacos.<sup>5</sup>*

- **Preocupaciones / necesidades**

También hay unanimidad en lo que les preocupa sobre los pacientes con síndromes de malestar y que necesitan resolver. Lo que les preocupa es:

*La falta de resolución y enquistamiento o cronificación de los problemas de estos pacientes, con el sufrimiento que esto genera a ellos y su entorno. Los psicofármacos y analgésicos no resuelven los problemas, los estamos sobre-utilizando y no son eficaces. Si tuviéramos formación y supiéramos abordarlos de otra manera, posiblemente los tratamientos farmacológicos serían innecesarios. Hiperfrecuentan, son difíciles y causan frustración a nosotros y a ellos mismos.*

Las expectativas y motivaciones coinciden con los objetivos del Programa y del curso.

- **Intención de formadores/as**

Al principio del curso básico, sólo 4 personas están dispuestas a ser formadores/as.

La intención de ser formadores/as (también objetivo del curso) es muy baja al inicio.

---

<sup>5</sup> En cursiva son fragmentos literales de distintos cuestionarios PRE-Curso enlazados en un mismo párrafo.

### 11.5 Análisis de dinámica grupal. Objetivos internos y emergentes

Las materias del curso son conflictivas, en parte porque pueden chocar con actitudes personales y profesionales arraigadas, y en otra parte, porque se apoyan en marcos teóricos ajenos al marco biomédico habitual.

En consecuencia, los discentes han de realizar un proceso de elaboración de sus actitudes y resistencias, para poder incorporar la materia. El método docente para ello, además del método inductivo descrito, consiste en los siguientes elementos:

- Tener planteados **objetivos internos** sobre aquellos impactos o cambios de marco teórico o actitudes que es necesario que ocurran.
- Lectura de **emergentes**<sup>6</sup> grupales de las dificultades y resistencias a esos cambios o impactos esperados;
- **Elaboración** de los emergentes para convertirlos en nuevas actitudes e ideas incorporadas.

Esta elaboración facilita mediante la coordinación de la dinámica grupal y no sólo en la transmisión de información docente.

Por eso, al evaluar los efectos del curso, se valora qué emergentes han aparecido y cómo se han resuelto, o si las dificultades y resistencias a la materia han permanecido.

Se exponen a continuación los emergentes y procesos latentes en el grupo producidos durante el curso, que son identificados por la docente mediante observación participante y que permiten contar los hitos significativos en el aprendizaje y en el proceso para alcanzar los objetivos docentes e internos del curso.

---

<sup>6</sup> Emergentes como comportamientos del grupo o ideas verbalizadas que son portadoras de un sentido del funcionamiento latente que requiere ser interpretado (Enrique Pichón-Rivière, 1971). No se trata de problemas concretos que se resuelvan con información, sino de ideas o comportamientos grupales que prenden el grupo y tras las que subyace una dificultad no expresada de forma manifiesta. Puede ser una pregunta o problema a la que hay que responder con información, pero puede ser también una dificultad o actitud subyacente que requiere elaboración. Por ejemplo, una persona habla de la dificultad para aplicar el método por el poco tiempo disponible en consulta, y esta queja prende en el grupo y varios intervienen apoyando esta dificultad. Lo manifiesto es la realidad de la escasez de tiempo, pero, la mayoría de las veces, este argumento aparece en momentos de alta dificultad percibida hacia el método porque implica emocionalmente al profesional, por ejemplo; la queja sobre el tiempo aparece como una defensa contra la dificultad percibida por otros motivos. Hay que resolver lo manifiesto, y también, el temor o la dificultad percibida por otra cosa que no es el tiempo. Esto sería elaborar el emergente.



### 11.5.1 Grupo numeroso, convocado por superior jerárquico y mixto AP y SM. Grupo silencioso y reflexivo

... en general cuando nos "sentimos obligados" nunca mostramos nuestra mejor cara.

Un miembro del Grupo Clave

Objetivo 4.2.3.D.

Estimar la vinculación del alumnado como Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área.

Al menos dos factores influyeron al principio en la actitud del grupo. Asistían a propuesta personalizada de la Gerencia, y aunque nadie fue obligado, en realidad no habían demandado el curso. Una oferta de un superior jerárquico, siempre tiene cierto matiz de obligatoriedad. Es un posible efecto de la jerarquía. Esto, invariablemente coloca al alumnado a la expectativa pasiva.

Por otro lado, un grupo de 34 personas es algo más grande de lo aconsejable para que se produzca participación activa y buena dinámica grupal. Y muchas de las personas no se conocían a pesar de trabajar en el mismo Área.

El efecto en la dinámica de ambos factores es que los discentes hablan poco y se corre el riesgo de que su atención se disgregue y desconecten demasiado a menudo. También se corre el riesgo de que no se produzcan lazos grupales. Todo ello serían debilidades para alcanzar el objetivo del que trata este apartado.

El grupo acusó un tono de baja participación de preguntas o reflexiones, a excepción de determinados momentos de participación intensa. La participación recayó casi todo el tiempo sobre 5 o 6 personas que llevaban la carga de preguntar o reflexionar, con plena conciencia de estar haciéndolo como roles auxiliares de la docente, en algunos casos, y como portavoces del grupo, en otros.

#### **Muchos discentes, pocos portavoces. Pero portavoces muy eficaces.**

Esto fue uno de los factores de resolución de esta debilidad del proceso. Los portavoces que favorecían y apoyaban los argumentos temáticos difíciles, consiguieron credibilidad, o la tenían ya para quienes les conocían, y expresaban con eficacia lo que estaba pensado una buena parte del grupo. De este modo, los discentes seguían delegando su palabra en la de los erigidos espontáneamente como portavoces.

En otro sentido, los portavoces de resistencias o de dificultades que aparecieron en el grupo, también ejercieron muy bien su espontánea función grupal, y expresaban las resistencias sin acritud y bien argumentadas. También el grupo acababa delegando en ellos la expresión de sus dificultades que podían así elaborarse.

Hubo momentos de intenso silencio grupal. Y hubo momentos en que el grupo sí estableció el diálogo activo y en red que la docente proponía, con mucha participación en puntos álgidos del tema que requieren diálogo para ser elaborados, y en los análisis de casos clínicos presentados por ellos mismos.

El manejo por la docente de esta dinámica, se basó en aceptar la **característica silenciosa del grupo** y las de sus portavoces; **cuidar a estos portavoces** lo más posible, tanto auxiliares como resistentes; tomar como **emergentes del grupo** cada una de sus intervenciones, no interactuar sólo con ellos, sino responder y devolver al conjunto del grupo, y no sólo a quien habla; utilizar trabajo en **grupos pequeños**, donde pudieran expresarse y establecer **lazos intra-grupo**, objetivo latente privilegiado.

También, solicitar por escrito **casos clínicos** individualmente, que convocan inevitablemente la propia experiencia. Y en algún momento, solicitando **frontalmente diálogo abierto** sobre dificultades que estuvieran encontrando. La calidad del grupo hizo que siempre respondieran participando eficazmente a estas peticiones.

Y por último, la docente se apoyó muchísimo en la observación del **lenguaje no verbal del grupo**, para seguir su dinámica.

Este lenguaje mostró durante todo el curso una **extremada atención**, silenciosa pero prácticamente sin ninguna desconexión. Con una puntualidad en la hora de llegada, de salida e intervalos de descanso, que esta docente no había conocido en ningún curso que recuerde, y una asistencia mantenida hasta el final sin ausencias durante todo el curso. Terminaron el 100% de los que empezaron. En determinados momentos la docente se valió de sondeos individuales informales con algunos de los discentes silenciosos, para saber si había resistencias o rechazos que no estuviera captando. Todos estos sondeos resultaron tranquilizadores, porque mostraban que el **grupo estaba muy interesado e impactado por el curso**, y más ocupados en reflexionar que en hablar, y manteniendo una relación de atención radial con la docente. En cierto modo, evitaban también algunos de los lazos en red en el aula.

Prácticamente todos declaran en los cuestionarios que se han sentido bien o muy bien en el curso, lo que quiere decir que estaban confortables en esta dinámica, que no era debida a incomodidad, extrañeza o resistencias. El relativo silencio no impidió que el grupo se fuera constituyendo como tal, apoyándose en los lazos entre quienes ya se conocían y estableciendo nuevos lazos en los ejercicios en grupos pequeños y en los espacios informales y más cuando fueron confiando unos en otros.

### 11.5.2 Cooperación/distancia entre AP y SM

*Me gusta este curso por poder conocer a los profesionales de Salud Mental.*

*Llevo 10 años trabajando en el Área y no los conocía.*

Un miembro del Grupo Clave

Objetivo 4.2.3.E.

Estimar la cooperación inter-estamentos de AP y con SM producida con el fin de organizar actividades de aplicación del Método en AP sostenible y con continuidad.

Entre las personas de Primaria había 3 estamentos profesionales y con cierta posición jerárquica potencial (médicos/as, coordinadores de CS, médicos/as, coordinadoras de enfermería, enfermería...). Pero la relación entre estos estamentos no mostró efectos jerárquicos en ningún momento. Por el contrario, participaban con total libertad y respeto interprofesiones, y se veía claro el clima y hábito de cooperación diaria entre ellos. A menudo, se filtraba claramente el trabajo habitual en cooperación con pacientes comunes entre medicina y enfermería y, también con trabajo social (sólo en algún momento alguna de las trabajadoras sociales reivindicaba mayor cooperación con su

estamento).

**Esta cooperación no jerarquizada inter-estamentos en AP**, trazada como una malla de relación y sostén del grupo, actuó y actúa como **una fortaleza facilitadora** del trabajo en equipo y motivadora de la vinculación con el Programa.

Sin embargo, otro factor de la composición del grupo de mucho peso para la dinámica, fue la presencia de 8 personas del **Centro de Salud Mental del Área** (una psiquiatra jefa del servicio, un psiquiatra, 3 psicólogos clínicos, una de ellas reciente contratada temporal para el Programa, 2 trabajadoras sociales y una enfermera).

**Su participación en el Grupo Clave es una fortaleza** porque para la sostenibilidad del método en primaria, tienen que actuar como referentes activos los profesionales de SM del Área. Y porque contar dentro del curso con representación de todos las profesiones de SM y con “la jefa” de SM, puede funcionar avalando el método BPS +subjetividad+ género aumenta la credibilidad y valor añadido y favorece los necesarios lazos de cooperación. Todo ello objetivos del curso y del Programa.

Esta fortaleza esperada, ha resultado serlo, pero no sin haber sembrado antes ciertas dificultades de dinámica que ha sido necesario manejar para evitar que se transformara en una debilidad.

Se manifestó explícitamente y emergía en lo latente, la distancia y falta de contacto anterior durante años con las personas de SM, con las que, sin embargo, hay una derivación y devolución constante de pacientes. Esta relación, casi sólo a través de la circulación de pacientes, con poco, o para algunos, nulo contacto con entre los profesionales, mantenía a unos y otros alejados de la realidad asistencial de cada ámbito. Fruto de esta falta de contacto, se perfilaba en algunos momentos cierta queja sobre el volumen y modo de derivar pacientes desde AP y de cómo se devuelven desde SM. La brecha habitual entre primaria y especializada se reprodujo en el curso en las primeras horas.

Se produjo una dinámica fracturada en el grupo: el bloque de AP y el bloque de SM, que parecían organizar opiniones y resistencias distintas.

**El efecto: inhibición de la participación**, porque todos reaccionaron extremando la prudencia entre ambos bloques.

#### **Elaboración del emergente: reflexión conjunta de AP y SM.**

Para la elaboración de este emergente, la docente usó la hipótesis de que la causa latente de la dinámica silenciosa y fracturada, podía ser cierto descontento mutuo entre AP y SM por la forma de circular los pacientes y por el desconocimiento mutuo de años. Como esta cuestión había que resolverla para llegar a la cooperación, la docente propuso un ejercicio de diálogo de todo el grupo dirigido al centro del problema, con dos preguntas:

*¿Qué es lo que no estáis diciendo y que os mantiene callados?*

*¿Qué le ocurre a AP con SM y qué querrían de ellos y viceversa?*

Una vez más, la calidad del grupo permitió plantearlo y la respuesta fue radicalmente sincera, la participación del grupo bastante activa, con diálogo en red (no radial).

A la primera pregunta no se hallaron respuestas. Puede que la prudencia intra-grupo no permitiera expresar las causas. Pero a la segunda pregunta sí hubo respuestas que avivaron la dinámica.

Desencadenó un diálogo grupal intenso en el que emergieron las dificultades y se sistematizaron en **peticiones de AP a SM:**

- Más comunicación (Recibir informes más detallados de los pacientes).
- Disponibilidad de SM para preguntas y consultas (por teléfono).
- Disponibilidad de SM para consultas urgentes de los profesionales de AP.
- Sesiones clínicas BPS conjuntas.
- Supervisión de casos por SM.

Es de resaltar que estos puntos son las actividades propuestas de cooperación entre AP y SM en el Programa.

Las **peticiones de SM a AP**, fueron algo más difusas:

- No recibir ningún caso de síndromes de malestar (Propuesta radical no compartida por todos).
- En caso de recibirlos que estén “bien derivados”. No se consiguieron precisar allí los criterios de derivación que pedían.
- Que la intervención con el método en AP no aumente la captación de pacientes y derivación a SM.

Todas estas peticiones mutuas deben ser cuidadas y han de derivar en indicadores en la evaluación final de resultados del Programa, ya que son preocupaciones de los agentes.

**Este diálogo supuso una inflexión de cambio en la dinámica y en la constitución grupal.** El efecto fue positivo, de bastante liberación de la palabra de muchas más personas del grupo, que vieron verbalizadas parte de las quejas que les silenciaban y se avanzó en el conocimiento mutuo y establecimiento de lazos.

Otro elemento que favoreció mucho el objetivo de establecer cooperación con SM, fue el **propio avance de la formación conjunta**, el trabajo de casos clínicos en grupos pequeños, coordinados por cada uno de los profesionales de SM. En esa distancia corta se establecieron lazos y confianza que tenían pocos precedentes en el Área.

### 11.5.3 Interiorizar las materias del curso. Experimentación personal y profesional

Hacía tiempo que nadie me hacía pensar tanto,  
y eso es muy, muy enriquecedor.

Un miembro del Grupo Clave

En alguna ocasión me he sentido algo incómoda  
al recapacitar sobre mis propias vivencias y cargas.

Un miembro del Grupo Clave

Objetivo 4.2.3.C.

Estimar la capacidad del Grupo Clave para aplicar el método BPS+subjetividad+ género a los síndromes del malestar en AP.

El tamaño del grupo, su composición mixta y su consecuencia, - grupo más silencioso-, gracias a la mencionada calidad del propio grupo y, posiblemente, también a su manejo dinámico, se transformó en una fortaleza: durante las 40 horas del curso, los discentes mantenían silencios a favor de **reflexionar y elaborar individualmente las ideas e impactos** que recibían, tanto personales como sobre su práctica clínica, **experimentando**, y no sólo recibiendo información.

Tanto el lenguaje verbal como los no verbales, como los casos clínicos pedidos y trabajados durante el curso, como los ejemplos de casos que traían en que habían hecho ya aplicaciones en la clínica entre clase y clase, con resultados, a veces, sorprendente para ellos, apuntaban a que:

El proceso de movilización y revisión personal y de la propia práctica clínica, se estaba produciendo con mucha intensidad.

Durante todo el curso, la dinámica de reflexión sobre la forma de abordar los casos clínicos, e incorporar la nueva visión del método, marcó la inmensa mayor parte de las reflexiones. Cuando hablaban no se perdían en cuestiones organizativas, (excepto el tiempo disponible en consulta), dificultades estructurales, causas sociales u otros temas de fuga del núcleo central del curso, que es el método que pueden aplicar cada uno en su práctica y que parece venir a proponer una solución a una necesidad sentida.

Este proceso confirmaba la validez del enfoque de síndromes del malestar para los cuadros clínicos objeto del método. Este término es una noción inmediatamente comprendida y asimilada por los profesionales de Primaria porque concuerda plenamente con su experiencia.

#### **El concepto de “síndromes del malestar” aparece como un valor añadido.**

Como muestra, los casos escritos solicitados al final del primer día de curso, muestran la concordancia del tipo de pacientes y diagnósticos que se incluyen en síndromes del malestar, que fue total, desde el primer momento. Hecho que ya había mostrado el análisis de situación previo con la encuesta de opinión a profesionales.

El resumen de los perfiles de **casos clínicos expuestos** por el Grupo:

- 23 casos de mujeres con síndromes del malestar; fibromialgia, dolores inespecíficos, somatizaciones, ansiedad y estados depresivos, medicadas con psicofármacos, hiperfrecuentadoras, largo circuito por especialidades y SM con vuelta a AP:
  - 12 casos de mujeres de 20 a 50 años cronicadas sin resolución del cuadro.
  - 7 casos de mujeres mayores de 50 años descrita la anomia de vivir en modelo de género tradicional.
  - 4 casos de mujeres de 36 a 60 años en que se había desplegado lo psicosocial, algo lo subjetivo y con efectos de la intervención.
- 2 casos de mujeres entre 75 y 82 años con síndromes del malestar y polipatología orgánica con lata complejidad en la relación sanitario/a-paciente y con los servicios sanitarios.
- 6 casos con criterios de exclusión (trastorno mental grave, intentos de suicidio...).

Los casos con criterios de exclusión para el método en AP por padecer trastornos mentales graves, eran presentados sobre todo por los profesionales de Salud Mental.

#### **11.5.4 Dificultades emergentes: resistencias y resolución**

Objetivo 4.2.3.C.

Estimar la capacidad del Grupo Clave para aplicar el método BPS+subejtividad+ género a los síndromes del malestar en AP.

Ninguno de los emergentes que aparecieron ha sido diferente de los habituales cuando se imparte formación sobre el Método. Forman parte del proceso de elaboración necesario para aprehenderlo, por lo que es conveniente que aparezcan para ser elaborados.

Todos ellos proceden de dos dificultades:

- la **vigencia del marco teórico del ejercicio biomédico** actual en los servicios sanitarios y la contradicción que provoca, ya que el método requiere un giro de este marco teórico a teorías contextuales de la salud.

- la **situación organizativa de los servicios**, sobre todo el tiempo en consulta, la escasez de trabajo equipo y escasez de comunicación y cooperación con atención especializada, que parecen dificultades para aplicar el método.

A continuación describimos estos emergentes y el reverso que lo soluciona después de su elaboración. Unos emergentes fueron diferentes entre los profesionales de AP y los de SM y otros comunes a ambos grupos.

#### **Emergentes comunes a AP y SM.**

**Dificultad emergente:** *“¿Hemos de resolver en los servicios sanitarios el malestar de origen social?”*

**Resolución:** *“Si las causas de enfermedad son biopsicosociales, el tratamiento en los servicios ha de ser biopsicosocial”.*

Al enfatizar que en la constelación causal de estos cuadros clínicos está la forma de vida, que sin duda está construida y mantenida por la estructura y prácticas sociales, se cuestiona si concierne a los servicios sanitarios hacerse cargo de intentar resolver también problemas sociales con el riesgo de medicalizar más aún la vida.

La resolución de este emergente consiste en elaborar que la concepción biopsicosocial de la enfermedad conlleva incorporar a la intervención sanitaria lo que ocurre en el cuerpo, en la mente y en la esfera social de cada paciente. Elegir ocuparse sólo de las manifestación sintomáticas del cuerpo, deja fuera del campo de actuación las causas psicosociales del enfermar. No se trata de resolver los problemas sociales desde las consultas, se trata de trabajar con las actitudes individuales para que cada cual sea más capaz de resolver sus propios problemas sociales.

**Dificultad emergente:** *“¿Es eficaz este método sobre la subjetividad?”*

**Resolución:** *“la credibilidad aparece con la comprobación de la eficacia en la experimentación práctica personal y clínica y de la comprensión de la subjetividad como valor añadido”.*

El desconocimiento habitual en la sanidad actual del marco teórico de la subjetividad, conlleva siempre esta duda. ¿Puede la localización de la relación entre un hecho biográfico y la posición subjetiva que le acompaña, y su señalamiento al paciente, hacer que cambie hasta el punto de hacer desaparecer los síntomas? ¿Será esto más eficaz que los psicofármacos de los que disponemos?

La solución viene por la experimentación en la práctica. Una parte es **experimentación personal**, cuando al explicar cómo es el funcionamiento psíquico, el alumnado va recibiendo impactos personales en los que se da cuenta de sus propios mecanismos. Es decir, comprueba en carne propia la función de la subjetividad en su vida. En parte, el aprendizaje del método se alimenta de la experimentación personal de la materia: pasaje primero por la subjetividad personal, para después pasarlo a su uso en lo profesional.

Y luego la **experimentar en el análisis de casos**. El segundo tiempo de resolución se va produciendo cuando se analizan casos clínicos del propio alumnado y se comprende los acontecimientos subjetivos que antes eran opacos o desconocidos, se comprende el comportamiento del paciente y curso del caso.

Un tercer paso es **experimentarlo en la clínica**. El más eficaz para este emergente son las primeras experimentaciones del alumnado en su propia clínica a lo largo del curso y la comprobación de los efectos de la escucha de la subjetividad e incipientes señalamientos del profesional. Finalmente, la insatisfac-

ción con los tratamientos farmacológicos disponibles es tan alta, que un método que consiga logros en casos de larga trayectoria de ineficacia y frustración, empieza a ser apreciado como un valor añadido.

#### **De los profesionales de AP.**

**Dificultad emergente:** *“Elevación del nivel de dificultad percibida. Temor a la iatrogenia”*

**Resolución:** *“El método es un valor añadido para la práctica que es aplicable poco a poco y es inocuo”.*

La dificultad percibida para aplicar el método, oscila constantemente durante el curso. Se eleva cuando se profundiza en el funcionamiento de la subjetividad; cuando los profesionales de AP se imaginan aplicándolo en su clínica; cuando emerge una resistencia que se organiza y aún no se ha resuelto; cuando se analiza un caso complejo con polipatología como son habituales en primaria. Estas oscilaciones son inevitables y la única solución por parte de la docente es tolerarlo, calmar y transmitir seguridad; remitir a la posibilidad de que cada cual puede ir usando el método poco a poco según lo va incorporando incluso parcialmente, esperando que se vayan produciendo los efectos positivos, y tratar de que se lo comuniquen en el grupo. También recordando una y otra vez que posibles errores, son inocuos. Y muy importante es recordar los criterios de exclusión para trastornos mentales graves, enfermedades de órganos vitales y antecedentes de intentos de suicidio.

**Dificultad emergente:** *“¿Vamos a ser capaces los sanitarios de AP de hacer terapias psicológicas?”*

**Resolución:** *“Saber qué hacer con lo subjetivo y biográfico inevitablemente escuchado, es proporcionar un instrumento de imperiosa urgencia para AP”.*

La escucha de la biografía de la personas para localizar los desencadenantes subjetivos de los cuadros clínicos de malestar, despierta el temor de no ser capaces de intervenir en esa esfera psíquica que parece reservada a los profesionales de salud mental. Ello aparece conectado a la idea de que es mejor que haya más psicólogos/as en AP que se hagan cargo.

Este emergente se resuelve haciendo ver que los profesionales de AP escuchan y saben inevitablemente mucho sobre la biografía de sus pacientes. Están sobrecargados, abrumados a veces, con esta información que, a pesar de intuir que es causal en las dolencias de sus pacientes, no saben cómo manejar, no tienen instrumentos para resolverlo.

#### **Conocen los aspectos psicosociales y subjetivos, pero no saben qué hacer con ellos.**

En cada persona, en cada paciente es inseparable lo que le ocurre a su cuerpo, lo que le ocurre en sus relaciones y su situación social y los efectos que esto causa en su esfera subjetiva (la psíquica). Que cada profesional que atiende y trata a un paciente, sea capaz de comprender cómo interactúan esas tres esferas, y del mismo modo que utiliza un psicofármaco, sea capaz de saber qué hacer con lo subjetivo escuchado, es proporcionar un instrumento de imperiosa urgencia para AP.

**Dificultad emergente:** *“¿Tendremos tiempo en consulta para desplegar los factores biográficos de los y los pacientes?”*

**Resolución:** *“Distinto uso del mismo tiempo y uso del tiempo en proceso”.*

La limitación de tiempo en la consulta es un emergente que aparece siempre. Es cierta la limitación. Pero, a menudo, la “falta de tiempo” reaparece como evasiva en momentos en que se eleva la dificultad percibida.

En AP el tiempo por paciente es en proceso, a veces durante largas temporadas en las que las y los pacientes con malestar hiperfrecuentan la consulta. A menudo se le está dedicando a una paciente hiperfrecuentadora 20 minutos o media hora una o más veces por semana, dándole vueltas a los síntomas y a la medicación, sin encontrar salida. Y el tiempo que se necesita para el método puede ser fraccionado en varias consultas, tiempo en proceso, y tiempo corto utilizado para dirigir la escucha y señalar lo significativo de una manera eficaz. **Utilizar de otra manera el mismo tiempo disponible en proceso.**

**Dificultad emergente:** *“¿Admitirán los y los pacientes que nos entrometamos en su vida personal?”*

**Resolución:** *“La mayor demanda implícita de las y los/las pacientes es ser escuchadas como sujetos”.*

Un temor que aparece en las etapas tempranas de la formación es si las y los pacientes estarán dispuestos a hablar de su intimidad. Los/las profesionales temen entrometerse y ser rechazados.

Este temor es fácilmente disipado por las comunicaciones del propio grupo y en las inmediatas comprobaciones en la vuelta a la clínica. Lo que ocurre es lo contrario: las y los pacientes están plenamente dispuestas a hablar de lo que les ocurre, es más, **su mayor deseo es ser escuchados por el o la profesional**. Los primeros efectos positivos del método sobre el estado de salud de los pacientes se comprueban en el **efecto inmediato que causa en el paciente el ser escuchado como sujeto** y producirse la apertura a lo subjetivo. En el curso, pudieron hacer esta comprobación en casos concretos.

**Dificultad emergente:** *“Los pacientes con dolores y síntomas somáticos se resisten cuando les dices que `es de los nervios`”.*

**Resolución:** *“Aprender el método conlleva saber cómo llegar al sujeto sin descalificar el sufrimiento”.*

En la misma línea, tienen malas experiencias clínicas cuando han intentado reatribuir las dolencias de estas pacientes a lo psicológico. Se han encontrado con resistencias y rechazo.

Hay que conocer que los síntomas, cuando son somatizaciones están cumpliendo para la persona el papel no consciente de mantener silenciado el conflicto que los causa. Son una defensa contra el sufrimiento. Las personas no son conscientes de ello. Por tanto, hay que saber que no se puede hacer caer esta defensa sólo con decirlo. Hay que conocer su mecanismo para saber qué hacer con el sufrimiento que está provocando la defensa. Ir aprendiendo los mecanismos del método es la manera de que no se produzcan esas reacciones de las personas. Es también importante qué, cómo, cuándo y desde dónde se diga. Decir *“usted no tiene nada”... “es de los nervios”, “debería ir a salud mental”, “...yo no puedo hacer nada con lo que usted tiene...”*, son dichos que pueden ser tomados como descalificaciones o negaciones del sufrimiento que alejan al profesional de la subjetividad de la persona.

**El método conlleva saber cómo llegar al sujeto.**

**Dificultad emergente:** *“Los pacientes demandan un diagnóstico y medicación”.*

**Resolución:** *“Romper el círculo vicioso por el que piden lo que se les ofrece, para ofrecer lo que necesitan: escucha significativa del sujeto”.*



Es cierto que las y los pacientes esperan de la biomedicina lo que ésta ha venido ofreciendo de forma creciente en la segunda mitad del siglo XX. Diagnósticos fisiopatológicos, fármacos y cirugía.

**Lo legitimado en la medicina actual es la enfermedad biológica que exige al sujeto de responsabilidad sobre su padecimiento.**

Ahora bien, este es un giro epistemológico que acompaña al método: no todo el sufrimiento es orgánico, ni procede de causas orgánicas. Las vivencias también enferman y no se tratan por medios biológicos, sino con los instrumentos de comunicación del sujeto con el mundo que son la palabra y las relaciones. Los y las pacientes piden lo que se les ofrece, pero nos corresponde romper el círculo vicioso y ofrecer lo que necesitan, que en los síndromes del malestar es la escucha significativa del sujeto. Satisfacer necesidades (aunque estén latentes y no manifiestas) es siempre bien acogido por las y los pacientes.

### De los profesionales de SM

**Dificultad emergente:** *“¿Los profesionales de AP van a ser capaces de hacer psicoterapia?”.*

**Resolución:** *“En AP ya se tratan casos de mucha complejidad BPS con el único instrumento de su intuición. El método es una adaptación aceptable y aplicable por AP para causar efectos de sujeto, sin entrar en psicoterapia, y nunca en trastornos mentales graves”.*

Psiquiatras y psicólogos/as, cuando empiezan a escuchar los componentes de la subjetividad que se pretende abordar desde primaria, dudan sobre si es oportuno y si las personas de primaria van a estar capacitadas para hacer intervenciones de corte psicológico. ¿La psicoterapia que tanta formación requiere, va a estar al alcance de cualquier profesional de primaria? Y más aún si es de corte psicoanalítico.

Este emergente habitual, estuvo presente durante el curso hasta el momento en que se detalló hasta dónde llega el método en la subjetividad. Incorpora sólo los elementos teóricos y búsqueda de efectos sobre la subjetividad, sin interpretar, sin reglar una terapia, sin exceder las posibilidades de AP. Esto, junto a la clarificación de los criterios de exclusión del método en AP, que dejan reservados los trastornos mentales graves para SM, hicieron caer estas dudas que dificultaban inicialmente una participación colaborativa de SM en el curso. Así mismo, ayudó el acceso que tuvieron en el curso a conocer la complejidad de los casos que de hecho manejan en AP, sin más instrumentos que la intuición.

**Dificultad emergente:** *“Si los profesionales de AP escuchan más los aspectos psicológicos aumentará la captación de trastornos mentales comunes y aumentará la derivación a SM”.*

**Resolución:** *“Aumento de capacidad de resolución de trastornos mentales comunes en AP, con menos psicofármacos, repercutirá en menor derivación y demanda en SM”.*

El temor de psiquiatras y psicólogos/as también emergía en la posibilidad de que un enfoque de mayor escucha de lo psíquico, repercutiera en aumento de derivaciones a salud mental.

El efecto esperable de la aplicación del método es el contrario: aumentar la capacidad de resolución de AP en trastornos mentales comunes, disminuyendo el uso de psicofármacos, lo que ha de repercutir en una disminución de demanda en SM, tanto como en AP.

En el análisis FODA realizado por el Grupo Clave que se expone a continuación, se identifican como debilidades los emergentes que no quedaron resueltos y como fortalezas, los que si quedaron resueltos como actitudes e ideas alternativas incorporadas. También en los cuestionarios POST-curso, se identifican como ideas novedosas, beneficios y valores añadidos, los que fueron emergentes, pero ya resueltos.

## 11.6 Análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) sobre el Método

Al final del curso básico se realizó un análisis colectivo de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del método BPS+ subjetividad+género.

Este análisis cumplía, por un lado, el **objetivo docente de una reflexión colectiva** sobre el método que afianzara conceptos e implicara en su puesta en práctica.

Y otro **objetivo evaluador**: pensar **estrategias de mejora** para las actividades siguientes del Programa, identificando necesidades para resolver debilidades y amenazas y potenciar fortalezas y oportunidades. Estas propuestas de mejora se concretaron las también colectivamente.

La mayor parte de las debilidades señaladas, son temores que emergieron en el grupo durante el curso y que se han descrito en el apartado anterior. Y las fortalezas son precisamente las vías de resolución para aquellos emergentes, también trabajados en el curso.

Respecto a las amenazas, señalan puntos de alerta que la organización ha de tener en cuenta, así como las propuestas que se hicieron para minorar estas amenazas en las sucesivas actividades del Programa.

Se resume todo ello en la siguiente **Tabla 6**.

**Tabla 6. Análisis FODA y Propuestas de Mejora del Método de Atención Biopsicosocial al Malestar en AP.** Evaluación de proceso.

Fuente: 34 participantes de AP y SM al final del curso básico de 40 horas. 2 de marzo de 2010.

	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>	<b>Propuestas de mejora</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión de salud-enfermedad como proceso y su abordaje biopsicosocial.</li> <li>• Abordaje integral del paciente.</li> <li>• Ver al paciente como persona.</li> <li>• Cambio de paciente sujeto pasivo a activo.</li> <li>• Favorece la escucha.</li> <li>• Refuerza la relación profesional-paciente.</li> <li>• Mayor satisfacción de pacientes.</li> <li>• Aumenta la satisfacción y seguridad del profesional.</li> <li>• Disminuye el uso de medicación.</li> <li>• No daña. Inocuidad.</li> <li>• Vincula las visiones de salud mental y primaria.</li> <li>• Tiene en cuenta el género Cambia las visiones de género que tenían los profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidad de tiempo en consulta.</li> <li>• Temor a influir o dirigir la vida de los pacientes.</li> <li>• Pasaje del profesional por lo personal.</li> <li>• Riesgo de la implicación emocional del profesional.</li> <li>• Dificultad para incorporar e interiorizar el método.</li> <li>• Posible tergiversación de los términos nuevos aprendidos (Temores de SM, no compartidos por AP).</li> <li>• Dificultad del vocabulario nuevo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta prevalencia del problema y necesidad sentida de soluciones por población y sanitarios.</li> <li>• Situación de la atención y necesidades de SM y AP.</li> <li>• No necesita nuevas estructuras o recursos para aplicarse.</li> <li>• Coordinación entre medicina, enfermería y especialmente con trabajo social.</li> <li>• Coordinación entre AP y Salud Mental.</li> <li>• Apoyo de la Gerencia.</li> <li>• Deseo de formación de los y las profesionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presión asistencial.</li> <li>• Complejidad de las situaciones de los pacientes en AP.</li> <li>• Insuficiencia de los recursos humanos.</li> <li>• Falta de coordinación y cooperación entre niveles asistenciales.</li> <li>• Desacuerdo de otros compañeros de los equipos de AP. Conflictos en los CS.</li> <li>• de posible rechazo en los CS por percepción de imposición vertical del Programa.</li> <li>• Necesidad de continuidad formativa.</li> <li>• Cambios organizativos, concursos de traslado</li> <li>• Cambios políticos.</li> </ul>	<p><b>Para las debilidades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión del tiempo en consulta.</li> <li>• Leer y estudiar.</li> <li>• Continuar la formación para aumentar capacidad. (Seguir todos la 2ª parte del curso)</li> <li>• Cuidar la implicación emocional del prof. por medio de la tutoría clínica, las sesiones clínicas y supervisiones de casos.</li> <li>• Tomar el lenguaje como la posibilidad de nombrar lo que a veces ya hacíamos sin saberlo, con un marco teórico nuevo.</li> <li>• Simplificar el lenguaje.</li> <li>• Elaborar un glosario de términos.</li> <li>• Revisión del glosario después de la formación para revisar su incorporación.</li> </ul> <p><b>Para las amenazas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidar en la formación de formadores, método para resolución de resistencias esperadas o temidas en los CS.</li> <li>• Cuidar las estrategias de implantación.</li> </ul>

## 11.7 Impactos del curso. Calidad.

Se evalúan los efectos del curso mediante el cuestionario escrito POST-Curso, apoyado por las comunicaciones con la docente y los emergentes grupales.

Se describen los impactos, ideas novedosas, aplicabilidad, beneficios, satisfacción y valores añadidos para la práctica que son factores que informan del grado de calidad del curso.

**El 100% de participantes, dicen que han cambiado las ideas y dificultades** que tenías con los y las pacientes con síndromes de malestar, hacia mayor comprensión de sus padecimientos. Dicen literalmente:

*Los veo como un paciente más, y no como un paciente "pesado" y frustrante (Médico).*

*Me ha hecho ver a los pacientes como "sujetos" y no como objetos de unos síntomas o enfermedad (Médico).*

*Estos pacientes realizan una demanda real y que con nuestro planteamiento, éramos incapaces de resolver (Médico).*

*Este curso ha evidenciado la idea de que tenemos que cambiar el enfoque medicalizado que tenemos en la consulta diaria de AP (Enfermera).*

*A partir de este curso veré al/la paciente (consultante) como un todo físico, psíquico y social, indagando (siempre que pueda) en aspectos que hasta ahora obviaba.*

**Ideas nuevas de mayor impacto, que se estiman como los valores añadidos para la práctica clínica,** son unánimemente la **relación entre la subjetividad y la enfermedad** y los distintos componentes del **Método de intervención en la subjetividad**. Seguido del **género como determinante de salud** y la existencia del **sesgo de género** en la clínica.

Las enfermeras y trabajadoras sociales lo dicen de una forma más rotunda que los médicos/as, ya que refieren más que los médicos/as haber trabajado con la intuición de que existía el campo de la subjetividad y encuentran ahora una base explicativa de lo intuido y el método para abordarlo.

En **Salud Mental, se aprecia la coordinación** que el Programa propone con AP.

*Ha reforzado la idea que tenía de que algo más pasaba que lo somático que verbalizaban (Enfermera).*

*Antes sólo me fijaba en los síntomas y conocía por factores asociados familiares, sociales, pero no los relacionaba (Enfermera).*

*Antes, intuía o "sabía" que había algo en su vida que contribuía a su malestar. Ahora sé que es así y que hay que encontrarlo para que estos pacientes mejoren. Quizás haya perdido un poco más el miedo a "indagar" en los hechos personales de la vida pasada de estas personas (Enfermera).*

*La posibilidad de localizar hechos importantes en la vida de las personas, que hayan dejado huella profunda, sin ser conscientes de ello, que posteriormente le hagan de alguna forma enfermar y que se puedan revertir y causar la caída de los síntomas si la persona los localizase y se da cuenta de ello (Enfermera).*

*Reconocer que muchas de las consultas biológicas llevan implícitas una carga emocional, y que éstas puedan estar enlazadas con alguna situación que ha quedado grabada en el subconsciente y aflora en un momento concreto en forma de síntoma (Médico).*

*Aunque opine que gran parte del contenido del curso ya se hace en consulta, he cambiado la forma de enfocarlo y sobretodo la forma de investigar y darnos cuenta de cosas que pasaban desapercibidas, y el cómo se las podemos devolver al paciente para mejorarlo en su enfermedad (Médico).*

*He aprendido a valorar el síndrome desde una perspectiva biopsicosocial y la posibilidad de producir cambios (efectos de sujeto) tanto a nivel social como psíquico sobre todo (subjetivación activa) lo más difícil de producir (Médico).*

**El 100% refieren que encontrarán beneficios del Método aprendido. Reducción de la impotencia y frustración** con los pacientes difíciles; mayor satisfacción y aumento de la calidad de la atención, e introducción de **la subjetividad del propio sanitario/a**:

*Creo que relajará mi relación con estos pacientes, y espero ayudarles (Médico).*

*Me creará menos ansiedad e impotencia (Enfermera).*

*Aumentará mi satisfacción en el manejo de estos pacientes que siempre generan dificultad y algo de rechazo por la falta de manejo (Médico).*

*La relación sujeto-sujeto debe ser beneficiosa para ambos. Mayor satisfacción por intentar hacer algo mejor. Gran satisfacción si conseguimos los resultados esperados (Médico).*

*Espero que la disminución de hiperfrecuentación de "pacientes difíciles" (Médico).*

*Por una parte poder realizar una aplicación más integral en mi trabajo diario, pero por otra, pararme para hacer una especie de introspección, y ver cuál es mi posición o actitud frente a estos/as pacientes (dejar de verlos como los pesados de turno) (Médico).*

*Reflexionar sobre mi propia posición en la relación profesional-paciente. Tratar de entender y descifrar las causas de problemas somáticos (Enfermera).*

*Por un lado los beneficios derivados de la mejoría del paciente en su malestar y sintomatología. Por otro lado la satisfacción personal de ser capaz de hacer consultas con mejores relaciones profesionales, más eficaces, más constructivas (Enfermera).*

*La aplicación en algunas situaciones, que no sabías bien cómo actuar (Enfermeras).*

*Tanto a nivel profesional como personal (Enfermera).*

**El 100% lo encuentran aplicable** sin dudas. Refieren haber iniciado la aplicación quienes ya han tenido la oportunidad por haber pasado consulta durante el curso.

Sólo una persona ha referido dudas acerca de la efectividad del método.

*Sí, lo encuentro aplicable. Ya me he dado cuenta que he introducido cambios en mi actitud hacia este tipo de pacientes (Médico).*

*Pese a que nuestras consultas están ocupadas en gran medida a "demanda" y que sufrimos bastantes interrupciones en el transcurso de las mismas, creo (y de hecho ya lo he intentado) factible aplicarlo... (Médico).*

*Con más práctica y más tiempo del que tenemos sí. Por lo menos con el poco tiempo que hemos tenido para aplicarlo ya "se mira a algunos pacientes de una forma distinta" (Médico).*

*Existe el riesgo de aplicación generalizada del mismo "psicoanalizando" cada caso (Médico).*

*He comenzado a realizar algo de la escucha activa y la interrelación de los síntomas con los determinantes sociales, familiares y culturales (Enfermera).*

*Lo veo aplicable, el método completo aquí expuesto (Trabajadora social).*

*La base psicoanalítica y el señalamiento subjetivo como herramienta terapéutica útil. No me lo acabo de creer (Médico).*

**Todos/as han referido alguna dificultad.** La más repetida ha sido el **tiempo disponible en consulta** (8/34). Aunque destaca que, en la aplicabilidad, han referido a que lo es, a pesar del escaso tiempo de que disponen.

Otras dificultades son las propias de **incorporar los aspectos nuevos del método** y el temor a **no ser capaz de hacerlo bien**: la subjetividad y **la implicación del profesional**.

También se han enunciado algunas **condiciones adversas del sistema**.

*En la incorporación/interiorización del método (Médico).*

*En explorar la subjetividad y poder devolvérselo al paciente (Médico).*

*En descifrar (Médico).*

*En la falta de tiempo en consulta (Médico).*

*En el equipo con los compañeros (Enfermera).*

*En la visión que la sociedad tiene de lo que debe dar el sistema sanitario. Pero confío en que este paso, es señal de que algo está cambiando (Enfermera).*

**Y el 98% de los y las participantes se han encontrado bien o muy bien** en la experiencia del curso.

**Psiquiatras y psicólogos/as de SM** no han encontrado ideas nuevas, sí algunas de impacto, como **la sistematización del método, y la coordinación ente AP y SM** que el Método conlleva. Lo encuentran aplicable en AP. Las dificultades identificadas son **la transmisión, la puesta en práctica, organización y continuidad**.

<p>El curso básico resultó muy efectivo para captar a los/las participantes para que aplicaran el método BPS+subjetividad+género en su clínica, alcanzado niveles óptimos de estimación de aplicabilidad, utilidad, beneficios y valores añadidos y aumento de la satisfacción de los/las profesionales.</p>
--

En la siguiente **Tabla 7**, se sistematizan los efectos e impactos.

**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
<b>IMPACTOS Y VALORES AÑADIDOS:</b>  <b>EFFECTOS DE CAMBIO E IDEAS NUEVAS</b>	Pregunta <sup>7</sup> : ¿Han variado las ideas y dificultades que tenías con los y las pacientes con síndromes de malestar? <b>CAMBIOS: RESPONDEN SÍ EL 100% de AP</b>		
	<b>Cambio en la forma de ver a los pacientes, menos difíciles:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejan de ser pesados o frustrantes.</li> </ul> <b>Visión de los y las pacientes como sujetos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me ha hecho ver a los pacientes como "sujetos" y no como objetos de unos síntomas o enfermedad.</li> <li>• A partir de este curso veré al/la paciente (consultante) como un todo físico, psíquico y social, indagando en aspectos que hasta ahora obviaba.</li> </ul> <b>Confirmación de lo intuido y haber encontrado cómo abordarlo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia de captar lo que antes pasaba desapercibido: lo social y la subjetividad.</li> <li>• Las enfermeras manifiestan más haber intuido la relación entre la vida subjetiva y la enfermedad.</li> </ul> <b>Enfoque con mayor poder resolutivo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estos pacientes realizan una demanda real y que con nuestro planteamiento éramos incapaces de resolver</li> <li>• Este curso ha evidenciado la idea de que tenemos que cambiar el enfoque medicalizado que tenemos en la consulta diaria de AP.</li> <li>• Esperanza de conseguir mejoría de los/las pacientes.</li> </ul> <b>El sesgo de género:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertura a perspectiva y sesgo de género.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No ideas nuevas.</b></li> </ul>
	Pregunta: ¿Qué aspectos nuevos te han impactado más, si los ha habido? <b>IDEAS NUEVAS/IMPACTO: RESPONDEN SÍ EL 100%</b>		
	<b>Efecto de la subjetividad en la enfermedad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La existencia del sujeto y su relación con la enfermedad.</li> <li>• Reconocer que muchas de las consultas biológicas llevan implícitas una carga emocional, y que éstas puedan estar enlazadas con alguna situación que ha quedado grabada en el subconsciente y aflora en un momento concreto en forma de síntoma.</li> <li>• Ha reforzado la idea que tenía de que algo más pasaba que lo somático que verbalizaban.</li> <li>• Tener la explicación de la causa-efecto de lo que ya hacía intuitivamente.</li> </ul> <b>Los instrumentos del Método para actuar sobre la subjetividad:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducirse en el aspecto psicosocial y subjetivo de las personas.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sistematización del <b>Método.</b></li> <li>• La inclusión del <b>enfoque de género.</b></li> </ul>

<sup>7</sup> Pregunta abierta literal del cuestionario.



**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
<b>IMPACTOS (cont.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las identificaciones. La subjetivación.</li> <li>La localización de huellas psíquicas profundas que son causa de enfermedad y que se pueden revertir.</li> <li>La base psicoanalítica y el señalamiento subjetivo como herramienta terapéutica útil.</li> </ul> <p><b>Las posibilidades de cambio subjetivo.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La posibilidad del cambio subjetivo. El paso a la toma de participación activa del sujeto.</li> <li>Esperanza de posibilidad de cambiar a cualquier edad.</li> </ul> <p><b>Relación significativa sanitario-a/paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El enfoque global del paciente. La nueva visión de relación profesional-paciente.</li> </ul> <p><b>Alternativa a los psicofármacos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Poder ayudar a mejorar sin necesidad de psicofármacos.</li> </ul> <p><b>Existencia del sesgo de género:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La dimensión de género. Se hacen discriminaciones de género inconscientemente por una cuestión de educación.</li> </ul> <p><b>Aplicación a lo personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La aplicación personal (reflexión en muchas de las materias).</li> </ul>		

**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
	Pregunta: ¿Crees que te reportará beneficios? ¿Cuáles? <b>BENEFICIOS: RESPONDEN SÍ EL 100%</b>		
<b>BENEFICIOS</b>	<p><b>Ya notan beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En principio ya he cambiado mi forma de escucha de estas pacientes.</li> </ul> <p><b>Aumento de saber clínico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una visión más amplia de mi trabajo.</li> <li>• Comprender mejor las demandas</li> <li>• La aplicación en algunas situaciones, que no sabías bien cómo actuar.</li> <li>• Tratar de entender y descifrar las causas de problemas somáticos.</li> <li>• Saber escuchar y saber cómo actuar.</li> </ul> <p><b>Mayor eficacia terapéutica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejora de la salud biopsicosocial de los pacientes</li> <li>• Espero que mejoren mis pacientes sus síntomas somáticos y anímicos.</li> <li>• Los beneficios derivados de la mejoría del paciente</li> </ul> <p><b>Mejor relación sanitario/a paciente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creo que relajará mi relación con estos pacientes.</li> <li>• Menos ansiedad e impotencia con los pacientes</li> <li>• Introspección y ver cuál es mi posición o actitud frente a estos/as pacientes.</li> <li>• Reflexionar sobre mi propia posición en la relación profesional-paciente</li> <li>• La relación sujeto-sujeto debe ser beneficiosa para ambos.</li> </ul> <p><b>Aumento de satisfacción del profesional y personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor satisfacción.</li> <li>• Satisfacción personal de trabajar mejor.</li> <li>• Gran satisfacción si conseguimos los resultados esperados.</li> <li>• Bajar el nivel de frustración en la práctica diaria</li> <li>• Satisfacción personal.</li> <li>• Satisfacción a nivel profesional como personal. Generará una mayor implicación por mi parte</li> <li>• Un aliciente más en la práctica diaria y mayor enriquecimiento como persona.</li> </ul> <p><b>Disminución de sobre-uso de recursos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de hiperfrecuentación de "pacientes difíciles".</li> <li>• Disminuir pruebas complementarias innecesarias.</li> </ul> <p><b>Evitar el sesgo de género.</b></p>		<p><b>Ya notan beneficios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ya me los está reportando.</li> <li>• Una visión más cuidadosa.</li> </ul> <p><b>Coordinación entre AP y SM:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación AP-SM. C</li> <li>• Contacto con A. Primaria. Más cercanía a sus dificultades.</li> </ul> <p><b>Evitar sesgo de género:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar visión que disminuya los sesgos de género.</li> </ul>

**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
	Pregunta: ¿Lo encuentras aplicable? <b>APLICABLE: RESPONDEN SÍ EL 100%</b> Pregunta: ¿Has aplicado ya lo aprendido a tu práctica clínica? <b>YA INICADA APLICACIÓN QUIENES YA HAN TENIDO LA OPORTUNIDAD</b>		
<b>APLICABILIDAD</b>	<p><b>Aplicable a pesar del poco tiempo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pese a que nuestras consultas están ocupadas en gran medida a "demanda" y que sufrimos bastantes interrupciones en el transcurso de las mismas, creo (y de hecho ya lo he intentado) factible aplicarlo.</li> <li>• Por lo menos con el poco tiempo que hemos tenido para aplicarlo ya "se mira a algunos pacientes de una forma distinta".</li> <li>• Sí, porque realmente disponemos de la materia prima que es el objeto de este enfoque. Pacientes o consultantes con el "síndrome" del malestar.</li> </ul> <p><b>Ya aplicaban lo bio-social/lo subjetivo es aplicable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte del método (escucha biopsicosocial) ya la realizaba, al menos "biosocial".</li> <li>• Con más práctica y más tiempo del que tenemos sí.</li> </ul> <p><b>Riesgo de generalización:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe el riesgo de aplicación generalizada del mismo "psicoanalizando" cada caso.</li> </ul>	<p><b>Las enfermeras y TS son más rotundas en la aplicabilidad a pesar del poco tiempo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por supuesto es aplicable. Por lo menos con esta formación podemos iniciarnos en el manejo del método.</li> <li>• Sí, me parece completamente aplicable. No, aún no he tenido tiempo (no he pasado consulta).</li> <li>• Se puede aplicar perfectamente a la práctica diaria, a pesar de los problemas con el tiempo ampliamente comentados a lo largo del curso. Hasta este momento, en mi práctica habitual me limitaba más bien a la escucha y sugerir algunas mejoras en aspectos fundamentalmente sociales y de hábitos de vida. Pero a partir de ahora intentaré profundizar más en los aspectos psicológicos.</li> <li>• He comenzado a realizar algo de la escucha activa y la interrelación de los síntomas con los determinantes sociales, familiares y culturales.</li> <li>• Sí, lo encuentro aplicable y empezaré a aplicarlo a partir de ahora todo lo que he aprendido nuevo.</li> <li>• Lo veo aplicable, el método completo aquí expuesto no.</li> </ul> <p><b>Aplicaban más lo psicosocial/ lo subjetivo es aplicable:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí, lo encuentro aplicable a la práctica clínica anteriormente ya hacía cosas, sobretodo escucha activa y abordaje integral en las personas, pero estaba un poco estancada en algunos abordajes de los problemas.</li> <li>• Pienso que el modelo es aplicable a la A.P., empezando por objetivos realistas y dándole un enfoque positivo. He procurado mantener una atención BPS desde antes del curso.</li> <li>• Sí, pero sin saber que lo hacíamos, y sin tener en cuenta las consecuencias.</li> <li>• Sí. Ya había aplicado esto, pero de forma desordenada y sin saber en concreto sus resultados.</li> <li>• Sí. Algo sí he aplicado ya, incluso con anterioridad al curso.</li> </ul> <p><b>Estímulo al estudio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí. Creo que debo de seguir leyendo, instruyéndome y aumentando el cambio de mirada y de escucha.</li> </ul>	<p><b>Sí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En AP es aplicable.</li> <li>• En SM es común aplicarlo.</li> </ul>

**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
	Pregunta: ¿Dónde te parece que está la mayor dificultad del modelo?		
<b>DIFICULTADES</b>	<p><b>El tiempo disponible en consulta (8/34)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Es necesario disponer de más tiempo de consulta para poder profundizar más y sería más práctico que cada centro dispusiera de la ayuda de un psicólogo.</li> </ul> <p><b>Incorporar el método:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrarlo en la práctica del día a día.</li> <li>• En la incorporación/interiorización del método.</li> <li>• En integrar todos estos conocimientos nuevos y poder llevarlos bien a la práctica.</li> </ul> <p><b>Dificultades propias de la intervención sobre la subjetividad y la implicación del profesional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 1. No saber poner fin al despliegue de datos.</li> <li>◦ 2. Saber captar la localización para un posible señalamiento.</li> <li>◦ 3. Situar al paciente en el imaginario adecuado.</li> <li>◦ 4. Cómo reaccionar si me sintiera muy implicada o "captada".</li> <li>• En comenzar a aplicarlo con la parte subjetiva tanto del paciente como la mía como profesional.</li> <li>• En el desciframiento de los anclajes biográficos y las identificaciones y en el lenguaje apropiado para señalar esas identificaciones.</li> </ul> <p><b>Temor a no ser capaz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el señalamiento, no invasivo, tranquilo, prudente, no directivo...</li> <li>• En el miedo a equivocarnos y hacer intervenciones desafortunadas.</li> <li>• En no poder dar respuesta a todos los malestares que se nos presenten en la práctica clínica.</li> <li>• En comenzar a aplicarlo con la parte subjetiva tanto del paciente como la mía como profesional.</li> </ul> <p><b>Condiciones adversas del sistema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la visión que la sociedad tiene de lo que debe dar el sistema sanitario. Pero confío en que este paso, es señal de que algo está cambiando.</li> <li>• En los cambios de la visión casi exclusivamente biológica que tenemos.</li> <li>• En la inercia del sistema que sólo valora datos.</li> <li>• En el equipo con los compañeros.</li> <li>• El conocimiento: actuamos en una familia, nos puede condicionar en el trato con el resto el conocer determinados hechos. Además podemos sacar datos sesgados o intencionalmente falsos.</li> </ul> <p><b>Dudas sobre los efectos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dudo que un señalamiento pueda producir cambios.</li> <li>• Los efectos terapéuticos ... no me lo acabo de creer.</li> </ul>		<p><b>Aplicación organizativa. Continuidad.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponerlo en práctica y que tenga continuidad.</li> </ul> <p><b>La transmisión.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interiorización.</li> <li>• Es muy exigente con uno mismo.</li> </ul> <p><b>Disponibilidad de AP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la disponibilidad de los profesionales de A. P. para establecer relaciones con pacientes en las que tengan en cuenta la posibilidad de facilitarles un rol diferente (no prescribir recursos).</li> </ul>

**Tabla 7. Valoración cualitativa de los efectos del curso realizada por el alumnado**

Fuente: Cuestionarios de evaluación a participantes Post-curso básico. Área VII Mieres, 2010.

	Médicos/as de AP	Enfermeras y T. Sociales de AP y SM	Psiquiatras y psicólogos/as de SM
	<p>Pregunta: ¿Te has encontrado bien en la experiencia del curso?</p> <p><b>RESPONDEN:</b></p> <p><b>Sí, 25 personas, (74%) / Muy bien o estupendo, 5 personas, (15%) / "Aún no estoy seguro"o "regular".2 personas (6%) / Mal, 0%.</b></p>		
<b>BIENESTAR EN EL CURSO</b>	<p><b>Muy bien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estupendamente. Pues me ofreció la oportunidad de relación con los asistentes al mismo y de entablar amistades.</li> </ul> <p><b>Sí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, aunque por momentos creo que va suponer mucha implicación emocional.</li> <li>Si, en alguna ocasión me he sentido algo incómoda al recapacitar, mis propias vivencias y cargas.</li> </ul> <p><b>Regular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aún no estoy seguro.</li> </ul>	<p><b>Muy bien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, muy bien.</li> <li>Me ha parecido muy interesante y el clima ha sido de tranquilidad y apertura hacia nuevos conocimientos, hasta ahora un poco desconocidos o relegados.</li> <li>Me ha parecido muy positiva.</li> </ul> <p><b>Sí:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sí, es denso pero novedoso e ilusionante, por su aplicabilidad.</li> <li>Sí, ha sido ameno y constructivo pero agotador.</li> <li>Sí, me he sentido cómoda.</li> <li>Sí, aunque no sé sintetizarlo bien.</li> </ul> <p><b>Regular.</b></p>	<p><b>Sí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(5 de 5).</li> </ul>
<b>OBSERVACIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Creo que el curso ha merecido la pena, por su contenido, por tu capacidad de comunicación y porque aunque podamos aplicarlo en mayor o menor medida al menos queda sembrado el "gusanillo" para continuar avanzando en este sentido.</li> <li>Muy bueno el curso, por su contenido y su exposición.</li> <li>Gracias, Sara.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>

## 11.8 Evaluación de satisfacción con el curso. Instituto Asturianos de Administración Pública (IAAP)

Parte de la evaluación al final del curso básico fue la hoja habitual de evaluación de IAAP.

Se aporta aquí una síntesis de esta evaluación suministrada a la consultora por IAAP.

Evalúan el 100% del alumnado.

Duración del curso, adecuada para el 81,8% y escasa al 15,1%.

El 93,1% considera que necesitará más formación de este tema para el desempeño de sus funciones.

La valoración global del curso: 4,31 (rango de 1 a 5) y los principales aspecto evaluados se muestran en la siguiente **tabla 8 y Gráfico 6**. Y los referidos a la valoración de la docente, con puntuación global de 4,56 (rango de 1 a 5) en **Tabla 9 y Gráfico 7**.

**Tabla 8. Valoración del curso básico.** Fuente: Evaluación de IAAP

	Puntuación media de 1 a 5
<b>VALORACIÓN GLOBAL del curso</b>	<b>4,312</b>
La documentación entregada es útil	4,394
El curso se desarrolló según el programa previsto	4,441
Le han facilitado la asistencia al curso en su centro de trabajo	4,676
Los contenidos estaban relacionados con su trabajo	4,353
El curso ha respondido a lo que esperaba cuando lo solicitó	4,176
Los contenidos del curso le resultaron comprensibles	4,219
Podrá aplicar lo aprendido en su puesto de trabajo	4,121

**Gráfico 6. Valoración del curso básico.** Fuente: Evaluación de IAAP. Gráfico de elaboración propia.

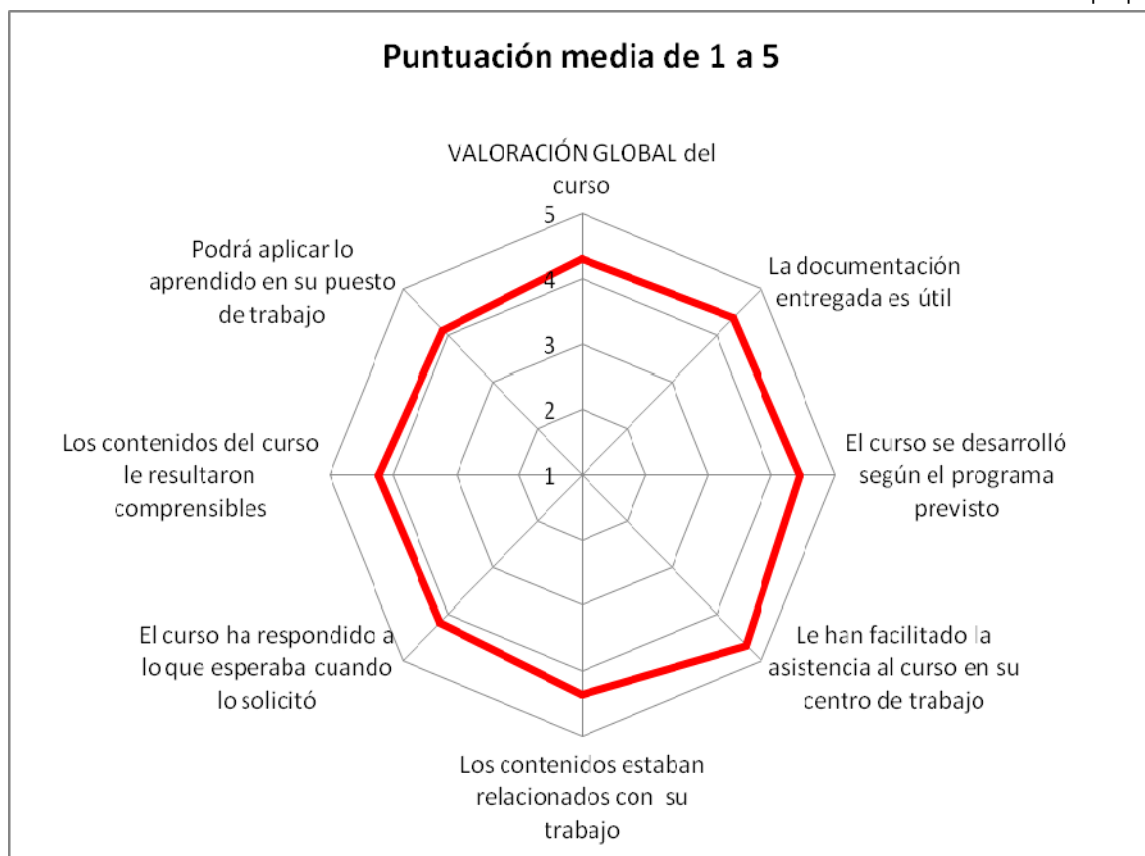
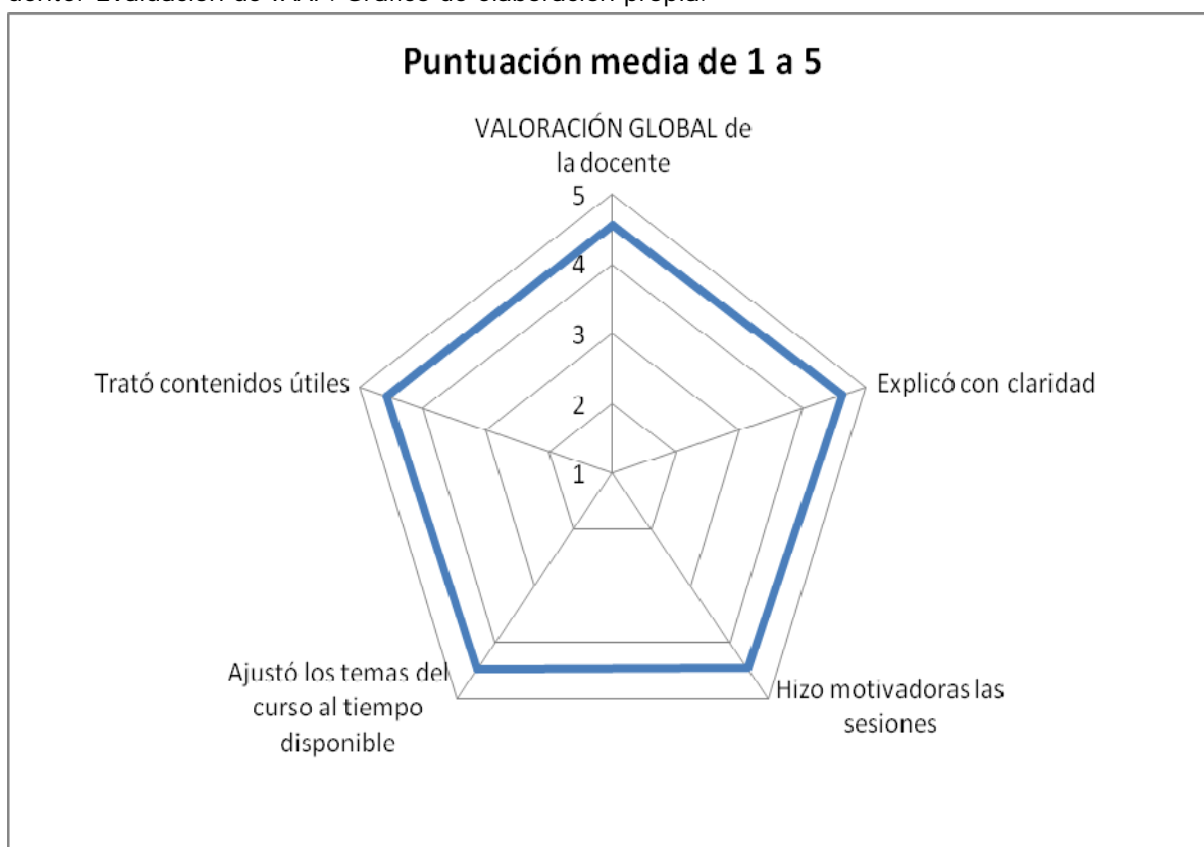


Tabla 9. Valoración de la docente del curso básico. Fuente: Evaluación de IAAP.

	Puntuación media de 1 a 5
<b>VALORACIÓN GLOBAL de la docente</b>	<b>4,562</b>
Explicó con claridad	4,636
Hizo motivadoras las sesiones	4,455
Ajustó los temas del curso al tiempo disponible	4,485
Trató contenidos útiles	4,576

Gráfico 7. Valoración de la docente del curso básico.

Fuente: Evaluación de IAAP. Gráfico de elaboración propia.



## 12. RESULTADOS DEL CURSO DE FORMADORES/AS

### 12.1 Participación y ampliación de objetivos docentes

Estaba planteado el curso de formación de formadores/as, de 28 horas lectivas, destinado a aquellos alumnos/as del Grupo Clave que, al final del curso básico, estuvieran dispuestos a impartir la formación a los EAP en sus CS.

Sin embargo, al final del curso básico, el número de personas decididas a ser formadoras, era igual de bajo que al principio. La gran mayoría estaba en duda y manifestaban que decidirían cuando terminara el curso.

Además, también la gran mayoría habían manifestaban (en el análisis FODA y en durante la participación) inseguridad aún para aplicar el Método en la clínica

Para adaptarse a estas necesidades, se planteó ampliar los objetivos del curso de formadores/as añadiendo la función de repasar y ampliar la aplicación del Método. Se ofreció a todo el Grupo Clave continuar voluntariamente en el curso de formadores/as, tuvieran o no intención de serlo.

**Continuaron 32 de las 34 personas del Grupo Clave**, no siguieron 2 enfermeras de 2 CS distintos.

**Tabla 10. Intención de ser formadores/as al principio del curso, por profesiones.**

Profesión	Duda Nº	Sí Nº	No Nº	Total
Médico/a	7	1	2	10
DUE de AP	7	1	3	11
T.S de AP		2		2
Psiquiatra		2		2
Psicólogo/a		3		3
T.S de SM			2	2
DUE de SM			1	1
Téc. GAP			1	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>32</b>

Los **objetivos** planificados eran:

- Capacitar al Grupo de formadores para impartir la formación.
- Obtener un equipo de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Área.

Para alcanzarlos, se planeaban las siguientes **actividades**:

- Repasar el contenido del curso
- Aportar claves internas para la transmisión.
- Aportar el material didáctico y método para usarlo.
- Aumentar seguridad mediante práctica de exposiciones en *rol playing*.
- Sesiones clínicas biopsicosociales didácticas.



Se añade un **nuevo objetivo al curso**:

- Aumentar la confianza y capacidad para aplicar el método en la clínica a todos los miembros del Grupo Clave.

Con actividades:

- Repasar las líneas claves del Método. Resolver dudas
- Profundizar en el método de intervención sobre la subjetividad.
- Practicas en análisis de casos en sesiones clínicas didácticas.

## 12.2 Metodología didáctica

Exponer los objetivos internos de cada tramo, sobre actitudes y resistencias emergentes esperadas. Aportar instrumentos para la resolución de emergentes y cambios de actitudes previstos. Explicar el método de uso del material didáctico.

Se realiza el siguiente ciclo para cada unidad temática:

- A) Exposición temática por la docente de contenido de la unidad, diapositivas correspondientes, sus objetivos internos, resistencias o emergentes previstos y recursos para resolverlos.
- B) Diálogo grupal intermitente al ritmo del alumnado.
- C) Práctica: dos alumnos /as de profesiones distintas imparten una pieza de la unidad al resto del grupo, con algunos roles resistenciales preparados en *rol playing*. Se trata de que aparezcan, las reacciones temidas y dudas esperadas de sus compañeros/as (escenas temidas) y resolverlas entre todos. La docente aporta recursos nuevos para la resolución de las dinámicas problemáticas. Al final de cada *rol playing* se comenta como se han sentido los formadores/as impartiendo y cómo se han encontrado los que funcionaban como discentes.
- D) Análisis de casos clínicos. Con observadores de proceso latente del grupo que exponen al final al grupo.

Las interacciones:

- Se conducirán los diálogos evitando una dinámica de preguntas-respuestas unidireccional, sino conducir a que se produzca discurso grupal en red poniendo en juego el saber de las personas del grupo.  
Interacción de docentes en prácticas y discentes potenciales.
- Se estimula el diálogo con petición de argumentos para resolver ellos mismos las dificultades aparecidas.
- Se interactúa desde la coordinadora con los roles grupales que aparezcan para evitar estancamientos, polarización unipersonal o desviación de la tarea y objetivos.

### 12.3 Análisis de dinámica grupal. Objetivos internos y emergentes

Durante el curso de formadores/as la participación fue muy activa. La mayoría de ubicaron mentalmente en la situación de transmitir la formación a sus compañeros de los EAP y, por tanto, la dinámica grupal se desarrolló sobre las expectativas de las posibles reacciones de sus compañeros/as y los temores sobre los temas que puedan ser peor entendidos, simultáneamente, estos emergentes fueron también una oportunidad para replantear sus propias dudas.

Emergentes y su resolución:

#### 12.3.1 Falta de convicción e interiorización del tema. Transmitirán el destilado de lo que hayan interiorizado

En diversos momentos del curso reaparecía el temor a impartir una materia nueva que aún no habían interiorizado y experimentado en la práctica, o muy poco. Se planteaban el listón en lo que estaban recibiendo de formación directa por la docente en 68 horas de curso, y el reto de hacerlo ellos en 18 horas previstas para los llamados talleres en los CS, les parecía difícil.

Este problema se resuelve al tener en cuenta que lo van a impartir en equipos de 3 o 4 personas en lo que cada uno se hace cargo de impartir una parte pequeña, aquella en la que se siente más seguro. Están los formadores /as de Salud mental que se harán cargo de impartir los temas de la subjetividad, los más difíciles. Cada uno debe pensar que va a transmitir a sus compañeros aquello que ha descubierto en el curso que le ha movilizado y que le sirve para su práctica, el destilado de lo que han obtenido en el curso.

#### 12.3.2 "Los compañeros/as pueden rechazar este tema". Previsiblemente, pocas personas lo harán y su manejo dinámico

Un temor muy reiterado es que la presencia de determinados compañeros/as de los EAP que aparecen como amenazantes para esta tarea por sus peculiaridades ya conocidas por ellos. A pesar de que el curso en los EAP va a ser de asistencia voluntaria, sin duda la presencia de personas resistentes *a priori*, es una posibilidad muy plausible.

Pero hay que evitar que aparezcan imaginariamente como los únicos discentes a los que se van a dirigir. Estarán la mayoría de sus compañeros que comparten las mismas inquietudes, dudas, dificultades y también capacidades y recursos, y que apreciarán lo mismo que ellos han apreciado al recibir el curso. Se trata, por una parte, de confiar en la bondad de la materia a impartir, para lo que deben apoyarse en que si a ellos les ha proporcionado un valor añadido para la práctica, también va a ser recibido así por la mayoría de sus compañeros/as. Y por otra parte, apoyarse en el manejo de la dinámica grupal con personas resistentes, para lo que se les proporcionan instrumentos.

#### 12.3.3 "Esto ya lo hacemos en la clínica". La atención a la subjetividad es un valor añadido

Aparece la posibilidad de que a los discentes de EAP les parezca que el modelo biopsicosocial ya se hace en la clínica y no hay nada nuevo en el método y, por tanto, se desvalorice el curso.

La resolución de este emergente se apoya en la constatación que ellos mismo han hecho de que el método, si bien contiene una parte de escucha psicosocial que en mayor o menor medida todos conocen y aplican cuando pueden, sin embargo, la escucha de la subjetividad, los mecanismos por los que con-

tribuye a la enfermedad, cómo interviene en la relación sanitario/a paciente y cómo localizar, descifrar y señalar, y causar efectos terapéuticos de sujeto, es un valor añadido que desconocían en AP (no en SM, lógicamente). Y la existencia de sesgo de género en la atención, es otro valor añadido.

#### **12.3.4 Repetición de conceptos difíciles o conflictivos**

Por último, a lo largo del curso reaparecen los emergentes de dificultades que se describieron en el curso básico, ya que el alumnado los vuelve a tratar ahora desde la perspectiva del docente que ha de resolverlos. Se proporcionan instrumentos argumentales y dinámicos para resolverlos en el entorno del curso en los CS.

## 12.4 Evaluación de satisfacción. Instituto Asturianos de Administración Pública (IAAP)

Se aporta aquí una síntesis de esta evaluación habitual de IAAP suministrada a la consultora.

Evalúan el 100% del alumnado.

Duración del curso, adecuada al 81,8% y escasa al 15,1%.

La valoración global del curso: 4,21 (rango de 1 a 5), bajando 2 decimas respecto al básico, y los principales aspecto evaluados se muestran en la siguiente **Tabla 11 y Gráfico 8**.

El 93,1% considera que necesitará más formación de este tema para el desempeño de sus funciones.

Los referidos a la valoración de la docente, con puntuación global de 4,62 (rango de 1 a 5) que sube 1 décima con respecto al básico, y con unas decimas mejor, tanto en claridad de exposición, motivadoras las sesiones, ajustarse al programa y utilidad de los contenidos, en **Tabla 12 y Gráfico 9**.

**Tabla 11. Valoración del curso de formadores.** Fuente: Evaluación de IAAP.

	Puntuación media de 1 a 5
<b>VALORACIÓN GLOBAL del curso</b>	<b>4,241</b>
La documentación entregada es útil	4,276
El curso se desarrolló según el programa previsto	4,2
Le han facilitado la asistencia al curso en su centro de trabajo	4,393
Los contenidos estaban relacionados su trabajo	4,393
El curso ha respondido a lo que esperaba cuando lo solicitó	4
Los contenidos del curso le resultaron comprensibles	4,214
Podrá aplicar lo aprendido en su puesto de trabajo	4,241

**Gráfico 8. Valoración del curso de formadores.** Fuente: Evaluación de IAAP.

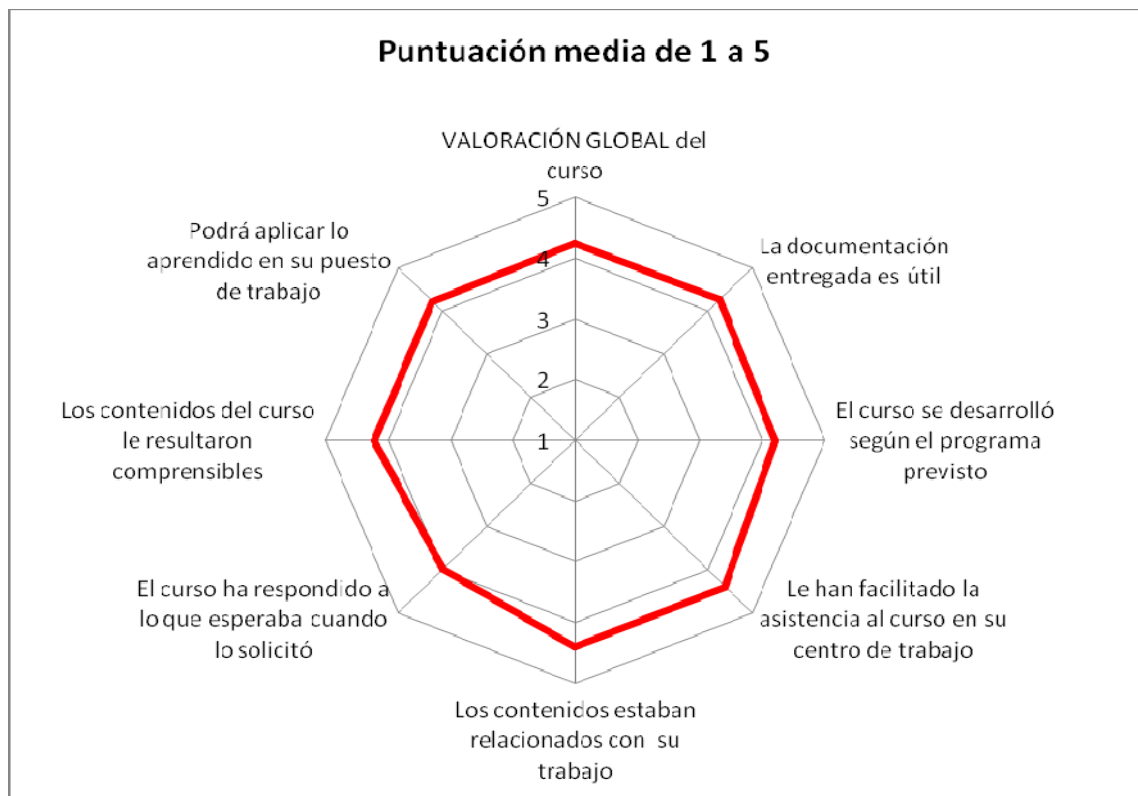
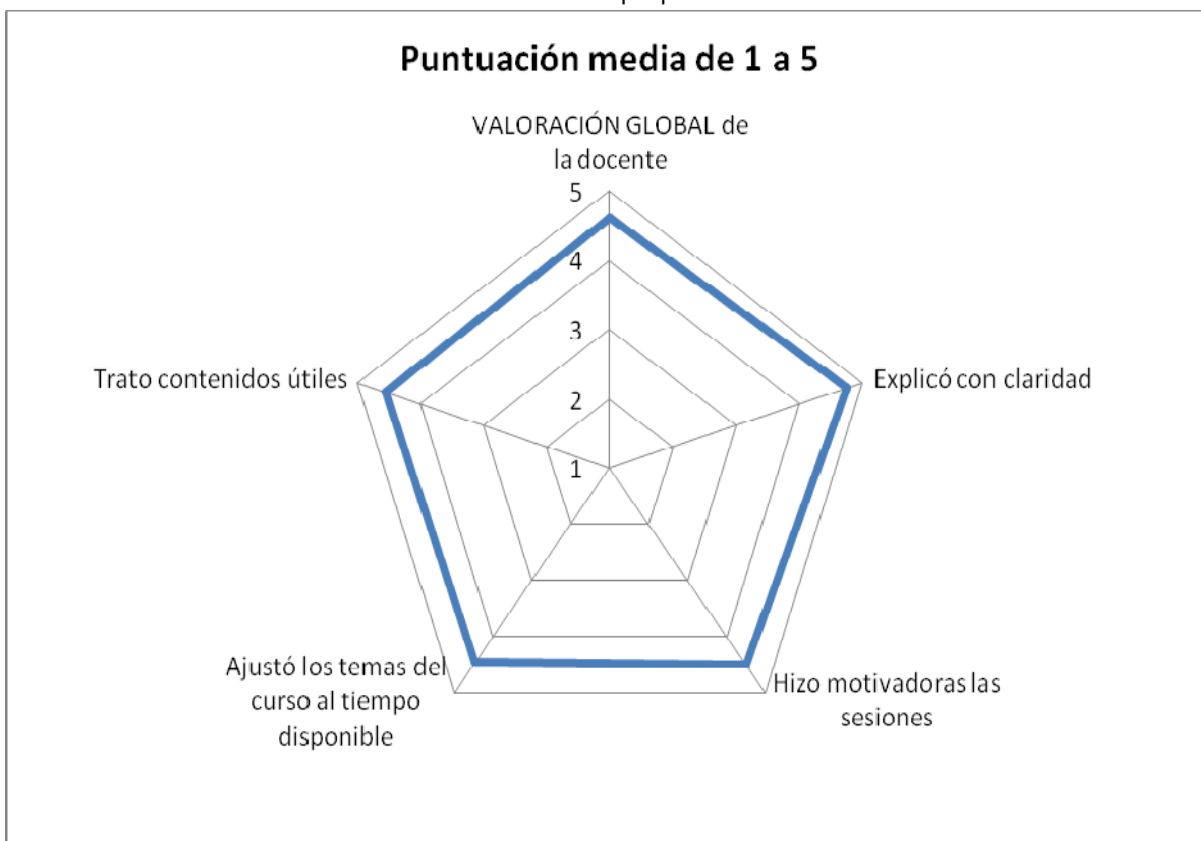


Tabla 12. Valoración de la docente en curso de formadores. Fuente: Evaluación de IAAP.

	Puntuación media de 1 a 5
<b>VALORACIÓN GLOBAL de la docente</b>	<b>4,621</b>
Explicó con claridad	4,75
Hizo motivadoras las sesiones	4,5
Ajustó los temas del curso al tiempo disponible	4,464
Trato contenidos útiles	4,571

Gráfico 9. Valoración de la docente en curso de formadores.

Fuente: Evaluación de IAAP. Gráfico de elaboración propia.



### 13. EQUIPO DE FORMADORES/AS

Participar en el Programa como formador/a ha sido voluntario y alcanzar el mayor número posible era uno de los objetivos de la formación. Por ello, se sondeó la intención de serlo en varios momentos. Se le preguntó al Grupo Clave sobre su intención o disponibilidad en el cuestionario PRE-curso básico. En ese momento, estaban dispuestos/as a ser formadores/as 10 personas, número nutrido sobre todo por psiquiatras y psicólogos de SM trabajadoras sociales y alguna médica y enfermera.

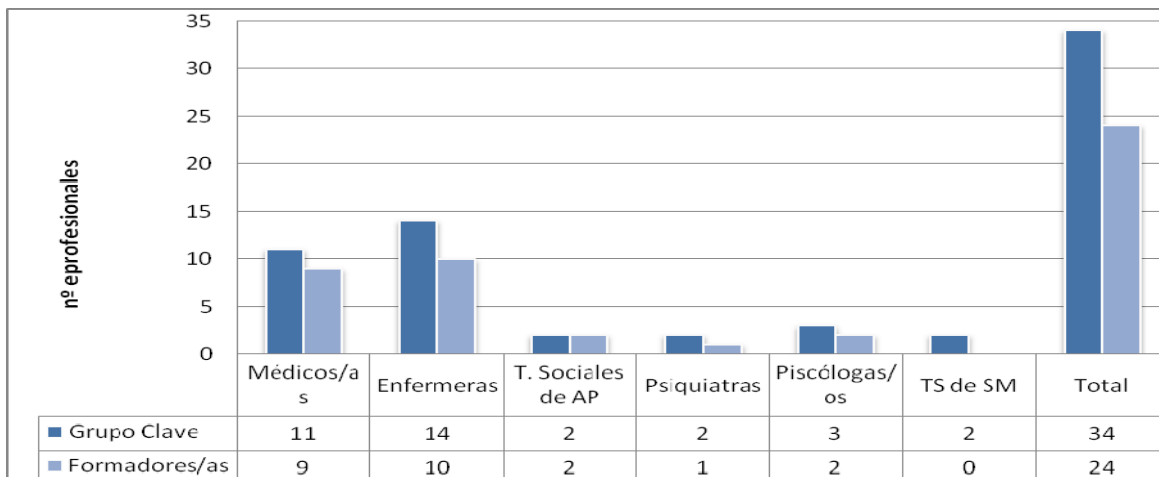
Al final del curso básico, se volvió a preguntar. La intención no había mejorado. Aumentaron al doble las personas que no querían ser formadoras, y la mayoría de médicos/as y enfermeras de AP estaban en duda, a la expectativa de terminar la formación para decidir.

Si bien el curso básico (40 horas) resultó muy efectivo con respecto a la aplicabilidad del método BPS+subjetividad+género en la clínica, no fue así para convencer para ser formadores/as. Al contrario, al final del curso básico, el nivel de dificultad percibida para transmitir esta formación había aumentado (Gráfico 10). Con el fin de dar la opción a todos/as, y dado que el interés por el método y continuar la formación había quedado muy alto, la gran mayoría decidió continuar con el curso de formadores/as (28 horas más), con el compromiso de que cada uno decidiría ser o no formador al final de dicho curso.

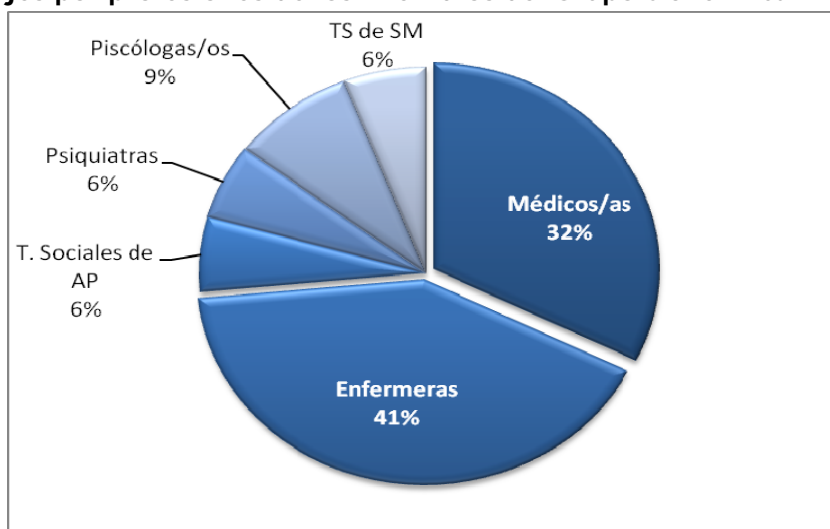
**Gráfico 10. Evolución de la intención de ser formadores/as desde el inicio al final de la formación del Grupo Clave. Nº de profesionales. Área VII Mieres. Asturias. 2010**



**Gráfico 11. Número de miembros del Grupo Clave y número de formadores/as, por profesiones. Área VII Mieres. Asturias. 2010**



**Gráfico 12. Porcentajes por profesiones de los miembros del Grupo Clave. Área VII Mieres. 2010**



**Gráfico 13. Porcentajes por profesiones del equipo de formadores/as. Área VII Mieres. Asturias. 2010**

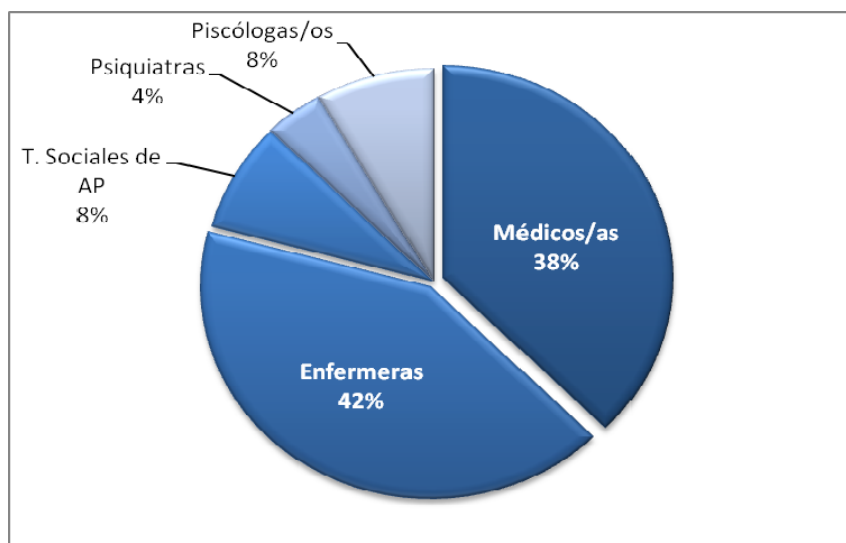
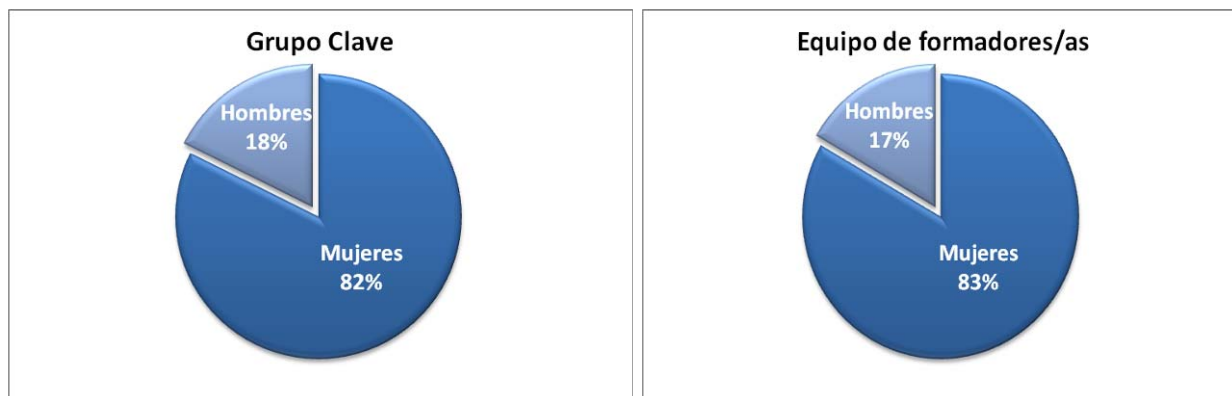


Grafico 14. Porcentaje de profesionales por sexos en Grupo Clave y equipo de formadores/as.



En síntesis:

Las prácticas docentes realizadas evidenciaron que habían alcanzado la capacidad para transmitir la formación. Debido tanto a que la incorporación del método fue alta, como porque estaban interesados/as en el tema, como porque ya contaban antes con capacidad docente.

La mayor evidencia de la capacitación es que la mayor parte del Grupo Clave se decidió y se encontró capaz de comprometerse a impartir la formación en los CS.

Decidieron ser formadores/as **24 personas**, el **70,5%** del Grupo Clave, alcanzándose el objetivo de obtener un equipo de formadores/as suficiente para cubrir el Área.

Las proporciones por profesiones y sexos conservan el mismo perfil en el Grupo Clave y en el equipo de formadores/as, es decir, la profesión o el sexo no han sesgado la vinculación de formadores (Gráficos 12, 13 y 14).

Son de destacar los motivos por los que 10 personas decidieron no participar como formadores. Fue debido a falta de convencimiento sobre su propia capacidad docente en general, para transmitir el método en particular, reservas para hablar en público y, en un caso, por el lugar ocupado en la Gerencia.



### 13.1 Composición de equipos de formadores/as

A final del curso, el equipo, decidió colectivamente quiénes serían **coordinadores/as funcionales del Programa para cada CS**, la composición de los **equipos de formadores y se distribuyeron los módulos temáticos** con los siguientes criterios:

- Cada módulo lo imparten 2 o 3 personas.
- De distintas profesiones.
- La presentación la hace un médico/a y coordinador del CS (si lo hay) acompañado por otro miembro, preferiblemente de SM.
- Los dos módulos de método de la subjetividad los imparten los miembros de SM.
- El módulo de escucha psicosocial lo imparten las trabajadoras sociales.
- Del resto de módulos, cada uno elige el módulo cuya materia le es afín.
- Los equipos con falta de formadores serían ayudados por otros equipos.

Al mismo tiempo, se propusieron las **condiciones** para impartir la formación que el Grupo Clave planteaba a la Gerencia:

- Horario laboral, espacio de sesiones clínicas, o crear el espacio de 2 horas.
- Otra opción: en cada EAP cerrando agendas, en 3 mañanas de 5 horas. Con sustituciones.
- Otra opción: Centralizado en gerencia, unificados varios EAP.

Se decide la primera opción porque favorece la constitución de trabajo y cohesión de cada EAP lo cual favorece al continuidad y sostenibilidad.

- Obligatoria la asistencia a la presentación. Voluntario el curso, con inscripción previa.
- Libres de imprevistos y urgencias, con sustitución disponible.
- Pagar desplazamientos de formadores de SM.
- Pagar horas docentes. Acreditar horas docentes.
- Días para prepara cada equipo formador en horario laboral, sustituidos.
- SM, las mismas condiciones.

En la **Tabla 13**, los 6 equipos de 4 a 7 formadores/as cada uno y de cada CS, y la distribución de Módulos tal como quedó al final del curso para presentar como propuesta a la Gerencia de Área, y en Tabla 14, las fichas con foto de los equipos.

**Tabla 13. Equipos de formadores/as y distribución de Módulos temáticos, marzo 2010. Área VII-Mieres.**

CS	CS Figaredo	CS Mieres Norte	CS Mieres Sur	CS Moreda	CS Cabañaquinta	CS Pola de Lena	C. SM
<b>Coordinador/a funcional de CS</b>	Delfina Menéndez (Méd)	Paz Gutiérrez (DUE)	Manuel Ramón (Méd)	Amaya Leoz (Méd)	Isabel Castañón (DUE)	Marisa Sánchez (DUE)	Isabel del Castillo (Psicó)
<b>SM: Coordinador/a de Sesiones clínicas y supervisión de casos</b>	<u>Enrique Villa (Psiquitra) *</u>	<u>Purificación Saavedra (Psicóloga) *</u>	<u>Enrique Villa (Psiquiatra) *</u>	<u>Isabel del Castillo (Psicóloga) *</u>	<u>Isabel del Castillo (Psicóloga) *</u>	<u>Isabel del Castillo (Psicóloga) *</u>	
<b>M0. Presentación</b>	Enrique Ondiviela (Méd Cord.) <u>Enrique Villa *(Psiquiatra)</u>	Cani Álvarez (Méd) Puri Reguera (Méd)	<u>Manuel Ramón *(Méd)</u> Rosa Trapiella (DUE)	Agustin Suárez (Med Cord.) Mar de la Rosa (DUE)	Enrique Ondiviela (Méd apoyo de Figaredo) Isabel Castañón (DUE)	Isidora Álvarez (Méd Cord.) <u>Isabel del Castillo *</u>	
<b>M1. Epidemiología y proceso de atención</b>	Enrique Ondiviela (Med) <u>Enrique Villa*</u>	Cani Álvarez (Méd) Puri Reguera (Méd)	<u>Manuel Ramón *</u>	Amaya Leoz (Med) Rosa Gómez (DUE)	Enrique Ondiviela (Méd) Isabel Castañón (DUE)	Isidora Álvarez (Méd)	
<b>M2. Sistema BPS y determinantes de salud</b>	Mercedes Morales (DUE) <u>Enrique Villa *</u>	Cani Álvarez (Méd)	Loli Mirón (DUE)	Amaya Leoz (Méd) <u>Isabel del Castillo *</u>	Ana Caicoya (TS)	Marisa Sánchez (DUE) Ana Caicoya (TS)	
<b>M3. Sistema sujeto/sexo/género</b>	Delfina Menéndez Enrique Ondiviela (Méd) Marta Pisano (DUE)	Luisa Suárez (DUE)	Rosa Trapiella (DUE) Charo Rodríguez (TS)	Agustin Suárez (Med) Mar de la Rosa (DUE)	Delfna Menéndez (Méd apoyo de Figaredo) Mar de la Rosa (Apoyo de Moreda))	Ana Caicoya (TS)	
<b>M4. Desarrollo psíquico. Identificaciones</b>	<u>Enrique Villa *</u> Marta Pisano (DUE)	<u>Puri Saavedra *</u>	<u>Enrique Villa *</u>	<u>Isabel del Castillo *</u>	<u>Isabel del Castillo *</u>	<u>Isabel del Castillo *</u>	
<b>M5. Relación sanitario/a paciente</b>	Marta Pisano (DUE) Mercedes Morales (DUE))	Puri Reguera (Méd)	Loli Mirón (DUE)	Agustin Suárez (Med) Mar de la Rosa (DUE)	Isabel Castañón (DUE)	Marisa Sánchez (DUE) Ana Caicoya (TS)	
<b>M6. Método. Escucha subjetiva y efectos de sujeto</b>	Marta Pisano <u>Enrique Villa *</u>	<u>Puri Saavedra *</u>	<u>Enrique Villa *</u>	Rosa Gómez (DUE) <u>Isabel del Castillo *</u>	Mar de la Rosa (DUE apoyo de Moreda) <u>Isabel del Castillo *</u>	Marisa Sánchez (DUE) <u>Isabel del Castillo *</u>	
<b>M7. Método. A. biomédica-sesgo. Escucha psicosocial</b>	Ana I Alonso (Méd) Charo Rodríguez (TS)	Luisa Suárez (DUE) Charo Rodriguez (TS)	<u>Ana I. Alonso *(Méd Apoyo de Figaredo)</u> Charo Rodríguez (TS)	Rosa Gómez Ana Caicoya (TS)	Isabel Castañón (DUE) Ana Caicoya (TS)	Isidora Álvarez (Med) Ana Caicoya (TS)	

\*Asterisco y subrayado los profesionales de salud mental y dos médicos que no quedaron asignados a los equipos durante el curso, sino que se completaron posteriormente por acuerdo entre los coordinadores/as funcionales, la Gerencia de AP y la Coordinadora del Centro de Salud Mental.

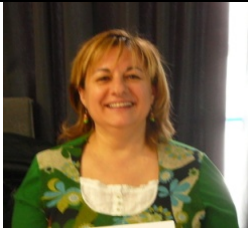





Tabla 14. Fichas de equipos de formadores/as. Equipo del CS Mieres Norte

					
Paz Gutiérrez Enfermera Coordinadora Funcional	Encarnación Álvarez Médica	Purificación Reguera Médica	Mª Luisa Suárez Enfermera	Rosario Rodríguez. Trabajadora social CS Mieres Norte, Sur y Figaredo	Purificación Saavedra. Psicóloga Clínica CSMental- Mieres

Equipo del CS Mieres Sur

					(Sin foto)
Manuel Ramón Médico Coordinador Funcional	Ana Isabel Alonso Médica Apoyo del CS Figaredo	Dolores Mirón Enfermera	Rosa Trapiella Enfermera	Rosario Rodríguez. Trabajadora Social CS Mieres Norte, Sur y Figaredo	Enrique Villa Psiquiatra CSMental- Mieres

Equipo del CS Figaredo

						(Sin foto)
Delfina Menéndez Médica Coordinadora Funcional	Enrique Ondiviela Médico Coordinador del CS	Ana Isabel Alonso Médica	Mercedes Morales Enfermera	Marta Pisano Enfermera	Rosario Rodríguez. Trabajadora social CS Mieres Norte, Sur y Figaredo	Enrique Villa Psiquiatra CSMental- Mieres

## Equipo del CS Moreda

					
<p>Amaya Leoz Médica Coordinadora Funcional</p>	<p>Agustín Suárez Médico Coordinador del CS</p>	<p>Rosa Gómez Enfermera</p>	<p>Mar de la Rosa Enfermera</p>	<p>Ana Menéndez Caicoya Trabajadora Social CS Moreda, Cabaña y Pola</p>	<p>Isabel del Castillo Psicóloga Clínica CSMental- Mieres</p>

## Equipo del CS Cabañaquinta

					
<p>Isabel Castañón Enfermera Coordinadora Funcional</p>	<p>Enrique Ondiviela Médico Coordinador del CS Apoyo del CS Figaredo</p>	<p>Delfina Menéndez Médica Apoyo del CS Figaredo</p>	<p>Mar de la Rosa Arias Enfermera Apoyo del CS Moreda</p>	<p>Ana Menéndez Caicoya Trabajadora Social CS Moreda, Cabaña y Pola</p>	<p>Isabel del Castillo Psicóloga Clínica. CSMental- Mieres</p>

## Equipo del CS Pola de Lena

			
<p>Marisa Sánchez Enfermera Coordinadora Funcional</p>	<p>Isidora Álvarez Médica Coordinadora del CS</p>	<p>Ana Menéndez Caicoya Trabajadora Social CS Moreda, Cabaña y Pola</p>	<p>Isabel del Castillo Psicóloga Clínica CSMental- Mieres</p>

## 14. CONCLUSIONES

Se ha podido llevar a cabo todas las actividades previstas en la 1ª etapa. La constitución del Grupo Clave ha resultado adecuada a los objetivos. Su formación ha alcanzado los objetivos docentes y ha sido bien valorada por el alumnado. Ha quedado constituido el equipo de formadores/as con profesionales de AP y SM en cooperación y dispuestos a impartir la formación en los EAP.

El Grupo Clave identifica con claridad las fortalezas del Programa, que residen en los beneficios del Método BPS+ subjetividad + género, sus impactos en la clínica y su aplicabilidad, junto a su oportunidad por estar siendo necesario para problemas muy relevantes en la clínica. Y además valoran la oportunidad de haber conectado entre centros y con SM, y de trabajar en equipo.

También identifica con claridad, las debilidades y amenazas, que residen en la propia dificultad del método de la subjetividad que requiere más formación continuada, algunas condiciones adversas del sistema, como el tiempo disponible en consulta, dificultades de organización y posible fragilidad de la continuidad si no se mantiene la disponibilidad de recursos.

Siendo conscientes de fortalezas y debilidades, el Grupo Clave se compromete a realizar las siguientes actividades cuyo peso recae plenamente sobre ellos: de aplicación en la clínica, más estudio y preparación y transmisión de la formación a los EAP.

Es importante que las instituciones implicadas mantengan atento apoyo a estas siguientes actividades.

## 15. BIBLIOGRAFÍA

- ANZIEU, Didier. *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid, Nueva Visión, 1986 (1ª edición 1975)
- CABRIÁ, Ángeles; PLÁ, Margarita y cols., *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007*, Observatorio de Salud Pública, Gobierno de Cantabria.
- CONDE, Fernando, Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En: DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995, págs. 53-66.
- CONDE, Fernando, Una propuesta de uso conjunto de las técnicas cuantitativas y cualitativas en la investigación social. El isomorfismo de las dimensiones topológicas de ambas técnicas. *Reis*, 39/87, págs. 213-224.
- DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995.
- DONADEBIAN, Avedis, "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?", *Jano*, 1989, 36(864), págs. 103-110
- MOSQUERA, Carmen (coord.); ARBESÚ, Esther; FERNÁNDEZ, Silvia; GARCÍA, Flor; URÍA, Marian, *La salud de las mujeres en Asturias*, Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2002.
- PEREÑA, Francisco, Formación discursiva, semántica y psicoanálisis. En: DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995, págs. 465-479.
- PICHON –RIVIÈRE, Enrique El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires, Nueva Visión, 1985 (1ª edición 1971).
- URÍA, Marian (coord.); MOSQUERA, Carmen; GARCÍA, Mercedes, *La salud de las mujeres en Asturias. Reflexiones desde las propias mujeres*, Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2005.
- VELASCO Arias, Sara. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria. Serie Salud nº9. Madrid: Instituto de la Mujer. Mº de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.
- VELASCO Arias, Sara. Presentación didáctica. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria. Soporte CD-ROM. Instituto de la Mujer, Mº de Trabajo y Asuntos Sociales 2006.
- VELASCO, Sara. LÓPEZ DÓRIGA, Begoña. TOURNÉ, Marina. CALDERÓ, Mª Dolores. BARCELÓ, Inmaculada; LUNA, Consuelo. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria". *Feminismo/s*. Universidad de Alicante, 2007; nº 10.
- VELASCO Arias, Sara. Sexos Género y Salud. Teoría y Métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid, Minerva, 2009.

## 16. ANEXOS

### ANEXO I. Cuestionarios

#### Cuestionario PRE-CURSO.

Mieres, 15 de febrero de 2010

Mujer u hombre: .....Edad:

Profesión: .....Centro de trabajo: .....

Cargo u otras responsabilidades actuales o anteriores (además de la asistencial):

Formación recibida y experiencia previa relacionada con modelo biopsicosocial, salud de las mujeres o género:

1. Explica brevemente qué ha hecho que acudas a este curso:
2. Define en un par de frases, lo que más te preocupa de los y las pacientes que atiendes con cuadros de malestar (ansiedad, depresión, somatizaciones, dolor y síntomas sin causa orgánica, síndromes funcionales...).
3. ¿Puedes explicar brevemente cuáles son las dificultades principales que te causan estos pacientes en tu práctica clínica y personalmente?
4. La inmensa mayor parte de los profesionales los estamos tratando con psicofármacos, analgésicos y algunos ttº sintomáticos. ¿Qué opinas de ello?
5. ¿Has leído el libro entregado de "Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres"? (Si o no):
6. En principio ¿estarías dispuesto/a a impartir formación sobre este curso a otros profesionales de primaria?
4. Observaciones:

Muchas gracias

---

#### Cuestionario POST-CURSO BÁSICO.

2 de marzo de 2010

Mujer u hombre: .....Edad:

Profesión: .....Centro de trabajo: .....

7. ¿Han variado en algo las ideas y dificultades que tenías sobre lo que les ocurre a los y las pacientes con síndromes de malestar? Coméntalas brevemente.
8. Qué aspectos nuevos te han impactado más, si los ha habido?
9. ¿Crees que te reportará beneficios? ¿Cuáles?
10. ¿Lo encuentras aplicable? ¿Has aplicado ya lo aprendido a tu práctica clínica?
11. ¿Dónde te parece que está la mayor dificultad del modelo?

- 12. ¿Te has encontrado bien en la experiencia del curso?
- 13. Estás dispuesta a seguir la formación en la siguientes parte para formadores/as?
- 14. ¿Estarías dispuesta/o a impartir esta formación? En caso afirmativo ¿En qué condiciones te gustaría hacerlo?
- 15. Observaciones:

Muchas gracias

-----

**EXAMEN**  
**CURSOS BÁSICO DE FORMACIÓN DE FORMADORES/AS SOBRE ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL**  
**AL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**2 de marzo de 2010. Mieres- Asturias**

Nombre: .....

Profesión: ..... Centro de trabajo: .....

- 1. Enuncia los bloques teóricos que has captado que son la base del método de atención biopsicosocial a los síndromes del malestar que hemos trabajado en el curso, y añade una corta frase que para ti resume de qué trata cada bloque.
- 2. Expón esquemáticamente los componentes del método de atención biopsicosocial con inclusión de la subjetividad y el género.
- 3. Escribe los criterios de exclusión de para la intervención con el método de subjetividad de modelo de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria.
- 4. Observaciones:

Muchas gracias