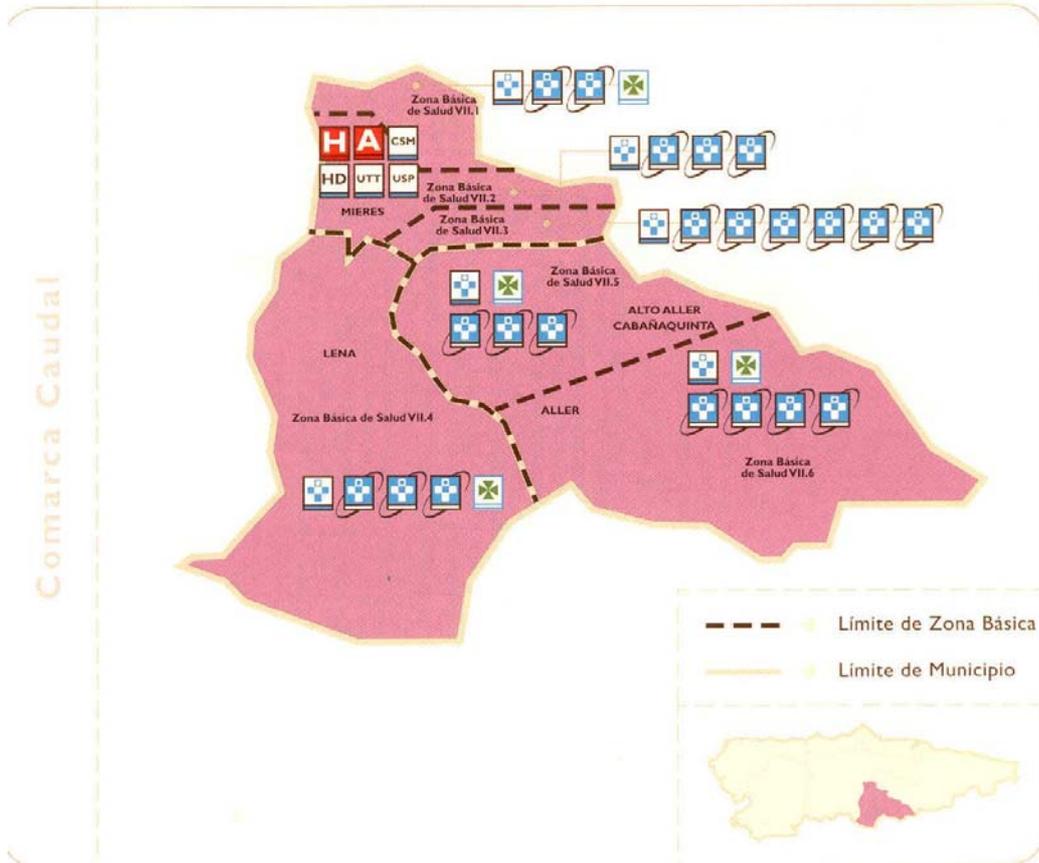


**Área Sanitaria VII.
Cabecera: Mieres.**



**PROYECTO PILOTO
DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR
EN ATENCIÓN PRIMARIA
ÁREA VII -MIERES
PRINCIPADO DE ASTURIAS
PARA LA CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS Y
EL INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS**

2009

Mayo 2009

INDICE	
1.	RESUMEN..... 3
2.	JUSTIFICACIÓN..... 4
	• Planteamiento del problema 4
	• Demanda en atención primaria..... 5
	• Modelo de atención biopsicosocial..... 6
	• Resultados existentes de aplicación del modelo 7
	• Concordancia con líneas estratégicas de Atención Primaria y Salud Mental..... 9
	• Necesidades sentidas y estrategias en Asturias..... 10
	• Antecedentes de la actividad en Asturias 11
	• Propuesta 11
3.	OBJETIVOS..... 12
	• Objetivo general 12
	• Objetivos estratégicos 12
	• Objetivos instrumentales..... 12
4.	POBLACIÓN DESTINATARIA 12
5.	ACTIVIDADES 16
	• Planificación del Proyecto 16
	• Formación del Grupo clave de profesionales de Área VII 16
6.	ACTIVIDADES 18
	• Actividades de aplicación del modelo en los Centros de Salud. Segundo semestre del 2010..... 20
7.	MATERIAL DIDÁCTICO 22
8.	CRONOGRAMA 24
9.	ANEXOS..... 26
	Lugar: 31
	Documentación: 33
	Índice de documentación en CD-ROM Y PAPEL 33
	Otra bibliografía recomendada comentada 34
	Evaluación y certificación: 37

1. RESUMEN

El presente proyecto trata sobre los trastornos mentales comunes -**ansiedad, depresión y somatizaciones-**, **junto con síndromes funcionales y dolores sin causa orgánica**, que agrupamos bajo "**síndromes del malestar**". Son de alta prevalencia en población general. Afectan a las mujeres el doble que a los hombres, se presentan entre ellas con más tendencia a la cronicidad y recidivas y son objeto de diagnósticos sesgados por estereotipos de género, ejercen fuerte presión asistencial en los servicios de atención primaria y salud mental, siendo las causas más frecuentes de consulta. Son una fuente de impotencia y frustración para sanitarios y sanitarias cuando no cuentan con más recursos que los biomédicos, que se muestran escasamente eficaces en estos problemas y además de derivar con alta frecuencia en prescripción de psicofármacos.

Estos malestares están asociados a factores psicosociales, -el contexto social, la experiencia subjetiva y factores determinantes de género-. Por ello se está trabajando con un **modelo de atención biopsicosocial**, que incluye la escucha y atención integral, la relación médico-paciente como instrumento para causar efectos de sujeto; una atención no medicalizadora; promoción de autonomía de el/la paciente; promoción de grupos de apoyo de mujeres, e incluye sesiones clínicas en CS de análisis biopsicosocial de casos y cooperación con servicios de Salud Mental.

Existen antecedentes de **resultados de salud** apreciables con la aplicación de este modelo en una intervención piloto evaluada en servicios sanitarios de la Región de Murcia, llevada a cabo dentro de un Programa del Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

En estudios anteriores sobre salud de las mujeres, realizados por la **Consejería de Salud y Servicios Sanitarios**, se ha constatado la relevancia de estos problemas de salud para las mujeres y la necesidad de ellas y de los y las profesionales de disponer de instrumentos nuevos que sean eficaces para las características psicosociales.

En noviembre de 2007 se presentó el modelo y resultados a un grupo de responsables de Consejería, Gerencias de primaria y de Salud Mental de Asturias, de la que ha resultado este Proyecto.

Se propone realizar durante 2009, un **Proyecto Piloto de Atención Biopsicosocial al Malestar en el área VII**. Se propone crear un **Grupo Clave** de profesionales de Atención Primaria y Salud Mental al que formar en el uso del método, que lo aplique en su práctica clínica y que realice en sus Centros de Salud sesiones clínicas y supervisión de casos por profesionales de Salud Mental, grupos de apoyo de Mujeres y seminarios de transmisión teórica a otros profesionales de los EAP. Se propone realizar una **evaluación** de cuarta generación, de proceso, resultados e impacto, con participación de los ámbitos implicados. Y posteriormente **extender el modelo** a otras áreas sanitarias.

2. JUSTIFICACIÓN

- **Planteamiento del problema**

Los problemas de salud que se resumen en **trastornos mentales comunes - ansiedad, depresión y somatizaciones-, junto con síndromes funcionales y dolores sin causa orgánica**, que agrupamos bajo "**síndromes del malestar**"¹ están identificados por OMS² como problemas de salud de las mujeres de alta prevalencia y relevancia y como problema de salud pública. Afectan a las mujeres el doble que a los hombres, se presentan entre ellas con más tendencia a la cronicidad y recidivas y son objeto de diagnósticos sesgados por estereotipos de género, además de derivar con alta frecuencia en prescripción de psicofármacos³.

Este tipo de alteraciones son objeto de las principales quejas subjetivas de las mujeres, manifestadas en los estudios de salud de la población como las Encuestas Nacionales de Salud en España, -entre los 16 y 44 años, el **30%** de las mujeres informan de dolores de cabeza o problemas psíquicos y psicósomáticos, repartidos entre dolor de cabeza, dolores reumáticos y problemas psíquicos. Los porcentajes aumentan con la edad: entre los 45 y 65 años los problemas reumáticos ascienden a **46%** de las mujeres, seguidos de dolores de cabeza, varices y problemas psíquicos.-

Los **malestares psíquicos y somáticos siguen aumentando**. Según datos de Cataluña⁴, la salud percibida desde 1994 a 2002 ha mejorado en ambos sexos y, sin embargo, han empeorado el dolor y malestar, la percepción de salud mental y el padecimiento depresivo, siendo este último el padecimiento crónico que prácticamente más claramente ha aumentado. En resumen, los **trastornos psíquicos, el dolor y el malestar vivido son las quejas de salud más prevalentes en mujeres**.

Estos malestares están **relacionados con el contexto social** y las características culturales que marcan la sociedad actual, y especialmente para las mujeres, se relacionan con los ideales y los consensos de género que marcan sus vivencias. Los malestares dependen de significados personales sujetos a las interpretaciones y expectativas sobre el bienestar y condiciones sociales diferentes en cada cultura. Por tanto, es necesario pres-

¹ Velasco, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Colección Salud 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006b. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>.

² Organización Mundial de la Salud. *Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [On line] www.who.org

³ Organización Mundial de la Salud. *Gender and women`s mental health. 2001*. Disponible en: www5.who.int/mental_health.

⁴ Borrell, Carme y Benach Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Mediterranea, Politiques, 48. Barcelona, 2005.

tar atención a lo que está ocurriendo con el contexto social y los conflictos y vivencias de género que las determinan.

- **Demanda en atención primaria**

Estas quejas observadas a nivel de la población general aparecen como **demandas en los servicios sanitarios**, siendo uno de los motivos de consulta de alta frecuencia en los servicios de atención primaria. Se calcula que entre el **30%** y el **60%** (entre el **73%** y el **80%** de los pacientes de este tipo son mujeres⁵) de todas las visitas en atención primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica⁶ y que resultan relacionados, bien con diagnósticos de trastornos mentales comunes, como depresión (**25%** de pacientes)⁷, ansiedad (**38%** de los y las pacientes⁸), o con somatizaciones (**58%**⁹, con algunos tipos de dolor incluido, o bien quedan como signos y síntomas mal definidos y sin causa médica demostrable (el **13%** de los diagnósticos en mujeres en atención primaria¹⁰).

Como decía Mercedes de Onís, ya en 1992, en su informe sobre el Estado de Salud de las Mujeres en España:

“la demanda que se produce con base en estos problemas debe ser satisfecha, la planificación de los servicios en base a esta información es imperiosa”. (de Onís, 1992)

Actualmente, no podemos decir que se haya producido la atención y planificación necesarias, sino que las demandas por estos problemas de salud continúan siendo un reto para los servicios.

⁵Airzagüena JM, Grandes G, Alonso-Airbiol I, Del Campo Chavala JL, Oleaga Fernández MB, Marco de Juana J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Prim* 2002; 29(9):558-561

⁶Vázquez Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Díez Manrique JF, Peña C. Mental Health and medical consultation in primary care settings. *Psychological Medicine* 1990, 20:681-694.

⁷Organización Mundial de la Salud. Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. [On line] www.who.org

⁸Galaverni E; Pozo Navarro P; Bellini M. Estudio sobre síntomas de pánico en atención primaria. *Aten Primaria* 2005, 36(6):312-6.

⁹Fink, Per. Sørensen, Lisbeth, Engberg, Marianne. Holm, Martin. Munk-Jørgensen, Paul. Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner. Recognition Somatization in Primary Care. *Psychosomatics* August 1999 40:330-338

¹⁰Gervás J. Morbilidad atendida en los servicios de atención primaria. En: Onís M, Villar J. *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Volumen 1. Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1992

- **Modelo de atención biopsicosocial**

Los **modelos de atención**¹¹ y tratamiento basados en atención biomédica se están mostrando escasamente eficaces, ya que se apoyan en la atención a alteraciones fisiopatológicas, que no parecen existir en estos trastornos, y quedan excluidas las circunstancias sociales y las vivencias subjetiva que las determinan¹².

Se ha desarrollado un **modelo de atención biopsicosocial**¹³ que considera la salud y la enfermedad como un proceso determinado tanto por la biología como por el contexto social y la **vivencia subjetiva**, que incluye la intervención en esas tres esferas determinantes y que, además, tiene en cuenta el **género como determinante de salud**¹⁴. Las características principales del modelo (Ampliado en el **apartado 5**)

- Se incluyen las esferas biopsicosociales y de género en la escucha y atención.
- Se perfila la relación médico-paciente como instrumento para causar efectos de sujeto que incluya el contexto social y la subjetividad.
- Atención no medicalizadora.
- Promoción de autonomía de el/la paciente.
- Promoción de grupos de mujeres.
- Se incluyen sesiones clínicas habituales de análisis biopsicosocial de casos. Incluye Cooperación con servicios de Salud Mental.

¹¹ VELASCO, Sara. RUIZ, M^a Teresa, ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. Rev Esp Salud Pública, 2006; 4(80): 317-33. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C_317.pdf.

¹² VELASCO, Sara. Los síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. *Revista Mujer Salud (CAPS)*, Barcelona, 2005, n^o 16.

¹³ VELASCO, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Colección Salud 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006b. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>.

¹⁴ VELASCO, Sara. *Relaciones de género y Subjetividad. Método para programas de prevención*. Instituto de la Mujer y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 2002

- **Resultados existentes de aplicación del modelo**

En un Programa realizado por la autora de este proyecto, para el Instituto de la Mujer, en colaboración con las instituciones sanitarias de la Región de Murcia, se llevó a cabo y evaluó una intervención formativa-asistencial aplicando este modelo en centros de salud.¹⁵

Algunos de los resultados obtenidos sobre una muestra de 412 casos clínicos (349 mujeres y 63 hombres), se localizaron los **factores psicosociales** asociados a los cuadros clínicos de síndromes del malestar, cuya resolución mejoraba el cuadro clínico, que fueron por orden de frecuencia, para las mujeres:

- ❖ **sobrecargas de roles de género y trabajo de cuidadoras,**
- ❖ **conflictos de pareja**
- ❖ **con hijos/as,**
- ❖ **duelos,**
- ❖ **malos tratos y**
- ❖ **doble jornada laboral.**
- ❖ **Otros conflictos con familiares,**
- ❖ **Acosos laboral,**
- ❖ **Enfermedades o accidentes propios.**

Y para los hombres:

- ❖ **conflictos de pareja,**
- ❖ **duelos,**
- ❖ **trabajo o estudios,**
- ❖ **conflictos con hijos/as, y enfermedades o accidentes propios.**
- ❖ **acosos laboral,**
- ❖ **otros conflictos o enfermedades de familiares,**
- ❖ **sobrecargas de roles de género.**

La **efectividad** encontrada del método: El 71% de los hombres y el 46% de las mujeres han mejorado totalmente (desaparecen los síntomas somáticos y anímicos y no se usan psicofármacos) o de forma muy apreciable (desaparecen los síntomas somáticos o bien los anímicos o mejoran ambos y se reduce el consumo de psicofármacos aunque no desaparezca).

¹⁵ VELASCO, Sara; LÓPEZ DÓRIGA, Begoña; TOURNÉ, Marina et al. (2006c) *Evaluación de intervención formativa asistencial sobre atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2003-2006*. Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. (Memoria completa de ejecución inédita).

La frecuencia de mejoría es mayor en los grupos de edad más jóvenes, tanto en hombres (93,7% de los casos de hombres hasta 34 años han tenido mejoría total) como en mujeres (63,9% de mejoría total en ese mismo grupo de edad). Los hombres han mejorado con más frecuencia que las mujeres en todos los grupos de edad.

Se ha recogido media de **descensos de hiperfrecuentación, uso de múltiples pruebas complementarias y poli-consumo de fármacos del 93% en hombres y 77,8% en mujeres**. Y se ha recogido un aumento de la satisfacción de pacientes y médicos/as.

(ANEXO I. Resumen de resultados obtenidos en intervención realizada en la región de Murcia, 2003-2006).

• **Concordancia con líneas estratégicas de Atención Primaria y Salud Mental**

El programa es coherente con líneas prioritarias y objetivos planteados en la **Estrategia en Salud Mental, 2007**, consensuada por las comunidades autónomas y aprobada por el Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad. En esta Estrategia se identifican algunos de los puntos críticos en la atención a la salud mental para los que se recomienda:

- ✓ “
La atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los y las pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial.
- ✓ S
e ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación del profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas.
- ✓
Tanto los equipos de atención primaria como los de salud mental están atendiendo un número creciente de problemas de salud mental, que desborda en muchos casos la capacidad de los mismos, para proporcionar las intervenciones con criterios de buena práctica clínica. (ESM 2007, págs. 93 y 94).
- ✓ O
bjetivos de la Estrategia: Se recomienda que la atención a las personas con trastornos mentales se desarrolle mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria, orientado a los usuarios y las usuarias, ...

Objetivo 4.14. Definir e implantar, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. Se tendrán en cuenta tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo. (ESM 2007, pág. 103).

En el proceso de evaluación y revisión de la Estrategia, que se está llevando a cabo durante 2009, se están discutiendo nuevos objetivos y recomendaciones encaminadas a matizar más la realidad de la alta y creciente prevalencia de ansiedad, depresión y so-

matizaciones y su doble prevalencia en mujeres. Así como la conveniencia de utilizar el método biopsicosocial en su abordaje en Atención Primaria.

•Necesidades sentidas y estrategias en Asturias.

Existe necesidad en la población general de que sean tenidas en cuenta y atendidas las principales quejas de salud que están motivando la mala salud percibida y mermas en la calidad de vida, especialmente de las mujeres, teniendo en cuenta que las usuarias y usuarios de los servicios de atención primaria no están encontrando satisfacción y resolución de los problemas, lo cual motiva la insistencia de la demanda no resuelta con la consecuente hiperfrecuentación y abuso de servicios.

En el estudio sobre "*La salud de las mujeres en Asturias*" se identifica la mayor frecuentación de las mujeres en los servicios de atención primaria y se apunta como recomendación:

... "investigar en las mujeres el malestar etiquetado como patología psicosomática o síntomas y signos inespecíficos, y conocer su magnitud y caracterizar las causas que están motivando esta expresión". (Carmen Mosquera, 2002: 71)¹⁶

Para los y las profesionales, también existe la necesidad de contar con instrumentos y modelos de atención para atender estos cuadros clínicos, de pacientes considerados difíciles, y frente a quienes se sienten impotentes y frustrados porque no responden a los recursos biomédicos habituales y que generan alta presión asistencial.

Una de las recomendaciones, para resolver este problema, del informe sobre la Salud de las Mujeres en Asturias (2004) es:

"Incorporar a los programas de formación continuada del CGSalud, talleres dirigidos a las direcciones y a los profesionales del sistema, con contenidos relacionados con:

- ❖ *Las formas actuales de enfermar*
- ❖ *Los policosumos, la iatrogenia, el uso racional de la receta y el medicamento por parte del sistema y de la población*
- ❖ *Las alternativas de Educación y Promoción de la Salud y la medicina comunitaria y social*
- ❖ *La adquisición por parte de los y las profesionales socio-sanitarios de habilidades y técnicas de abordaje bio-psico-social que les refuerce en acerca-*

¹⁶ MOSQUERA, Carmen (coord). *La salud de las mujeres en Asturias*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Principado de Asturias, 2002.

mientos integrales, menos intervencionistas, más respetuosos con las personas y sus procesos vitales.” (Marian Uría, 2004:52)¹⁷

- **Antecedentes de la actividad en Asturias**

En línea con el interés y trabajos previos, tanto del Instituto Asturiano de la Mujer, como de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, sobre el abordaje de los problemas de salud relacionados con el malestar de las mujeres, (y también de los hombres aunque los presenten con menor frecuencia), y la aplicación de modelo biopsicosocial con perspectiva de género en los servicios, fue convocada en noviembre de 2007 una **reunión de presentación** del Modelo y de los resultados existentes, a profesionales con responsabilidades en gerencias de primaria y salud mental.

- **Propuesta**

Por todo ello, **la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer y del Principado de Asturias**, proponen promover la aplicación del modelo de atención biopsicosocial para los síndromes del malestar, realizando formación a profesionales de atención primaria en Asturias, organizando estratégicamente la extensión progresiva del modelo, propuesta a la que obedece el presente proyecto.

¹⁷ URÍA URRAZA, Marian (coord.) *La salud de las mujeres en Asturias. investigación cualitativa con grupos de discusión*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2004.

3. OBJETIVOS

- **Objetivo general**

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

- **Objetivos estratégicos**

1. Pilotar el programa de Atención Biopsicosocial (BPS), con inclusión de atención a la subjetividad y el género, para la atención a los síndromes del malestar en los servicios de Atención Primaria en cooperación con los servicios de Salud Mental.
2. Realizar y evaluar una experiencia formativo-asistencial con criterios de intervención de buenas prácticas con el objetivo de ampliarla al conjunto de la red asistencial.

- **Objetivos instrumentales**

3. Favorecer cambios de los factores psicosociales de género y cambios de posición subjetiva de los y las pacientes
4. Mejorar los síntomas somáticos o anímicos de los síndromes del malestar
5. Mejorar los indicadores indirectos de malestar de uso de servicios:
 - a. hiperfrecuentación
 - b. multiuso de servicios y pruebas complementarias
 - c. poli-consumo de fármacos
 - d. insatisfacción.
6. 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. POBLACIÓN DESTINATARIA

Los destinatarios del programa en esta fase serán los profesionales técnicos/as y asistenciales de atención primaria de salud y salud mental del Servicio Asturiano de Salud y usuarios/as de servicios sanitarios en el ámbito comunitario.

Los destinatarios finales son los pacientes que presentan síndromes funcionales y dolores sin causa orgánica así como trastornos mentales comunes – ansiedad, depresión y somatizaciones.

5. EL MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIKOSOKIAL

Marco conceptual. Tratamos los cuadros clínicos - trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y somatizaciones), síntomas somáticos y dolor sin causa orgánica y síndromes funcionales-, bajo el concepto de *síndromes del malestar* (SIMA) de las mujeres con un enfoque que los unifica a través de su significado y asociación con factores psicosociales determinantes, proponiendo un abordaje y tratamiento integral biopsicosocial que incluya los determinantes de género y la subjetividad; considerándolos independientemente del posible diagnóstico biomédico que, si bien tendrá importancia para un posible tratamiento farmacológico o biológico, es compatible, y en absoluto excluyente, con el abordaje psicosocial.

Lo que se trata es el *malestar psicosocial* definido como el sufrimiento que mientras no puede ser descifrado y expresado en palabras, aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable. La intervención se dirige a los factores psicosociales determinantes o asociados a los cuadros clínicos.

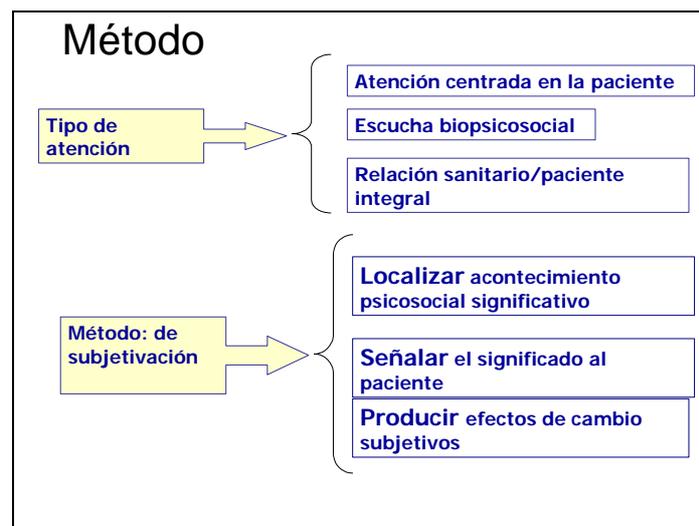
Los marcos teóricos que sustentan el diseño del método de atención y modelo de intervención son: el área del conocimiento médico y las teorías contextuales de la salud, principalmente el marco de comprensión biopsicosocial de la salud¹⁸:

- **Modelo biopsicosocial** (Engel, 1977; Tizón, 1988, 2000; Borrel i Carrió, 2002; Velasco, 2006 y 2009): concepción de salud-enfermedad como proceso en el que intervienen la esfera biológica, y las esferas social y psíquica, de manera que dicho proceso está determinado por las condiciones y disposiciones físicas individuales, el contexto social en el que la persona se ha desarrollado y vive y la experiencia vivida en la que interaccionan el contexto y la subjetividad.
- **Perspectiva de género** (Mabel Burin, 1991; Asunción González de Chávez, 1993; Atie van den Brink-Muinen, 1997; Kirsti Malterud, 2000; Sara Velasco, 2006 y 2009): el género es utilizado como categoría de análisis para el contexto social y la experiencia vivida, interviniendo el análisis

¹⁸ El desarrollo teórico se encuentra en el libro VELASCO, Sara. *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud*. Colección Salud nº 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>

sis de los consensos y estereotipos sociales de género cómo de sus efectos internalizados sobre la subjetividad.

- Teoría de la subjetividad** (Silvia Tubert, 1988 Mabel Burin, 1991; Asunción González de Chávez, 1993; Sara Velasco, 2006 y 2009) 19, incluyendo los mecanismos de la subjetividad y los conceptos de relación inter-subjetiva y utilizando como instrumento principal la relación sanitario/a-paciente. Con un método basado en un proceso de comprensión **psicosocial** y de **subjetivación**: **Localizar**: Hechos biográficos significativos asociados a los síntomas y localización de posiciones subjetivas frente a ellos. **Señalarlas** al paciente. **Producir corrección subjetiva**: descifrar la relación de los síntomas con los factores psicosociales y con la posición subjetiva; desacoplar identificaciones enfermantes produciendo **efectos de sujeto** (Velasco, 2006).

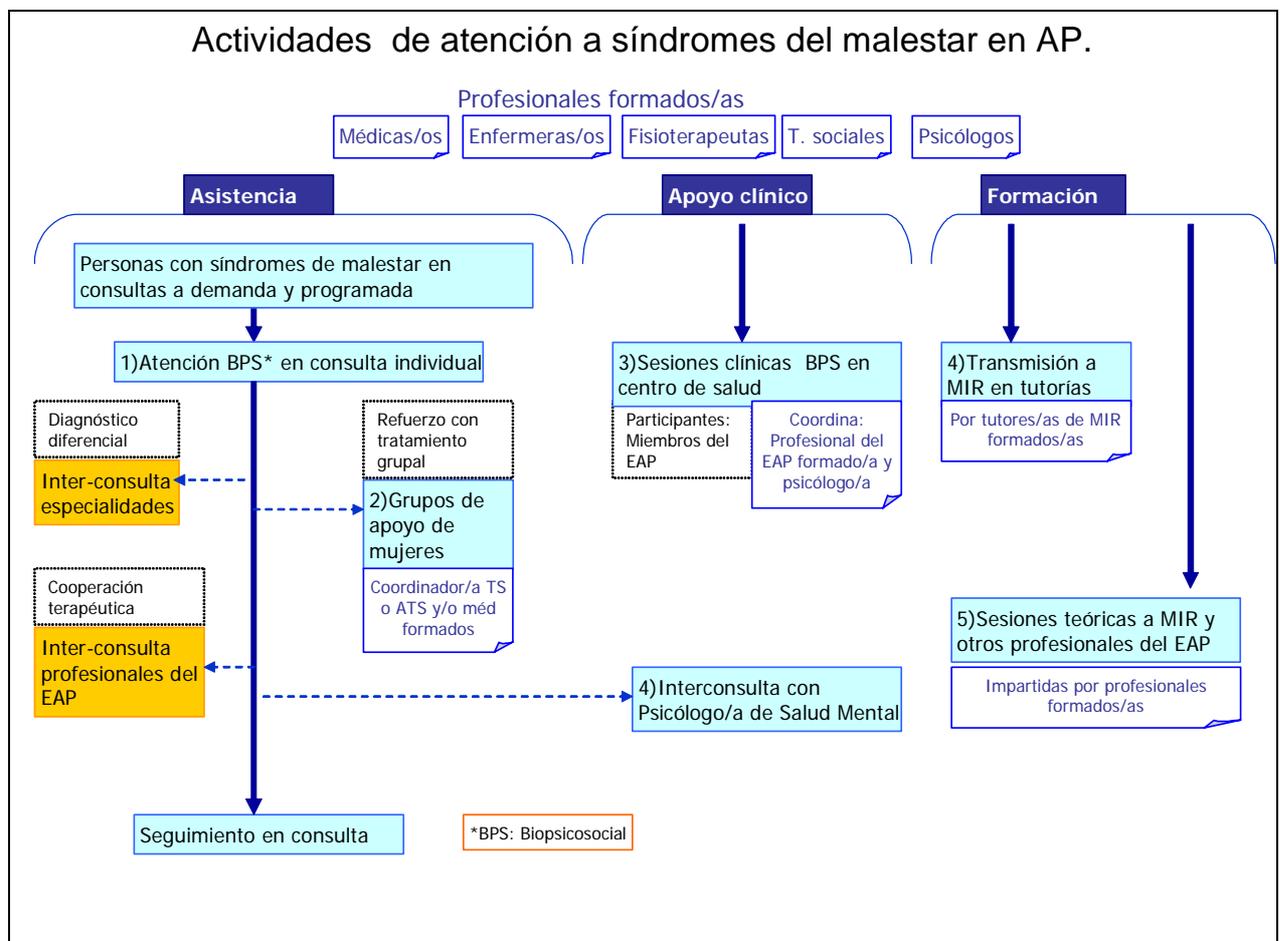


- ¹⁹ ENGEL George. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Scien* 1977;196:129-36.
- BORREL I CARRIÓ, Francesc. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9;
- BRINK MUIEN, Atie van den. Women`s health care: for whom and why?. *Soc Sci Med*; 44(10):1541-51.
- BURIN, Mabel. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
- GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M^a Asunción. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid: Siglo XXI, 1993
- MALTERUD, Kirsti. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000 Oct; 32(9): 603-11.
- TIZÓN, Jorge L. *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1988
- TUBERT, Silvia. *La sexualidad femenina y su construcción imaginaria*. Madrid: El Arquero, 1988.
- VELASCO, Sara. *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. Colección Salud 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006
- VELASCO, Sara. *Sexos, Género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Biblioteca Nueva, 2009.

El **Modelo de intervención en cooperación** entre atención primaria y salud mental contiene:

- **Intervención BPS de en consulta médica**
- **Sesiones clínicas BPS en los Centro de Salud, coordinadas pro psicólogos/as**
- **Supervisión de casos individuales con psicólogos/as de Salud Mental**
- **Grupos de apoyo de mujeres en los CS y/ó ámbito comunitario**
- **Seminarios de formación continuada en los CS**
- **Participación de usuarios y usuarias**
- **Evaluación de cuarta generación.**

Con el siguiente algoritmo:



5. ACTIVIDADES

FASE 1 – junio-diciembre 2009

- Planificación del Proyecto

❖ Colaboración con el Grupo Promotor

La experta colaborará con el Instituto Asturiano de la Mujer y la Consejería de Salud que encargan este proyecto, y el Grupo Promotor para organizar, hacer seguimiento y evaluar el Proyecto Piloto de Atención Biopsicosocial para el Malestar de las mujeres en los servicios de atención primaria del área VII.

❖ Diagnóstico de situación de los SIMA en el área VII. De junio a septiembre 2009

El equipo promotor realizará un análisis de la atención a los SIMA en el área VII a partir de la información disponible al respecto: OMIC, Encuesta de Salud 2008,....

Se plantea utilizar también una encuesta de sondeo de preguntas abiertas a profesionales de atención primaria del área sobre las características estimadas del proceso de atención a los síndromes del malestar, que permita un acercamiento a la descripción cualitativa de este proceso. (ANEXO II)

- Formación del Grupo clave de profesionales de Área VII

Las instituciones asturianas convocantes identificarán profesionales para componer el **Grupo Clave formativo/asistencial de profesionales del área VII (Mieres)**. Se propone un grupo multiprofesional de **entre 25 y 30 profesionales del Área de Salud** que recibirán la formación externa, y de los que se espera que apliquen en su práctica clínica el Modelo BPS completo en sus Centros de Salud; que participen en la evaluación de proceso, resultados e impactos y que extiendan la formación posteriormente a los demás profesionales de atención primaria.

Su perfil seguiría los siguientes criterios mínimos:

- 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 trata de contar con los profesionales que serán necesarios para realizar todas las actividades del modelo, por lo que en la composición del grupo convendrá contar, además de médicos/as, con los psicólogos/as de servicios de Salud Mental que sean necesarios para asignar a los centros de salud seleccionados del área para supervisar casos y coordinar sesiones clínicas, y profesionales -trabajadora social o enfermera/o u otros profesional con formación grupal previa-, que puedan poner en marcha grupos de apoyo de mujeres en los centros de salud o bien en recursos comunitarios.

❖ Redacción de la guía de funcionamiento experimental para el área y los CS.

De junio a septiembre de 2009.

Se redactará una guía operativa y sencilla de funcionamiento de todos los componentes del modelo de atención,- consulta individual, supervisión de casos, sesiones clínicas, grupos de apoyo de mujeres, y seminarios de presentación e inicio en el propio equipo en el centro de salud. . Estipulará los criterios de exclusión y de derivación en cada actividad, y distribución de funciones. Señalará las funciones de los responsables funcionales en el área experimental y en los CS seleccionados. Incluirá propuesta de modelo de registro de datos para indicadores de evaluación.

Esta guía, tras su discusión con responsables de Asturias y del Grupo Promotor, se propondrá al Grupo Clave en el Curso Básico, con cuya participación se matizará para su viabilidad, y se esperará su uso paulatino.

6. ACTIVIDADES

FASE 2. Año 2010

❖ Impartir Formación para el Grupo Clave. Febrero, 2010.

Dirigida a: los y las profesionales del Grupo Clave del Área Sanitaria VII –Mieres. .

Objetivos: Los objetivos de la formación serán:

- ❖ Para **médicos/as de familia y pediatras**, capacitar para **aplicar el método biopsicosocial en la práctica clínica** de atención primaria, incluyendo atención a la subjetividad y a los determinantes de género en los síndromes del malestar.
Capacitar para alcanzar los objetivos asistenciales que se evaluarán posteriormente y que son los siguientes:
 - ❖ **Conseguir efectos terapéuticos:** producir cambios en posición subjetiva de los y las pacientes; mejoría de los síntomas somáticos y anímicos.
 - ❖ **Mejorar los indicadores indirectos de malestar**
 - Hiperfrecuentación de los servicios
 - multiuso de pruebas complementarias
 - Poli-consumo de fármacos y psicofármacos
 - Insatisfacción de pacientes y profesionales
- ❖ Para **psicólogos/as** de salud Mental: **conocer** el método que aplicarán los profesionales de primaria. **Adaptar** el marco conceptual dinámico, biopsicosocial y de género para supervisar casos clínicos individuales de los profesionales de primaria y de coordinación dinámica de sesiones clínicas biopsicosociales en centros de salud con las peculiaridades de los síndromes del malestar.
- ❖ Para **enfermeras/os y trabajadoras/es sociales:** para ampliar el método en su práctica asistencial y colaborar en el proceso de formación de otros profesionales. Se espera que ya cuenten con formación y experiencia en coordinación de grupos de mujeres, se tratará de que sean capaces de poner en marcha y coordinar grupos de apoyo de mujeres en los CS o en recursos comunitarios añadiendo a su marco teórico-práctico el método biopsicosocial para los síndromes del malestar.

- ❖ Para **todos los profesionales** del grupo: capacitarles como formadores/as para transmitir y extender posteriormente la misma formación a otros profesionales de atención primaria.

Actividades formativas²⁰:

❖ **Curso básico Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. 40 horas.**
Febrero 2010

Con el objetivo de que el Grupo Clave sea capaz de aplicar el modelo en la práctica clínica diaria. **(ANEXO III. Programa del curso)**.

Impartido por la docente externa.

❖ **2 sesiones clínicas biopsicosociales didácticas de 3 y 1/2 horas. Mayo Junio 2010**

Contendrán un triple objetivo:

- ❖ Avanzar en el análisis práctico de casos clínicos.
- ❖ Ampliar formación teórica-clínica complementaria.
- ❖ Adaptar interprofesionalmente -psicólogos/as futuros coordinadores de sesiones -, a la práctica de sesiones clínicas biopsicosociales.

(ANEXO IV. Programa de sesiones clínicas BPS didácticas).

Coordinadas por la docente externa. (Ver **apartado 9. Cronograma**)

❖ **Seguimiento activo y supervisión on line de la aplicación clínica**

Desde el comienzo del curso básico hasta el final del año, la docente externa estará disponible para consultas *on line*, con estimulación activa de comunicaciones y asesoramiento continuo sobre casos clínicos. Este seguimiento se prolongará en 2010 para todos los profesionales del grupo clave, durante la aplicación piloto de las actividades en sus centros de salud, con seguimiento de sesiones clínicas y seminarios de presentación que impartan.. Así mismo, el seguimiento será una fuente cualitativa de información del proceso para la evaluación.

❖ **Curso de formación de formadores/as sobre Dinámica grupal, método didáctico y FODA. 20 ½ horas. 2ª Sesión clínica didáctica**

La formación de formadores/as se completará con un este curso de método didáctico con el doble objetivo de:

²⁰Se plantea la acreditación por el IAAP de las actividades docentes.

- ❖ Proporcionar conocimientos sobre **dinámica grupal y método dinámico** para impartir seminarios específicos sobre atención al malestar, para su próxima actividad de presentación de seminarios en sus centros de salud y para el futuro plan de extensión a otras áreas.
- ❖ Revisar y practicar las pautas didácticas del curso (diapositivas, objetivos internos de módulos y diálogos, etc...).
- ❖ Realizar **análisis FODA** del proceso, para identificar puntos críticos y propuestas de mejora, siendo actividad de evaluación participativa en proceso.

20 ½ horas lectivas distribuidas en tres días consecutivos. (Ver apartado 9. Calendario y cronograma)

(ANEXO V. Contenido y método de Seminario de dinámica grupal, método didáctico y FODA).

Será optativa la posibilidad de realizar un seminario de discusión y adaptación metodológica por separado a psicólogos/as, según las características que haya ido tomando el grupo en las etapas anteriores de la formación.

- **Actividades de aplicación del modelo en los Centros de Salud. Segundo semestre del 2010**

Una vez impartida la formación, los y las profesionales del Grupo Clave aplicaran las actividades del modelo en los centros de salud de su área de referencia, coordinados por la persona o personas responsables en Consejería y IAM y del Grupo Promotor.

Al final del curso básico se les habrá propuesto la **guía de funcionamiento del modelo** que irán aplicando paulatinamente.

- ❖ **Presentación del modelo en los CS.**

Los profesionales del grupo clave impartirán un seminario teórico en los CS que servirá de presentación del modelo a los demás profesionales de los EAP de los CS participantes. Además servirá como primer ejercicio práctico de formación de los formadores/as. Se impartirá una vez acabada la formación de formadores y dará paso al comienzo de sesiones clínicas en los CS.

- ❖ **Aplicación del método en consulta:**

Cada profesional asistencial del grupo clave comenzará a aplicar el método con pacientes desde el final del primer curso básico. La aplicación en la clínica se considerará de Nivel 1 para la evaluación.. Los y las profesionales que asistan al seminario de presentación y a las sesiones clínicas de su CS, podrán ir aplicando también el método en su

práctica clínica. La recogida posterior de sus casos para evaluación se desagregará por su nivel de formación (Nivel 2).

❖ **Supervisión de casos:**

Por psicólogos/as a demanda de sanitarios/as: los psicólogos/as del grupo clave empezarán a supervisar casos a demanda de sanitarios/as de primaria desde el curso básico y se añadirán los profesionales que lo demanden de Nivel 2

❖ **Sesiones clínicas BPS:**

Mensuales en CS. Coordinadas por psicólogos/as de Salud Mental, realizadas en el horario de FC en los centros de salud seleccionados y con participación de los miembros del EAP. Se pondrán en marcha al finalizar las sesiones clínicas didácticas con la docente externa, y después de haber presentado el modelo en los CS. .

❖ **Grupos de apoyo de mujeres:**

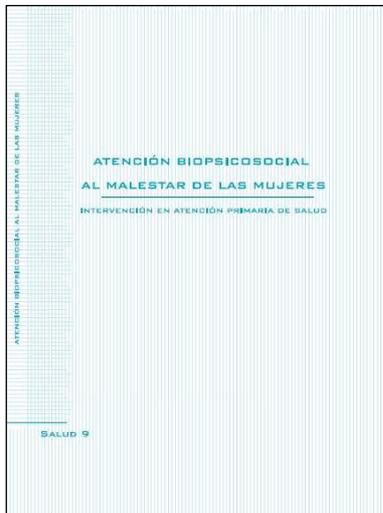
En CS y/o en recursos comunitarios, coordinadas por trabajadoras/es sociales y/o enfermeras u otro profesional formado. Simultáneamente se tratará de poner en marcha grupos con pacientes con malestar derivadas por los sanitarios/as del EAP.

❖ **Seguimiento on line de la aplicación del modelo.**

La docente externa estará disponible para consultas on line, con estimulación activa de comunicaciones y asesoramiento continuo sobre la aplicación piloto de las actividades en los centros de salud, con seguimiento de seminarios de presentación que impartan, sesiones clínicas, supervisiones de casos y desarrollo de los grupos de mujeres, para todos los profesionales del grupo clave. Así mismo, el seguimiento será una fuente cualitativa de información sobre proceso para la evaluación.

❖ **Plan de extensión a otras áreas: a partir de 2011.**

7. MATERIAL DIDÁCTICO

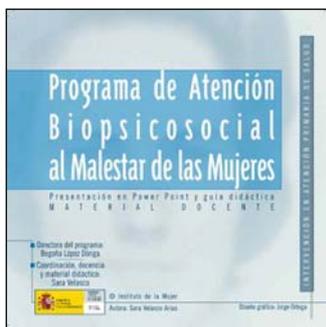


Velasco, Sara. Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Colección Salud nº 9. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006. 255 páginas. Publicación gratuita.

Es el texto básico para la formación. Contiene el desarrollo teórico sobre el modelo de atención BPS y análisis didáctico de casos, así como casos reales de médicas de Atención Primaria analizados en profundidad.

Disponible en:

<http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf>



Velasco, Sara. Material didáctico para curso de formación de Atención biopsicosocial al Malestar de las Mujeres.

Editado en CD-ROM por Instituto de la Mujer, 2006

100 Diapositivas en Power Point, diseñadas en 5 bloques temáticos para que las personas formadas impartan el curso básico a otros profesionales. Contiene una guía en papel para usar las diapositivas con el método didáctico inductivo.



VELASCO, Sara; LÓPEZ DORIGA, Begoña; TOURNÉ, Marina, CALDERÓ, M^a Dolores ; I BARCELÓ, Inmaculada y LUNA, Consuelo. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria".

En: Elizabeth Mora Torres, Albert Gras i Martí (coords.) *Medicines i Gènere. El torsimany necessari. Feminismos nº 10*, Centro de Estudio de la Mujer, Universidad de Alicante, 2007.



VELASCO, Sara. RUIZ, M^a Teresa. ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. "Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres". *Rev Esp Salud Pública*, 2006; 4(80): 317-333.

8. CRONOGRAMA



Tabla 1. Cronograma del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria. Área VII –Mieres. Asturias, 2009-2010

Res-ponsa-bles	Grupo promotor: Dirección General de Salud Pública. Instituto Asturiano de la Mujer. Servicio de Salud Mental. Gerencia del Área VII. Experta del Programa.												
	Planificaci ^o n y gesti ^o n	FASE 1. Formación del grupo clave. 2009-2010				FASE 2. Intervención asistencial en área VII-Mieres. 2010 y Evaluación							
Activi-dad	Planificación. Creación del Grupo Promotor. Gesti ^o n.	Curso básico	Sesiones clínicas didácticas	Curso de método, formación de formadore/as	Seguimiento <i>on line por la experta</i> de clínica y actividades del grupo clave.	Seminarios teóricos en CS. Imparte: formador/as de grupo clave	Aplicación del método en consulta Nivel 1: Prof clave. Nivel 2: prof. de EAP	Supervis ^o n por psicólogo o/a de Salud Mental	Sesiones clínicas BPS en CS. Coordina: psicólogo/a de SM	Grupos de mujeres en CS. Coordina: TS, Enfer. o Psi.	Registros y trabajo de campo para evaluación	Análisis e informe de evaluación	Plan de extensión
Junio a septiembre 2009	Análisis de situación. Diseño de evaluación.	Identificar grupo clave y convocatoria									Diseño de evaluación y registros de datos		
Febrero 2010	Guía de funcionamiento de la intervención en CS	Curso básico. 40 h.			Prof. clave aplican clínica. Seguimiento on line								
Marzo 2010			1º Sesión clínica didáctica		Prof. clave aplican clínica. Seguimiento on line						Registro de datos de consulta de prof. clave		
Abril 2010				2ª Sesión clínica. Curso de método y FODA. 20 h.	Prof. clave aplican clínica. Seguimiento on line						Registro de datos de consulta de prof. clave		
Mayo 2010					Prof. clave aplican clínica y actividades en CS. Seguimiento <i>on line</i>	Presentación-seminario en CS.					Registro de datos de consulta de prof. clave		
Junio a Septiembre 2010					Prof. clave aplican clínica y actividades en CS. Seguimiento <i>on line</i>		Prof. De Nivel 1 y 2 aplican el método en su clínica	Supervis ^o n de casos	Sesión clínica mensual en CS	Grupos de mujeres en CS	Registro de datos de consulta y actividades del área VII		
Octubre a Diciembre 2010					Prof. clave aplican clínica y actividades en CS. Seguimiento <i>on line</i>		Prof. De Nivel 1 y 2 aplican el método en su clínica	Supervis ^o n de casos	Sesión clínica mensual en CS	Grupos de mujeres en CS	Recogida de registros y Grupos de discusión	Análisis de datos e informe	Programar Plan de extensión

9. ANEXOS

ANEXO I.

Resumen resultados Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres en Atención Primaria de Salud²¹.

Programa realizado por el Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en colaboración con Instituto de la Mujer del al Región de Murcia y Servicio Murciano de Salud.

Se realizó en 2006 evaluación de proceso, resultados e impacto de la intervención asistencial piloto con los siguientes objetivos. Evaluar:

- la aplicabilidad del modelo en las condiciones actuales de organización de los servicios.
- la sostenibilidad de las actividades del modelo en el tiempo y con recursos propios.
- la utilidad y beneficios encontrados para la práctica médica
- la efectividad en términos de resultados de salud por la aplicación del método clínico, medida mediante el alcance de los objetivos instrumentales de la intervención.

Evaluación de proceso. Participan en la intervención piloto 32 profesionales de Nivel 1 y 17 de Nivel 2. Aportan registros de actividad para la evaluación 27 profesionales.

Todas las actividades (atención de casos en la clínica, grupo de apoyo de mujeres, supervisión de casos, sesiones clínicas, seminarios en FC y tutorías a MIR) se han podido realizar íntegramente sin incremento de recursos, con los recursos humanos existentes de AP formados previamente y los de Salud Mental. La evaluación misma, sin embargo, se ha realizado con recursos del Instituto de la Mujer en colaboración con los y las sanitarias.

Los beneficios de la aplicación del conjunto del modelo de atención declarados por los y las participantes de AP han sido: 1. Aumento de percepción de lo psicosocial y de la comprensión, seguridad y satisfacción en el abordaje de pacientes con malestar. 2. Valores nuevos añadidos para la práctica: la relación profesional-paciente y los componentes psicosociales de género y los efectos del método sobre la subjetividad. 3. Descubrimiento del género como determinante de salud y el método biopsicosocial aplicable también para otros problemas de la práctica clínica. 4. Beneficio para la vida personal por la comprensión del funcionamiento psicosocial y de género.

La valoración de los psicólogos y psicóloga de Salud Mental participantes es: 1. Modelo de intervención biopsicosocial muy valioso para AP. Resulta asequible, flexible y aplicable, muy operativo. 2. Modelo de relación entre Atención Primaria y Especializada basado en la cooperación, que sustituye al de derivación y que puede mostrarse efectivo y eficiente sin requerir la inversión en nuevos recursos materiales y humanos. 3. Cambio diametral de la visión que se tiene en Salud Mental sobre el trabajo que realizan los profesionales de AP, mejora de las relaciones AP-SM. 4. Potencial descenso de la demanda por síndromes del malestar, ya que muchos pacientes no se cronifican y no llegarán a Salud Mental.

El modelo se ha mostrado sostenible, ya que las personas formadas aplican en la consulta el método de forma mantenida en el tiempo (de 3 meses a 3 años después). Además, se ha alcanzado un número crítico de profesionales de Nivel 2 que han continuado aplicando el método y autogestionando sesiones clínicas, seminarios teóricos y grupos de mujeres, aún después de terminado el periodo piloto de evaluación y dispuestas/os a extender el modelo.

Evaluación de resultados. Los y las profesionales participantes estiman una prevalencia de síndromes del malestar en el 30% de sus pacientes (80% de los cuales son mujeres).

Se registra una muestra de 412 casos (349 de mujeres y 63 de hombres). El 95% son declarados por médicos/as y el 5% por enfermería y trabajo social. El rango de edad atendido es de 8 a 91 años. Y el grupo de edad más frecuente ha sido de 35 a 54 años (51,4% de los casos). Se recoge un 2% de niños/as y adolescentes.

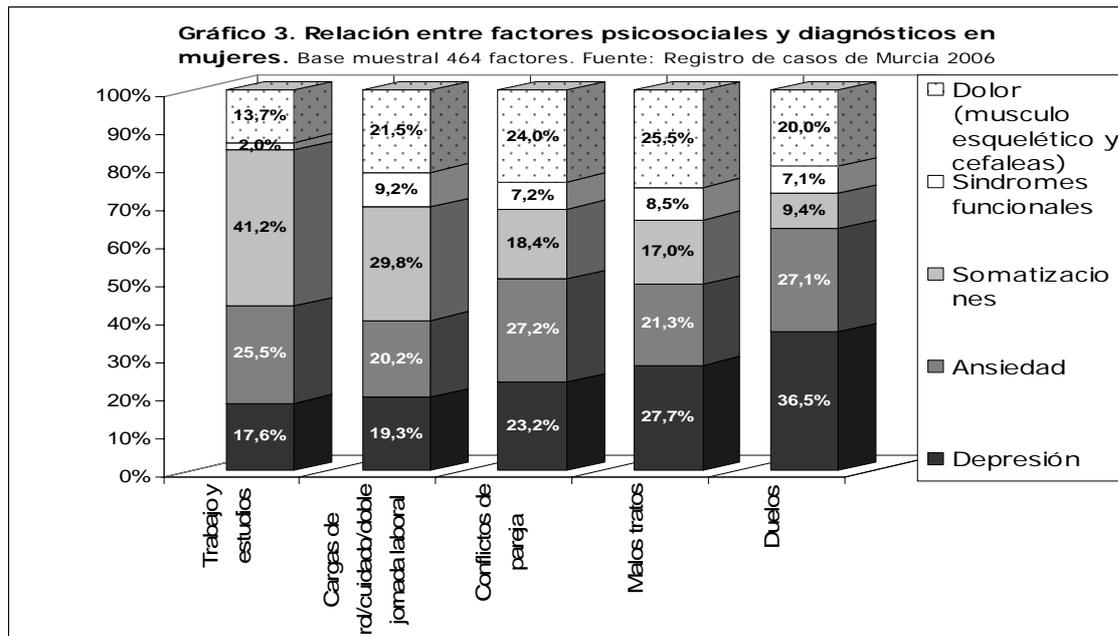
²¹ VELASCO, Sara. LÓPEZ DÓRIGA, Begoña. TOURNÉ, Marina. CALDERÓ, M^a Dolores. BARCELÓ, Inmaculada. LUNA, Consuelo. *Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria*. Centro de Estudios de la Mujer. Universidad de Alicante. Feminismos, 2007; nº 10.

Cuadros clínicos tratados. Los cuadros clínicos más frecuentes encontrados son, para las mujeres, síntomas y síndromes funcionales (57,9%), ansiedad (38,4%), depresión (37,8%) y dolor (músculo-esquelético y cefaleas) (36,1%). Es de destacar que se han tratado 31 casos de fibromialgia y 3 de fatiga crónica (todos en mujeres) y 7 casos de colon irritable (1 en un hombre). Mientras que para los hombres, los más frecuentes son también los síntomas somáticos (58,7%), aunque no se encuentran entre ellos síndromes funcionales, sino principalmente somatizaciones de tipo cardiovascular (opresión precordial, dolor torácico no cardíaco y palpitaciones) y ansiedad (41,3%), incluso más que en las mujeres y los síntomas anímicos (41,3%). Varía en los hombres la menor frecuencia de dolor (22,2%) y especialmente la depresión (17,5%) con la mitad de frecuencia que en mujeres. En edades más jóvenes es más frecuente la ansiedad y, en los siguientes grupos de edad, aún manteniéndose las somatizaciones y la ansiedad en cabeza en ambos sexos, va aumentando en mujeres la importancia relativa de la depresión y los dolores músculo-esqueléticos y aparecen la fibromialgia y fatiga crónica, que son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres a todas las edades. La comorbilidad entre los diversos cuadros que se han encontrado es del 40% en mujeres y 25% en hombres.

Factores psicosociales asociados. Se identifican factores psicosociales que son aquellos que están teniendo significado subjetivo enfermante para cada paciente. Los principales determinantes psicosociales para las mujeres son las cargas del rol tradicional –incluyendo sus efectos de dependencia, aislamiento y falta de red social- y el trabajo de cuidadora (27%), seguido de los conflictos de pareja (20%). Los conflictos con, o enfermedades de hijos/as (15,3%) son el tercer factor para las mujeres. Siguen los duelos en cuarto lugar (12,3%). Los malos tratos por la pareja o expareja, son el 6,5% de los casos de mujeres (se han registrado 26 casos de malos tratos en mujeres y 1 en un hombre) y tiene para ellas prácticamente la misma frecuencia que los conflictos en el trabajo o con los estudios. La doble jornada laboral afecta al 3,4% de los casos siendo un factor exclusivo de las mujeres.

Para los hombres los conflictos de pareja, incluyendo las separaciones, es el factor más frecuente (25%) seguido de los duelos (20,3%) y en tercer lugar, conflictos en el trabajo o con los estudios (14,1%). Accidentes o enfermedades propios, junto con cargas del rol tradicional y el trabajo de cuidador 7,8%, igual en ambos factores.

Por grupos de edad, en niños, niñas y adolescentes, por orden de frecuencia, acoso escolar, la separación de los padres y la muerte de abuelos (y en un caso la de una amiga y la madre en otro). Para los chicos hasta 24 años, a estos factores se añaden conflictos de pareja como único otro factor. Mientras, para las jóvenes hasta 24 años, además de conflictos de pareja, aparecen la doble jornada laboral, los malos tratos y conflictos con los hijos/as. En los siguientes grupos de edad, para las mujeres van aumentando progresivamente las cargas de rol tradicional y cuidado, los malos tratos, y los conflictos con los hijos/as y en el grupo más numeroso en la muestra, el de 45 a 64 años, en las mujeres, el 80% de los factores son sobrecarga de rol y dedicación al cuidado y soporte de los otros –cargas de rol, cuidado, conflictos de pareja, problemas con hijos/as, malos tratos y doble jornada laboral-. Mientras que para los hombres, en ese mismo grupo de edad, el 81% de los factores corresponden a conflictos de pareja, pérdidas, problemas en el trabajo o con los hijos/as y enfermedades propias.



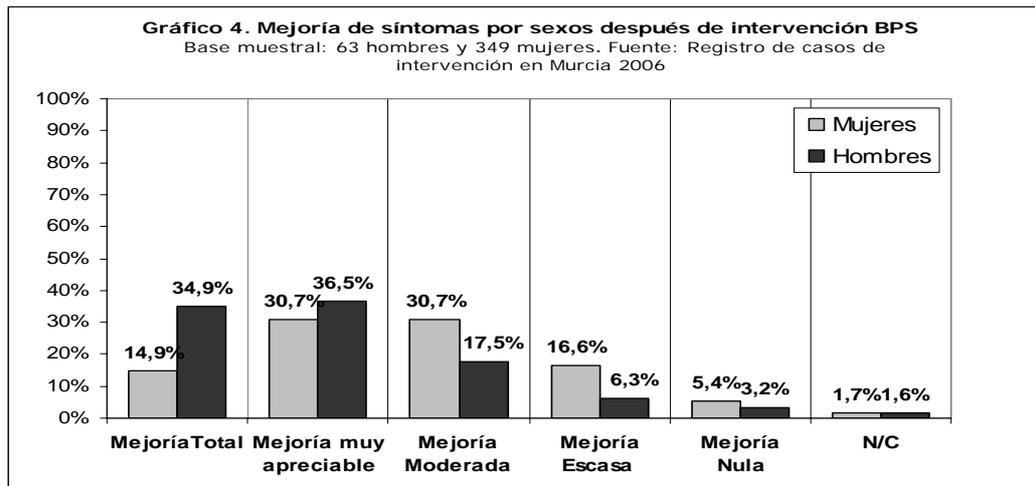
Se ha analizado la correlación que pueda existir entre diagnósticos y factores psicosociales. Se han encontrado relaciones significativas para las mujeres. En los casos en que aparece duelo, aun sumado a otros factores, se asocia con depresión el 36,5% de las veces, apareciendo como el más depresógeno, seguido de los malos tratos, aunque parece que en las mujeres son depresógenos cualquiera de los factores psicosociales y que cualquiera de ellos se relaciona con todas las manifestaciones del malestar. Los problemas de trabajo y estudios, sin embargo, son los que se asocian más claramente con mayores niveles de ansiedad -somatizaciones diversas (41,2%) y ansiedad (25,5%-, y menos con depresión (17,6%) y dolor (13,7%), teniendo en cuenta que es un factor más frecuente en mujeres jóvenes, también por ello más tendentes a ansiedad. (Gráfico 3)

Resultados de mejoría clínica. En cuanto a la mejoría producida en los casos por la intervención BPS, se estima en base a dos conceptos: los cambios psicosociales y subjetivos y la mejoría clínica en sí misma.

El efecto de cambio subjetivo implica que el o la paciente, mediante la localización de la circunstancia biográfica o factor psicosocial significativo y el desciframiento y señalamiento de la relación con su sintomatología, realizada con el o la profesional, se da cuenta de la posición pasiva y/o enfermante en que se encuentra e inicia cambios, tanto en sus circunstancias sociales como en la posición frente a ellas. La mejoría clínica de los síntomas y la disminución o suspensión del uso de fármacos son consecuencia de estos efectos de cambio previos. Así, se han producido efectos de cambio en el 77% de las personas atendidas, prácticamente igual en ambos sexos. Sin embargo, este resultado es bastante diferente según el nivel de formación del profesional que atiende. La eficacia de profesionales con el Nivel 2 más avanzado, es el doble (cambios en el 80,2% de las mujeres y el 78% de los hombres) que los de Nivel 1 (31,1% en mujeres y un 50% en hombres). La mejoría clínica de los síntomas experimentada por los y las pacientes es estimada por los y las profesionales declarantes basándose en el grado de desaparición de los síntomas somáticos, dolor y de los síntomas anímicos, además de la disminución o suspensión del uso de psicofármacos y analgésicos. El 71% de los hombres y el 46% de las mujeres han mejorado totalmente (desaparecen los síntomas somáticos y anímicos y no se usan psicofármacos) o de forma muy apreciable (desaparecen los síntomas somáticos o bien los anímicos o mejoran ambos y se reduce el consumo de psicofármacos aunque no desaparezca) (Gráfico 4).

La frecuencia de mejoría es mayor en los grupos de edad más jóvenes, tanto en hombres (93,7% de los casos de hombres hasta 34 años han tenido mejoría total) como en mujeres (63,9% de mejoría total en ese mismo grupo de edad). Los hombres han mejorado con más frecuencia que las mujeres en todos los grupos de edad.

De nuevo, la efectividad del método varía con el Nivel de formación. Mientras que los y las profesionales de Nivel 2, obtienen mejorías (desde totales a moderadas) en el 80,4% de los casos que tratan, los de Nivel 1 la obtienen el 66,2% de los casos.



En cuanto al consumo de psicofármacos y analgésicos y su disminución o suspensión, se produce de forma variable en todos los grados de mejoría. Del total de pacientes, el 83,5% ha disminuido o suprimido los psicofármacos y analgésicos. El 22,6% ya no precisa fármacos y el 60,9% ha disminuido su consumo. Las mejorías según factores psicosociales, en las mujeres, la media de las mejorías en conjunto, -totales, muy apreciables o moderadas-, ha sido de 76,7%. Son algo más frecuentes cuando el factor psicosocial ha sido relacionado con trabajo o estudios (93%); en cargas de rol tradicional y carga de cuidadora (72%) y las menores en los casos de malos tratos (61%).

Indicadores de uso de recursos y satisfacción. Se encuentra que el uso de recursos previo por pacientes con malestar es alto y el impacto del método sobre los indicadores es muy alto. Se produce una media de descenso del uso de servicios y fármacos del 93% en hombres y el 77,8% en mujeres. El 60,7% de las mujeres y el 50,7% de los hombres atendidos hiperfrecuentaban la consulta de medicina de familia antes de la intervención con el método BPS. Siguen hiperfrecuentando después sólo el 16,7% de las mujeres y el 2,3% de los hombres. Frecuentaban otros servicios por encima de lo que es esperable para su estado de salud, el 52% de las mujeres y el 63% de los hombres. Esta frecuentación baja al 11% en las mujeres y el 3% en los hombres. Utilizaban múltiples pruebas en más cantidad de lo que el médico/a indicaría, el 48,5% de las mujeres y el 63,3% de los hombres antes de la intervención y las proporciones se reducen a 7,9% en mujeres y 6,7% en hombres después de la intervención. Con consumo continuo de antidepresivos o ansiolíticos antes de la intervención el 67,9% de las mujeres y el 54% de los hombres y desciende a 12,9% de las mujeres y 6,3% de los hombres. Y, finalmente, antes de la intervención encontraban escasamente eficaces los tratamientos e insatisfacción de la persona enferma en el 79,9% de las mujeres y el 69,8% de los hombres y desciende al 16,3% de las mujeres y el 3,2% de los hombres.

ANEXO III
CURSOS DE FORMACIÓN DE FORMADORES/AS SOBRE ATENCIÓN
BIOPSIICOSOCIAL AL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA
Asturias. Área VII-Mieres
*** PROGRAMA ***

Los trastornos mentales comunes, somatizaciones y dolor sin causa orgánica son problemas de salud de prevalencia creciente en las sociedades desarrolladas. El 25% de la población los padece y son el doble de frecuente entre las mujeres. OMS alerta de que la Salud Mental ocupará el primer lugar en la carga de morbilidad mundial en 2020.

La demanda de atención por estas causas amenaza con colapsar los servicios de atención primaria y salud mental. Entre el 30% y el 60% de las consultas diarias en AP corresponden a estos procesos y de ellos, el 80% son mujeres. Es la queja y morbilidad declarada más relevante y prevalente para las mujeres (ENS-2006). Todo ello fundamenta la necesidad de los y las profesionales de disponer de métodos de atención biopsicosocial, y no sólo los recursos farmacológicos actuales, que puedan resolver las demandas, interviniendo en su origen causal psicosocial.

Dirigido a:

Profesionales sanitarios/as de atención primaria de salud del Área VII-Mieres: 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.

Duración y calendario:

72 horas presenciales. Distribuidas en:

Curso básico de 42 horas presenciales.

Método de formación del curso a otros profesionales de primaria: 30 horas presenciales.

LUGAR:

A determinar. En Mieres

Objetivos:

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.
- Vincular al alumnado como grupo de formadores/as clave en el desarrollo y evaluación del proyecto piloto de intervención en Área VII-Mieres.
- Transmitir la formación sobre el modelo biopsicosocial a profesionales sanitarios/as de atención primaria.

Temas:**Curso básico:**

1. Presentación, expectativas, cuestionario-PRE de actitudes.
2. Estado de salud mental, quejas de salud y diagnósticos en atención primaria. Depresión, ansiedad, somatizaciones y dolor sin causa orgánica. Análisis grupal del proceso de atención a las demandas en Atención Primaria. Pacientes difíciles, hiperfrecuentación y policonsumo de fármacos. Vivencias de pacientes y sanitarios/as.
3. Concepto alternativo de malestar psicosocial. Sistema biopsicosocial, subjetividad y género. Determinantes biopsicosociales. Modelos de género, roles, feminidad masculinidad.
4. Construcción de la subjetividad, etapas del desarrollo y ciclos vitales. Identificación. Acoplamiento de identificaciones a lo largo de la vida: la enfermedad en la subjetividad. Acoplamiento subjetivo a identificaciones enfermantes.
5. Método de intervención biopsicosocial (BPS). Atención centrada en el paciente. Inclusión de factores psicosociales Transformación de lo social. Inclusión de los factores subjetivos. Transformación subjetiva y actitudes. Escuchar, localizar, descifrar, señalar y causar efectos de sujeto. Criterios de exclusión.
6. El instrumento de la relación sanitario/a-paciente significativa.

7. Experiencias con el método. Evaluación de la implantación en la Región de Murcia.

Método para formadores:

8. Dinámica de grupos y método docente. Bases de funcionamiento dinámico grupal. Lectura de lo manifiesto y lo latente. Fases de formación de un grupo. Método de grupo dinámico didáctico. Método inductivo: emergencia de actitudes, elaboración grupal.
9. Roles grupales y papel del coordinador/a. Coordinación de análisis de casos.
10. I Aplicación del método docente del curso de atención BPS. Objetivos internos, revisión de bloques temáticos y material audiovisual. Practicas en *rol playing*.
11. II Aplicación del método docente del curso de atención BPS. Objetivos internos, revisión de bloques temáticos y material audiovisual. *rol playing*.
12. Guía de funcionamiento para el método en la práctica clínica e intervención en los CS del Área.
13. Evaluación: Cuestionarios de actitudes pre y post. Cuestionario de satisfacción.

Método:

Exposiciones teóricas, diálogos dinámicos, análisis grupal de casos, trabajo en grupos y *rol playing*.

Sesiones clínicas biopsicosociales: Análisis en grupo de casos clínicos de los y las participantes con coordinación dinámica.

La dinámica participativa y siguiendo un método inductivo, en el que las exposiciones plantean los problemas y suscitan el diálogo grupal en red. Análisis de casos clínicos.

Practicas de exposición dinámica de las materias del curso. Análisis DAFO del proceso de formación y futura intervención intermedia para introducir estrategias de mejora en curso.

DOCUMENTACIÓN:**Índice de documentación en CD-ROM Y PAPEL****Iª PARTE: Curso básico²²**

- *VELASCO, Sara. *Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Intervención en Atención Primaria*. Colección Salud nº 9. Instituto de la Mujer, 2006. Disponible en: http://www.mtas.es/mujer/publicaciones/catalogo/serie_salud.htm.
- *VELASCO, Sara. RUIZ, Mª Teresa. ÁLVAREZ-DARDET, Carlos. "Modelos de atención a síntomas somáticos sin causa orgánica. De trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres". *Rev Esp Salud Pública*, 2006; 4(80): 317-333. www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol80/vol80_4/RS804C_317.pdf
- *VELASCO, Sara y cols., "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismos* nº 10, Centro de Estudio de la Mujer, Universidad de Alicante, 2007. http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6129/1/Feminismos_10_08.pdf
- *Velasco, Sara. *Recomendaciones para aplicar el enfoque de género en programas de salud*. Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2008.pdf>.
- EUROsocial. *Informe de buenas prácticas, 2008: Programa de atención biopsicosocial al malestar de las Mujeres en Atención Primaria*. Comisión Europea. Disponible en: <http://epic.programaeurosocial.eu/files/26-ficha-completa.pdf>.
- Velasco, Sara. Representaciones inconscientes en la maternidad: tradiciones y contradicciones. En: Caporale-Bizzini, Silvia (ed.). *Narrating Motherhood(s), Breaking the Silence. Other Mothers, Other Voices*. Bern-New York-Oxford: Peter Lang, 2006, págs 14-34. (ISBN: 3-03910-789-5. US-ISBN: 0-8204-7573-6).

IIIª parte formación de formadores/as

1. *CD-ROM de diapositivas del curso. Editado por el Instituto de la Mujer, 2006.
 2. *Versión reducida y adaptada a Asturias de los módulos del curso para impartir por formadores/as en los centros de salud.
 3. *Manual de uso didáctico de las diapositivas, con pautas para exposición, objetivos internos, estímulo al diálogo y síntesis docentes.
- *Apuntes sobre dinámica de grupos docentes.

²² * Entregar en papel en el aula.

Otra bibliografía recomendada comentada

ATENCIÓN BIOPSOCOSICAL AL MALESTAR Y GÉNERO

BORREL I CARRIÓ F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9.

Realizan un breve y eficaz repaso a los componentes del modelo biopsicosocial.

BURIN, Mabel. *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada.* Buenos Aires: Paidós; 1990.

Es la primera autora que llamó el "malestar de las mujeres" a las dificultades psicológicas que eran consideradas como diagnósticos psicopatológicos y ella llama "patologías de género". Analiza una investigación sobre las formas de vida de género de las mujeres que desembocan en el malestar. Se diferencia de la propuesta de atención al malestar de Sara Velasco, en que esta última acuña el término "síndromes del malestar" incluyendo en ellos somatizaciones, dolor y los síndromes funcionales emergentes, ampliando la intervención al ámbito médico y no sólo en la psicología.

Calvillo, Francisco. *La depresión, entre mitos y rumores.* Madrid: Biblioteca Nueva, 2003.

Es un ensayo sobre la tristeza de nuestro tiempo, un cuestionamiento de los aspectos más divulgados de esta vieja conocida de la humanidad que, mermada de cauces sociales para compartirla, ha terminado por ser considerada "nueva patología". Esta reflexión apunta a una puesta en claro de sus mecanismos y aporta las coordenadas que permiten calificarla de "nueva". Es también una advertencia razonada sobre los riesgos que comporta el tratamiento médico habitual que, cada vez más centrado en la remisión del síntoma por la vía del medicamento –cuando no por la de consejos o la de las cargas eléctricas-, redobla las condiciones de pasividad que determinan la fijación del afecto depresivo, perpetuando lo que precisamente pretende curar.

Freud, Sigmund.(1894) La neurastenia y la neurosis de angustia. Obras Completas, Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva, 1983 (2ª Edición): 183-198.

Sobre la justificación de separar de la neurastenia cierto complejo de síntomas a título de "neurosis de angustia".

Freud, Sigmund - (1925) Inhibición, síntoma y angustia. OC., Tomo VIII:2834-2883.

De la inagotable fuente de lectura que es la obra de Freud, este artículo de mucho interés para el tema, porque define el origen y mecanismo psíquicos de cada una de las salidas posibles de los conflictos, o bien con síntomas, o bien con inhibiciones para funciones diarias, o bien con angustia.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Mª Asunción. *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género.* Madrid: Siglo XXI, 1993.

Las autoras intentan un aproximación a la salud menos parcelada y biologicista de la que habitualmente imparten nuestras universidades, además de incorporar una mayor sensibilidad a temática femenina, fruto de su propia condición de mujeres y de sus experiencias clínicas y de investigación con personas del sexo femenino.

Algunos capítulos son: Sistema sanitario, concepto de salud y condición de las mujeres. La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre. Conformación de la subjetividad femenina. Ciclo menstrual y psicología femenina. Socialización de género

y psicopatología: una hipótesis para la reflexión. La automedicación. La depresión en la mujer. Grupos terapéuticos de mujeres.

Tizón García, J. Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. Barcelona: Biblária, 1996.

En la línea de Michael Balint, Tizón, psiquiatra con amplia experiencia en Atención Primaria, supervisión de médicos y formación, aborda ampliamente la construcción de la relación entre el médico y el paciente, basándose en la conveniencia del abordaje de la "persona global".

VELASCO, Sara, Sexos Género y Salud. Teoría y métodos para programas de salud y práctica clínica, Madrid, Minerva, biblioteca Nueva, 2009.

En este libro se da repaso a las teorías de la salud y las corrientes de la teoría feminista que han ido acompañadas con las corrientes de pensamiento del siglo XX. Desde el la biomedicina, marxismo, estructuralismo, postestructuralismo, modelo biopsicosocial, etc. En la confluencia de teorías ha emergido el concepto de género y sus contenidos proceden de los marcos teóricos subyacentes. Después desarrolla métodos para aplicar el enfoque de género a la programación en salud, y a la práctica clínica. Y por último realiza un análisis de género de la situación de salud mental en España, aplicando los métodos de análisis propuestos.

DINÁMICA DE GRUPOS

Anzieu, Didier (1975) El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal. Nueva Visión. Madrid . 1986

Tener en cuenta el inconsciente en el grupo, con la noción de "imaginario grupal", permite analizar la circulación de lo latente en los grupos. Esta ilustrado con numerosos casos de grupo que permiten correlacionar fácilmente con la práctica los conceptos del inconsciente grupal

Bion W.R. (1976) Experiencias en grupos. Ed Paidós, Buenos Aires

Creó escuela y es clásico de la teoría de grupo a partir de su experiencia obligada con grupos como forma de rentabilizar más la demanda de atención que tenía en servicios públicos. Su concepción sobre las fases por las que atraviesa un grupo, ha sido un instrumento en el que se siguen basando los desarrollos de teoría grupal.

Gamo Medina, E. Compilador. (1998) Terapias e intervenciones grupales. Ed. Tou Us. Pharmacia&Upjohn.

Varios autores y autoras exponen distintos tipos de grupo en los que han trabajado, grupos terapéuticos, Grupos de psicoeducación, psicoterapia analítica en grupo en un centro Público, grupo y psicodrama y grupos de formación. Permite un repaso de las diferentes aplicaciones de la técnica de grupo.

Migallón, Pilar y Gálvez, Beatriz. (1999). Los grupos de Mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Instituto de la Mujer. Madrid

Se trata de un manual con los conceptos básicos sobre el funcionamiento de los grupos y su aplicación a los grupos de mujeres encaminados a la salud dirigido a los y las profesionales que, con cualquier motivo, trabajen con grupos de mujeres.

Lemoine, Genie y Paul. (1974) Una teoría del psicodrama. Ed. Gránica. Buenos Aires.

Psicoanalistas de la escuela de Lacan, desarrollaron la técnica de psicodrama como forma de análisis en grupo. Es una técnica que ha seguido muchos desarrollos.

Pichon –Riviere, Enrique (1971) *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Nueva Visión. Buenos Aires 1985

Desde la psicología social integra los conceptos de inconsciente para la teoría grupal. Es el autor que mejor ha desarrollado la teoría del vínculo y el proceso del grupo, con los roles grupales y la dinámica de esos roles.

EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN:

Asistencia el 80% del tiempo.

Se evaluará por separado la **aptitud para aplicar el método biopsicosocial** en la clínica y la **aptitud como formador/a** en base a la evaluación continuada de la participación durante el curso, cumplimiento de los compromisos de lectura de materiales y participación en ejercicios prácticos y cuestionarios evaluadores.

Cumplimentación de los cuestionarios PRE y POST de conocimientos y actitudes. Cumplimentación de cuestionario de satisfacción del curso.

Docente:

Sara Velasco Arias. Médica y Psicoanalista. Consultora de Salud y Género. C/ Sueca 35. 46006 Valencia. T. 606595961 saravelasco@gmail.com.

Ha trabajado en atención primaria de salud y centros de planificación familiar. Fue Técnica de Salud Pública en la Comunidad de Madrid. Clínica psicoanalítica individual y grupal hasta la actualidad.

Coordinadora Académica del Diploma de Especialización de Salud Pública y Género de la Escuela Nacional de Sanidad (2006-2009). Docencia en formación de postgrado en Master Universitarios (Universidad Miguel Hernández, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad de Gran Canaria; Universidad de Zaragoza, Universidad del País Vasco). Formación continuada de profesionales sanitarios de Institutos de Formación de comunidades autónomas, Escuela Nacional de Sanidad, Escuela Andaluza de Salud Pública y Escuela de Estudios de Salud de la Comunidad Valenciana.

Trabaja en el diseño, implantación, docencia y evaluación de programas de salud y género para Instituto de la Mujer, Ministerio de Igualdad y en diversas Comunidades Autónomas. Consultora experta en salud y género para el Observatorio de Salud de la Mujer. Experta designada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en la Estrategias en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009.

Algunos libros publicados: *Nafragios. Mujeres y Aborto (1995)*; *Prevención de la transmisión heterosexual del VIH/sida en mujeres (1999)*; *Relaciones de género y subjetividad. Método para Programas de prevención (2002)*; *Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres (2006)* y *Sexos, Género y Salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud (2009)*.

ANEXO IV: Programa de sesiones clínicas BPS didácticas

❖ **Objetivos:**

- Proporcionar formación para la práctica clínica desde la óptica BPS.
- Proporcionar cuidado de los y las profesionales que abordan aspectos psicosociales en la consulta (prevención del *burn out*).
- Proporcionar experiencia práctica sobre dinámica de grupos y función de coordinación para manejo de grupos docentes.
- Proporcionar a psicólogas/as un modelo de coordinación de sesiones BPS.

❖ **Encuadre**

Coordinadas por la docente externa

Confidencialidad absoluta para pacientes y profesionales

Respeto y cuidado de los/las participantes

El prof. que presenta es el que tiene el saber sobre el caso: no cuestionar sus actuaciones

No realizar señalamientos o investigaciones personales sobre el profesional

Cuidar la secuencia de cumplimiento de la tarea

Dejar abiertas alternativas

• **Método:**

Presentación de casos orales, no preparados, por un profesional rotativamente.

Análisis grupal coordinado bajo la perspectiva biopsicosocial y de género, con visualización de las transferencias y efectos sobre el paciente y búsqueda de alternativas de manejo.

Se analiza el proceso grupal sentido por los miembros después del análisis del caso.

Se mantendrán algunos observadores periféricos al proceso grupal que después de cada análisis de un caso, exponen sus observaciones sobre el proceso grupal y sus emergentes.

Se destina un tiempo en cada sesión a ampliación teórica a demanda de los y las participantes.

• **Contenido**

Exposición del caso: Motivo de consulta y demandas explícita e implícita; Cuadro clínico y cuadro psicosocial; Incógnitas y problemas psicosociales; Aspectos de la relación sanitario/a-paciente, explícitos y latentes.

Elaboración grupal del caso: Localización de hechos biográficos significativos, Identificación de cuadro psicosocial sintomático; Implicación del sanitario; Expresión de conflictos en la consulta y desciframientos de conexiones biográficas con los síntomas; Implicación latente con el sanitario/a; Actitudes y caminos alternativos del profesional.

Puesta en común del proceso grupal sentido por los participantes

Evaluación:

Cuestionario de satisfacción y evaluación continuada

Documentación:

- ❖ Bibliografía temática comentada. En offset
- ❖ Selección de artículos. En offset

ANEXO V. Programa de seminario de formación de formadores/as sobre dinámica grupal

•Objetivo

Capacitar para transmitir la formación a otros profesionales y MIR de MF y C y PIR con metodología dinámica.

•Método

Exposiciones teóricas y participación práctica. Grupos de discusión y rol- playing.

•Temas

Método de grupo dinámico didáctico.

Método inductivo: emergencia de actitudes, elaboración grupal,

Bases de funcionamiento dinámico grupal. Lo manifiesto y lo latente.

Fases de formación de un grupo.

Roles en el grupo

Lectura latente y papel del coordinador/a.

Método dinámico del curso de atención al malestar. Uso del material didáctico.

Evaluación:

Cuestionario de satisfacción

Evaluación continuada y Prueba escrita de aptitud de formación de formadores.

Documentación:

- ❖ Apuntes sobre dinámica de grupos. En offset.

Material didáctico para curso de formación de Atención biopsicosocial al Malestar de las Mujeres. Diapositivas en CD-ROM por el Instituto de la Mujer.