

Nota de campo

La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz

Antonio Iáñez Domínguez^{a,*}, Raúl Álvarez Pérez^a, Pablo García-Cubillana de la Cruz^b, Violeta Luque Ribelles^c, Elena Morales Marente^d y María Soledad Palacios Gálvez^d^a Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España^b Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Sevilla, España^c Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Cádiz, Cádiz, España^d Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Facultad de Educación, Psicología y Ciencias del Deporte, Universidad de Huelva, Huelva, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de enero de 2018

Aceptado el 25 de junio de 2018

On-line el 15 de octubre de 2018

Palabras clave:

Promoción de Salud

Salutogénesis

Género

Grupos de mujeres

Evaluación de Programa

RESUMEN

Los grupos socioeducativos (GRUSE) constituyen una estrategia de promoción de la salud y el bienestar emocional desde un enfoque de salud positiva basada en activos. Mayoritariamente se dirigen a mujeres que acuden a los centros de salud con signos de malestar para los que no se encuentra base orgánica. La estrategia se evalúa mediante un diseño longitudinal y cuasi-experimental, con metodología mixta. Se ha recogido información de 228 mujeres con una batería de escalas y el análisis de bases de datos del sistema sanitario. Se han realizado 10 entrevistas en profundidad a mujeres y tres grupos de discusión con profesionales. El objetivo de este artículo es dar a conocer la estrategia GRUSE como intervención alternativa no medicalizadora y presentar el diseño de la investigación, con la que se espera identificar las evidencias de esta práctica implantada en los centros de salud de atención primaria de Andalucía.

© 2018 SEESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The demedicalisation of women's daily lives: socio-educational groups in the Andalusian Public Health System

ABSTRACT

The socio-educational groups (GRUSE) are a health and emotional well-being promotion strategy, from an asset-based positive health approach. They principally target women who attend health centres with signs of discomfort with no organic basis finding. The strategy was evaluated through a quasi-experimental longitudinal design, with a mixed methodology. Information was collected from 228 women with a battery of scales and from an analysis of health system databases. Ten in-depth interviews with women were conducted, and 3 discussion groups with professionals. The aim of this article was to introduce the GRUSE strategy as a non-medical alternative intervention and to present the research design, seeking to identify the evidence of this practice implemented in primary health centres of Andalusia (Spain).

© 2018 SEESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En los años 1970, cuando Engel se enfrenta al modelo médico proponiendo un proceso salud-enfermedad en el que coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales, Antonovsky comenzó a desarrollar el modelo salutogénico. Criticaba el enfoque dicotómico salud-enfermedad y proponía entender la salud como un continuo, en el cual ganaba valor la idea, desarrollada posteriormente, de activos en salud, entendidos estos como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar¹.

Desde entonces se viene constatando que las quejas subjetivas en atención primaria para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen son frecuentes², son claramente más frecuentes en mujeres que en hombres³, tienen un curso crónico y no cuentan con un tratamiento médico que se haya mostrado eficaz⁴. En 2011, el Sistema Sanitario Público de Andalucía puso en marcha los grupos socioeducativos (GRUSE) dirigidos a mujeres como estrategia de promoción de la salud y el bienestar emocional, y como herramienta de intervención innovadora desde el enfoque de los activos en salud con perspectiva de género⁵.

Precisamente, los sesgos de género en la práctica sanitaria llevan a que no se consideren las causas psicosociales de la salud de las mujeres, cuyas condiciones de vida derivadas de su rol tradicional en la sociedad patriarcal generan síntomas como ansiedad, tristeza, tensión, somatizaciones o dolor sin causa orgánica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aiadom@upo.es (A. Iáñez Domínguez).

Tabla 1
Diseño de la estrategia GRUSE-mujeres

Participantes	8-15 mujeres
Perfil	Mujeres adultas que deseen mejorar sus activos en salud y dispuestas a trabajar en grupo
N.º sesiones	8-10
Duración	90-120 minutos
Contenidos	Identificación y potenciación de activos personales, mediante contenidos y dinámicas de comunicación; autoestima; relación, pensamiento, emoción y comportamiento; percepción; gestión de emociones, elaboración de metas y objetivos; y resolución de problemas Identificación y uso de activos comunitarios Cohesión grupal Enfoque transversal de género
Acceso	Profesionales sanitarios (medicina de familia, enfermería, etc.) Trabajadores/as sociales sanitarios Otros sectores (servicios sociales, organizaciones no gubernamentales, etc.) Iniciativa propia

demostrada. No se tiene en cuenta el impacto de la falta de equidad de género en la distribución del tiempo productivo, reproductivo, de ocio y de descanso, lo cual conlleva falta de independencia y de autonomía personal, y deseos y necesidades insatisfechos por carecer de un proyecto de vida personal⁶. De hecho, Velasco et al.⁷ plantean que el papel de los factores de género llevó en 1988 a formular que determinadas formas de dolor y alteraciones mentales comunes son expresiones del malestar que experimentan las mujeres, lo que llamaron «la otra salud mental», refiriéndose a los sufrimientos determinados por las formas de la vida cotidiana de estas, incidiendo en la idea de Betty Friedan, que en los años 1960 habló del «malestar que no tiene nombre»⁸.

Tradicionalmente se ha dado respuesta a estos síntomas sin atender a su origen estructural, es decir, sin tener en cuenta las circunstancias y las condiciones de vida de las mujeres, así como sus roles. Como consecuencia, se tiende a considerar estas manifestaciones como patológicas y se responde medicalizándolas sin buscar

las causas que originan los síntomas. Las mujeres son percibidas como «el problema» por considerarlas débiles, dependientes, emocionalmente incontrolables y necesitadas de ayuda para afrontar sus dolencias y malestares.

La estrategia, como se muestra en la [tabla 1](#), desarrolla un trabajo con las mujeres habilitando un espacio donde identificarse, expresarse y encontrar comprensión y apoyo mutuo. Así se van haciendo conscientes de que la causa de su malestar deriva de una determinada configuración social, incidiendo en la idea de Kate Millett: «lo personal es político»⁹. Al final, son las mujeres las que generan sus respuestas, al entender que el incremento de su bienestar pasa, en primer lugar, por cambiar su posicionamiento ante la realidad. Se trata de crear un espacio de comunicación, autoconocimiento y apoyo mutuo, dándoles la oportunidad de identificar y potenciar sus activos personales y los disponibles en su entorno¹⁰, con el fin de que manejen de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana e identifiquen el impacto sobre la salud de las cargas de género.

Tabla 2
Diseño de la investigación

Muestra	Grupo experimental: 114 personas	Grupo control: 114 personas
Criterios de selección de los grupos	Tipo de territorio (rural/urbano)	Tamaño poblacional (<2000, 2001-10.000, 10.001-50.000, 50.001-100.000, >100.000 habitantes)
Análisis cuantitativo	Administración de los siguientes instrumentos-cuestionarios: <ul style="list-style-type: none"> • Datos sociodemográficos • Uso del tiempo/cuidados • Identificación de activos comunitarios • Calidad de vida • Asertividad y regulación emocional • Ansiedad y depresión • Autoestima • Afrontamiento ante la adversidad Explotación de la historia clínica digital de Diraya: <ul style="list-style-type: none"> • Dispensación de fármacos. • Consultas realizadas a los servicios sanitarios 	
Análisis cualitativo	Diez entrevistas en profundidad a mujeres del grupo experimental Criterios de selección: tipo de hábitat, tamaño del núcleo de población, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos, estado civil, situación laboral y no estar participando a la vez en actividades, individuales o grupales, cuyos contenidos pudieran ser iguales o complementarios a los contemplados en el GRUSE Tres grupos de discusión: <ul style="list-style-type: none"> • Uno de trabajadoras/es sociales sanitarios • Dos de otros perfiles profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (médico/a de familia, enfermero/a, psicólogo/a clínico/a de la red de salud mental y técnico/a de educación para la salud) Criterios de selección: antigüedad en el centro de salud, tipo de entorno donde desarrolla su actividad profesional e implicación en la estrategia	

Desarrollo de la experiencia: de la acción a la investigación

Desde comienzos de la estrategia GRUSE hasta finales de 2017 se han llevado a cabo 2115 grupos de mujeres en diferentes centros de atención primaria. Actualmente la prioridad es recopilar evidencias basadas en la práctica para conocer las luces y sombras derivadas de la estrategia.

Esta investigación la realiza un equipo integrado por distintas universidades (Pablo de Olavide, Huelva y Cádiz) y profesionales del ámbito de la salud (Consejería de Salud y Servicio Andaluz de Salud). Tiene un diseño longitudinal y cuasi-experimental, con un grupo experimental y otro control, que permitirá realizar análisis intrasujeto y entre grupos. En la [tabla 2](#) puede verse que la metodología es mixta, combinando datos cuantitativos y cualitativos. El grupo experimental está compuesto por mujeres que iniciaron su participación en los GRUSE a la vez que comenzaba la investigación. Las del grupo control han sido elegidas de las mismas unidades de gestión clínica que facilitaron la constitución del grupo experimental, y que aun teniendo interés en participar en un GRUSE no tenían disponibilidad personal o estaban en lista de espera.

La administración de los cuestionarios se ha realizado en cuatro momentos: antes del inicio del grupo y una vez finalizado, al mes, a los 6 y a los 18 meses. La extracción de datos de Diraya (el sistema de historia clínica electrónica) se hizo 1 año antes y 1 año después de finalizar cada grupo.

Conclusiones

Con la estrategia GRUSE se plantea un abordaje alternativo a la medicalización de las dificultades de la vida cotidiana de las mujeres, a partir de la identificación y el desarrollo de activos para la salud y el bienestar emocional, tratando los factores psicosociales de género como determinantes de desigualdades en salud.

El diseño mixto y longitudinal del proyecto, así como la triangulación de la información obtenida, permitirán obtener un conocimiento profundo del impacto de los GRUSE y llevar a cabo una evaluación precisa de la intervención.

La evaluación de esta estrategia permitirá comprobar si la experiencia funciona y en qué circunstancias es eficaz. De ser así, se pondría en valor el modelo biopsicosocial con enfoque de género frente al modelo medicalizado predominante en la actualidad. Además, se comprobarán los beneficios para el Sistema Sanitario Público de Andalucía en términos de reducción de costes sanitarios.

Si la evaluación resultara positiva, esta línea de trabajo basada en el enfoque de los activos en salud podría dirigirse a otros perfiles poblacionales con el ánimo de avanzar en estrategias no medicalizadoras de la vida cotidiana.

Editor responsable del artículo

María del Mar García-Calvente.

Contribuciones de autoría

A. Iáñez Domínguez, R. Álvarez Pérez y P. García-Cubillana de la Cruz elaboraron la primera versión del manuscrito, que fue revisada

de forma crítica por todos/as los/las autores/as y se incluyeron las aportaciones que cada uno/una, desde su disciplina y especialidad, realizaron. Todas las personas firmantes han aprobado la versión final para su publicación y asumen la responsabilidad de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos para garantizar la máxima precisión e integridad de la información.

Agradecimientos

Se agradece la inestimable colaboración de Patricia García Roldán, quien coordina el trabajo de campo y hace posible el desarrollo de la investigación. Agradecemos también el apoyo de las/las trabajadoras/es sociales de los centros de salud de atención primaria: Ana Rosa Listán Cortés, Leopoldo Casas Mata, M.^a Dolores Sánchez López Mellado, Dolores Barrios Regordán, M.^a Luz Burgos Varo, Rafael García Galán, Antonio M. Gutiérrez Nieto, Misericordia Vilar Zamora, Consuelo Ortega Cruz, Dolores Galindo Bas, José Miguel Garrido de la Torre, Concepción Zurita Alonso, M.^a José Rayo Fernández, Carmen G. Subirá Granados y Manuela Ruiz Vélchez. Mención especial a Isabel Escalona Labella y Mauricio Lozano Navarrete, técnicos de educación para la salud, que han tomado parte activa en la investigación.

Financiación

Proyecto aprobado por Resolución de 20 de diciembre de 2016, de la Secretaría General de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por la que se conceden subvenciones para la financiación de la Investigación, Desarrollo e Innovación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía para el año 2016 (N.º expediente: PS-0088-2016).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 182.
- Dowrick C. Medically unexplained symptoms in primary care: how can doctors help, not hinder? *Ment Health Fam Med*. 2010;7:191–2.
- Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med*. 1998;60:150–5.
- Velasco S, Ruiz MT, Álvarez-Dardet C. Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica. De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80:317–33.
- Mateo I, García-Cubillana P, Conde MP. Manual para el diseño e implementación de Grupos Socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2011. p. 109.
- Muruaga S, Pascual P. La salud mental de las mujeres: la psicoterapia de equidad feminista. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud; 2013. p. 326.
- Velasco S, López B, Tourné M, et al. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*. 2007;10:111–31.
- Friedan B. La mística de la feminidad. Valencia: Cátedra, Colección Feminismos; 2016. p. 472.
- Millett K. *Sexual politics*. New York: Doubleday; 1970. p. 393.
- Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013;27:180–3.