



ORIGINAL

Percepción de profesionales de la salud sobre la intervención grupal socioeducativa con mujeres que presentan síntomas somáticos sin causa orgánica



Antonio Iáñez-Domínguez^{a,*}, Violeta Luque-Ribelles^b, María Soledad Palacios-Gálvez^c y Elena Morales-Marente^c

^a Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

^b Instituto Universitario para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS), Universidad de Cádiz, España

^c Centro de Investigación en Pensamiento Contemporáneo e Innovación para el Desarrollo Social (COIDESO), Universidad de Huelva, Huelva, España

Recibido el 29 de julio de 2020; aceptado el 8 de febrero de 2021

Disponible en Internet el 24 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Mujeres;
Grupos
socioeducativos;
Sistema sanitario;
Síntomas somáticos
sin causa orgánica

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción y opinión de profesionales de la salud de Atención Primaria sobre el impacto de la intervención grupal socioeducativa (GRUSE) no medicalizadora con mujeres que presentan síntomas somáticos sin causa orgánica.

Diseño: Estudio cualitativo fenomenológico.

Emplazamiento: Centros de salud de atención primaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía, durante los años 2017 y 2018.

Participantes o contextos: Se incluyó a 24 profesionales del ámbito de la salud, seleccionados según su nivel de implicación en la estrategia GRUSE (grupos socioeducativos).

Método: Se aplicó una metodología cualitativa, a través del método fenomenológico. La técnica empleada para recopilar la información es el grupo de discusión, sobre el que se realizó un análisis de contenido. El *software* Atlas.ti 8.0 se empleó como recurso de apoyo al análisis.

Resultados: Los profesionales ponen en valor el trabajo de grupo como medio para provocar cambios y refieren la importancia de la intervención como estrategia no medicalizadora. Perciben que las participantes obtienen una serie de beneficios: mejora de su bienestar personal, aumento de su autoestima y autodeterminación y la generación de redes sociales, beneficios que repercuten igualmente en su entorno más inmediato.

Conclusiones: En opinión de los profesionales, la estrategia tiene efectos positivos en las mujeres y no supone un incremento de los recursos para el sistema sanitario. Además, manifiestan la importancia de dotar a las mujeres de herramientas para el afrontamiento de problemas de la vida cotidiana, que derivan, en muchas de las ocasiones, de los mandatos de género predominantes en la sociedad patriarcal.

© 2021 Los Autores. 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/>).

* Autor para correspondencia.

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

KEYWORDS

Women;
Socio-educational
groups;
Sanitary system;
Somatic symptoms
without organic cause

Health professionals' perception about the socio-educational group intervention with women who present somatic symptoms without organic cause

Abstract

Objective: To know the perception and opinion of primary care health professionals on the impact of non-medicalizing group educational intervention (GRUSE) with women who present somatic symptoms without organic cause.

Design: Qualitative phenomenological study.

Setting: Primary care health centers in Andalusia, during 2017 and 2018.

Participants and/or contexts: Twenty-four health professionals, selected according to their level of involvement in the GRUSE strategy (socio-educational groups).

Method: A qualitative methodology is applied, through the phenomenological method. The technique used to collect the information is the discussion group, and a content analysis is carried out on it. The software Atlas.ti 8.0 is used as a support resource for the analysis.

Results: Health professionals highlight group work as a means of achieving change, and point to the importance of intervention as a non-medicalizing strategy. They perceive that the participants obtain some benefits: the improvement of their personal well-being, the increase of their self-esteem and self-determination, and the generation of social networks, benefits that also affect their immediate surroundings.

Conclusions: In the opinion of the professionals, the strategy has positive effects on women and does not mean an increase in resources for the health system. In addition, they express the importance of provide women with tools to cope with daily life problems derivatives mostly from gender mandates of a patriarchal society.

© 2021 The Authors. 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

Los datos sobre el estado de salud mental de la población española muestran un aumento de las consultas médicas y del consumo de fármacos. Se estima que entre el 30 y el 60% de las consultas realizadas en Atención Primaria (AP) son debidas a síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO)^{1,2}. Estos datos adquieren mayor significación cuando se realiza un análisis por género. Así, la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017)³ destaca que las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres (14,1 frente a 7,2%). Estas cifras coinciden con uno de los hallazgos más asentados en la epidemiología psiquiátrica, que señala que los problemas de salud mental comunes (ansiedad, depresión y somatizaciones) afectan más a las mujeres que a los hombres^{4,5}. La misma encuesta enfatiza el mayor consumo de fármacos por parte de ellas. El 13,9% de las mujeres toman tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (frente al 7,4% de los hombres) y el 7,9% consumen antidepresivos o estimulantes (frente al 3,2% de ellos).

Para entender esta situación, se han aportado diversas explicaciones e interpretaciones que pasan por el abordaje biologicista de la salud, la influencia de factores socio-contextuales, así como por cuestiones relacionadas con la construcción social del género⁶. Muchas de las quejas y malestares que ellas expresan reciben una respuesta medicalizada, a través de un tratamiento psicofarmacológico que trata de aliviar el estado de malestar pero no consigue, en muchos casos, los resultados esperados, ya que no se

abordan los determinantes psicosociales y socioculturales que lleva implícitos la socialización diferencial de género⁷.

Bajo estas premisas, el Sistema Sanitario Público de Andalucía diseñó en 2011 la estrategia Grupos Socioeducativos (GRUSE) como una estrategia de promoción de la salud incluida en la cartera de servicios de AP⁸. Se trata de una intervención grupal, conducida por profesionales del trabajo social, pero en la que están implicados diferentes profesionales (mayormente personal de medicina y enfermería) y con la que se pretende fomentar los activos para la salud y el bienestar emocional de las mujeres (tabla 1). Se puede considerar una estrategia innovadora en cuanto que se aleja de la medicalización de las dificultades y problemas de la vida cotidiana (por ejemplo, rupturas conyugales, conflictos interpersonales, problemas laborales, separación, soledad, sobrecarga en el cuidado de familiares o en el trabajo del hogar) y aborda los factores psicosociales de género como determinantes de desigualdades en salud.

Es una estrategia que se sustenta bajo 2 líneas de carácter transversal. En primer lugar, el concepto de *salutogénesis*. Es decir, se trabaja con los factores protectores y con los recursos de resiliencia frente a la adversidad en vez de con el riesgo⁹, y se pone el énfasis en lo que hacen las personas, las familias y las comunidades para aumentar el control sobre su salud¹⁰. Trabajar en activos en salud implica dirigirse a lo que tiene efectos positivos para la salud: las redes sociales, la autoestima, la conciencia de género y los sentimientos de autoeficacia personal y colectiva¹¹. En segundo lugar, se trabaja desde el *enfoque de género*, porque los diferentes estereotipos asociados al constructo de género afectan al

Tabla 1 Diseño GRUSE-Mujeres

Participantes	8-15 mujeres
Perfil	Mujeres adultas que presentan SSCO, que desean mejorar sus activos en salud y están dispuestas a trabajar en grupo
N.º de sesiones	8-10
Duración	90-120 min/semana
Sesiones	
Contenidos	1) Identificación y potenciación de activos personales; autoestima; pensamiento, emoción y comportamiento; percepción; gestión de emociones, elaboración de metas y objetivos y resolución de problemas 2) Identificación y uso de activos comunitarios 3) Cohesión grupal 4) Enfoque transversal de género
Acceso	Profesionales sanitarios (medicina de familia, enfermería, etc.) Trabajadores sociales sanitarios Otros sectores (servicios sociales, ONG, etc.) Iniciativa propia

Fuente: Elaboración propia.

autoconcepto, autoestima, expectativas vitales, así como a la configuración de las relaciones con los otros.

En el interés por evaluar el impacto de la estrategia GRUSE, se llevó a cabo una investigación en la que se aplicó un estudio longitudinal y cuasiexperimental, mediante el uso de una metodología cuantitativa y cualitativa¹². En este artículo se presentan los resultados del análisis de los grupos de discusión (GD) llevados a cabo con profesionales de la salud de AP, con el objetivo de conocer su percepción y opinión acerca del impacto y repercusión de la estrategia GRUSE en las mujeres.

Participantes y métodos

Diseño

Se trata de un estudio en el que se aplicó metodología cualitativa y el método fenomenológico. Este busca conocer los significados que las personas dan a un determinado fenómeno¹³. La técnica utilizada para la recogida de información ha sido el GD. Se ha realizado un análisis de contenido de la información obtenida con la intención de indagar en los esquemas de interpretación a partir de los cuales las personas participantes dan sentido a la experiencia¹⁴. Como *software* de apoyo al proceso analítico se ha empleado el Atlas.ti 8.0. Se han llevado a cabo 3 GD en la Comunidad Autónoma de Andalucía, entre los meses de mayo de 2017 y enero de 2018.

Para el desarrollo de los GD, se elaboró un guion estructurado en 3 bloques de preguntas que orientaban la discusión: definición GRUSE, orígenes y evolución de la estrategia; debilidades y fortalezas; percepción del impacto en las mujeres participantes y en el sistema sanitario, y propuestas de mejoras.

Los GD tuvieron una duración de entre 90 y 120 min y fueron desarrollados por 2 miembros del equipo de investigación con experiencia en el uso de técnicas cualitativas. Cada uno ejercía un rol: o conducía el grupo u observaba. Ninguno

tenía vinculación personal ni profesional con las personas participantes.

Muestra, participantes y contexto

Cada GD estuvo conformado por 8 personas, lo que supuso la participación de 24 profesionales de AP (tabla 2). Uno lo componían profesionales del trabajo social de distritos sanitarios y de áreas de gestión sanitaria, y 2 estuvieron conformados principalmente por personal sanitario de los centros de salud. Para seleccionar a los trabajadores sociales se tuvo en cuenta la experiencia en el desarrollo de grupos, de modo que interesaba contar con quienes tenían un mayor bagaje y con quienes apenas habían puesto en marcha algún grupo. Para la selección del resto de los profesionales sanitarios se tuvo en cuenta su posibilidad de derivar a sus pacientes a un GRUSE. Bajo este criterio, se consideró la sensibilización con la estrategia, tomando como referencia el número de mujeres derivadas a un grupo. No todos los profesionales se implican y la valoran de igual modo, por ello, se buscaba la máxima variabilidad discursiva y los diferentes significados ante un mismo fenómeno¹⁵.

La participación fue voluntaria y el contacto se hizo a través del Servicio Andaluz de Salud. El GD de profesionales de Trabajo Social se llevó a cabo en la sede del Servicio Andaluz de Salud, y los del personal sanitario, uno en un centro de salud de AP en Sevilla y otro en uno de Málaga.

Análisis

Los GD fueron grabados digitalmente y transcritos de forma literal, para su lectura comprensiva y análisis en profundidad. Además, se incluyeron las impresiones recogidas por la persona observadora. Teniendo en cuenta la estructura del guion elaborado para conducir los GD, se definieron una serie de categorías previas, que se ampliaron a medida que se avanzaba en el análisis e iban emergiendo en los discursos. El proceso de codificación se realizó identificando y etiquetando esas categorías en las narraciones. El análisis de la

Tabla 2 Características de las personas participantes en los grupos de discusión

Participantes	Sexo	Profesión	Distrito/hospital	Provincia	Sensibilización con la estrategia
P1	Hombre	Trabajo Social	DSAP Bahía de Cádiz	Cádiz	Alta
P2	Mujer	Trabajo Social	DSAP Córdoba	Córdoba	Alta
P3	Mujer	Trabajo Social	AGS Sur de Córdoba	Córdoba	Media
P4	Mujer	Trabajo Social	DSAP Metropolitano	Granada	Alta
P5	Mujer	Trabajo Social	DSAP Metropolitano	Granada	Baja
P6	Mujer	Trabajo Social	DSAP Jaén	Jaén	Alta
P7	Hombre	Trabajo Social	DSAP Sevilla	Sevilla	Baja
P8	Mujer	Trabajo Social	AGS Serranía de Málaga	Málaga	Alta
P9	Mujer	Medicina de familia	DSAP Sevilla	Sevilla	Baja
P10	Hombre	Enfermería	DSAP Sevilla	Sevilla	Baja
P11	Mujer	Medicina de familia	DSAP Sevilla	Sevilla	Alta
P12	Hombre	Medicina de familia	DSAP Aljarafe	Sevilla	Alta
P13	Hombre	Enfermería	DSAP Aljarafe	Sevilla	Alta
P14	Mujer	Medicina de familia	DSAP Sevilla	Sevilla	Baja
P15	Hombre	Psicología clínica	Hospital Virgen del Rocío	Sevilla	Media
P16	Hombre	Técnico Promoción de la salud	DSAP Sevilla	Sevilla	Alta
P17	Hombre	Medicina de familia	DSAP Málaga	Málaga	Alta
P18	Mujer	Medicina de familia	DSAP Málaga	Málaga	Alta
P19	Hombre	Medicina de familia	DSAP Málaga	Málaga	Baja
P20	Mujer	Enfermería	DSAP Málaga	Málaga	Baja
P21	Mujer	Enfermería	DSAP Málaga	Málaga	Alta
P22	Mujer	Medicina de familia	DSAP Málaga	Málaga	Alta
P23	Hombre	Psicología clínica	Hospital Virgen de la Victoria	Málaga	Alta
P24	Mujer	Enfermería	DSAP Málaga	Málaga	Alta

Fuente: Elaboración propia.

información se realizó a través del programa informático Atlas.ti. 8.0: se definieron un total de 38 códigos y 6 grupos de códigos directamente relacionados con la definición de GRUSE, debilidades y fortalezas, impacto de la estrategia y propuestas de mejoras. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía.

Resultados y discusión

En el análisis de los discursos ofrecidos por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía aparecen, de forma reiterada, 3 ideas claves: se trata de una estrategia no medicalizadora y no farmacológica; el valor del trabajo de grupo para generar cambios a nivel individual y grupal, y las redes de apoyo social que se generan con este tipo de intervención grupal.

Estrategia no medicalizadora

Ante un sistema sanitario que prima lo asistencial frente a las acciones preventivas y promocionales, la estrategia es puesta en valor por los profesionales como un programa

de promoción de la salud que ofrece una alternativa a la medicalización de los malestares sociales que padecen las mujeres. Señalan que, a través de la intervención, las mujeres adquieren habilidades y herramientas para afrontar las dificultades y acontecimientos que se presentan en la vida cotidiana (tabla 3).

En los discursos emerge el sexo como elemento significativo en la implicación y valoración de la estrategia. Los profesionales manifiestan que quienes más derivaciones realizan a GRUSE son principalmente mujeres, por lo que se encuentra que, hasta en esas otras maneras de intervenir que provocan cambios, existe una cierta diferenciación de género.

En mi centro, por ejemplo, cuando empezó esto, nos lo presentaron en una reunión clínica, una reunión de equipo, y bueno... «con que mandemos 2 mujeres cada médico, pues hacemos un grupo bastante numeroso». Y yo estoy aquí porque he sido el chico que mandaba, otros compañeros no, salvo las compañeras mujeres que sí mandaban algunas, pero de los demás compañeros ninguno mandaba (P17).

Los GRUSE, desarrollados mediante una metodología participativa, permiten a las mujeres la expresión de sus

Tabla 3 Percepción de la estrategia GRUSE de las personas participantes

Participantes	Discursos
P15	Yo creo que fundamentalmente es dar también herramientas para enfrentarnos a los problemas de la vida diaria, que están generando enfermedades o malestares, no enfermedades psiquiátricas, pero sí síntomas tanto en la esfera psicológica como en la esfera física. Muchas veces se está medicalizando, se está psiquiatrizando, esta es una herramienta que podría servir para desvincularlo del tema médico, del tema enfermedad, y tener esas herramientas para poder seguir avanzando en la vida
P2	Entonces el GRUSE es una herramienta, hay que recalcarlo, una herramienta para que el sanitario discrimine si le va a dar una oportunidad diferente a la persona que tiene sentada en frente [en vez de] empezar esa escalera de medicalizar poniendo fármacos.
P11	Me parece una herramienta bastante importante, que dentro de este sistema medicalizado en el que estamos, esto le puede servir en este caso a muchas mujeres como desahogo emocional, [para] crear redes de apoyo, desarrollar habilidades para su vida diaria [y] que les pueda ir mejor.
P4	Yo creo que facilitar conocimientos y herramientas para que las propias mujeres se provoquen el cambio, pero desde dentro, donde se dan cuenta por ellas mismas de que pueden llevar su día a día de otra manera, porque hay que darles otros cimientos para que cambien, y desde dentro, no que venga desde el exterior.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4 Impactos del GRUSE en las mujeres percibidos por los profesionales

Categorías	Discursos
Bienestar personal	...tú ves que la persona ha cambiado; ves que ha cambiado de cómo te entró, ha cambiado en cómo se relaciona, ha cambiado en cómo se enfrenta a su género, ha cambiado en cómo se enfrenta a los conflictos (P4).
Autoestima	...porque les servía como de aliciente para salir, arreglarse, pintarse un poquito, ir al centro, pasarlo bien (P2). Adquieren herramientas para aumentar la autoestima y encontrarse mejor consigo mismas (P21).
Autodeterminación (toma de decisiones)	...las hay que son capaces de, a partir de ahí, tomar las riendas de su vida. Esas mejoran espectacularmente. Mejoran las riendas de su vida, que a veces es tomar decisiones que no se han atrevido [a tomar] hasta ese momento (P1).
Apoyo entre iguales	...bueno, y el hecho de compartir con otras personas que también estaban mal, y de ver como esa otra persona también la apoya y la quiere ayudar o tiene también alguna herramienta para trabajar, yo en eso creo que ha mejorado bastante (P4).
Aumento de las relaciones sociales/ Inclusión social	Es que verdaderamente quitamos el aislamiento que tienen estas personas en el tema de sus problemas, tema de depresión, ansiedad. Ese que tienen, que no tiene la ayuda de los familiares o de los amigos, indudablemente este tipo de dispositivos son una maravilla (P2).

Fuente: Elaboración propia

opiniones, sus emociones y sentirse escuchadas. Esto convierte a la estrategia en un espacio de humanización en el que compartir las experiencias personales entre iguales y se convierte en un espacio liberador de sus malestares y una salida al espacio público, frente al espacio privado-doméstico en el que transcurre la vida de la mayoría de las participantes^{16,17}. Los profesionales perciben una serie de cambios en las mujeres tras la intervención, expresados por ellas mismas cuando acuden a nuevas consultas, relacionados con el bienestar personal, la autoestima, la autodeterminación, el apoyo entre iguales y el aumento de las relaciones sociales (tabla 4). Estos son elementos que se trabajan en los GRUSE y que han sido evaluados mediante distintos elementos¹². Además, señalan el enfoque sistémico de esos cambios, pues un cambio en ellas repercute de manera directa en su entorno más inmediato, tal como su familia y sus amistades.

El valor del trabajo de grupo

Los profesionales apuntan que el valor del trabajo de grupo está en las relaciones que se establecen entre las mujeres. Sin necesidad de un conocimiento previo entre ellas, se genera un contexto y un medio de ayuda para cada mujer y para el grupo¹⁸. Manifiestan que el trabajo en grupo se traduce en un espacio de encuentro, de identificación entre las participantes y de apoyo mutuo, en el que se consigue crear un clima de respeto y confianza para el aprendizaje entre iguales (tabla 5). Y es que el grupo, en un sentido de experiencia emocional, no se desvanece cuando sus integrantes dejan de reunirse, pues pervive como una experiencia y como un referente para cada una de las participantes¹⁹. En los discursos se observa como el propio grupo se convierte, por tanto, en un activo, en un elemento transformador y de cambio en las participantes.

Tabla 5 Opinión de los profesionales sobre el valor del trabajo de grupo

Participantes	Discursos
P11	Yo veo también que una fortaleza importante es la metodología que utiliza, la metodología de trabajo donde la participación, el utilizar lo experiencial de la gente, que es lo que todo el mundo pueda, digamos, comunicar allí sus vivencias y participar activamente entre todos, y esa riqueza de grupo que se forma.
P20	Es una estrategia clara de educación para la salud grupal, con un fundamento importante de apoyo mutuo de las personas que participan en estos grupos, donde se trabaja el componente psicológico, pero también el componente social de la persona y del entorno también que tiene a su alrededor.
P3	Descubrí de pronto la capacidad que tiene el grupo en sí mismo, entonces cuanta más experiencia, más desarrollo ese tipo de relaciones entre ellas. Un poco lo que tú decías, que muchas veces aparecen problemas, conflictos y ellas mismas los resuelven.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6 Percepción de los profesionales sobre la construcción de redes sociales

Participantes	Discursos
P2	Además, al ser grupal, existe la potencia de los grupos y la regeneración de redes. Yo creo que esa es una de las cosas chulas que tiene también, que las personas participantes, en este caso las mujeres participantes, [...], que yo creo que es la gente que luego mejor mantiene los efectos beneficiosos del abordaje grupal, cuando generan las redes, y esa red se mantiene un poquito, la gente sigue, organiza actividades ya por libre, es cuando yo creo que se podría construir algo como [sic] más exitoso.
P11	Yo lo veo en los grupos de WhatsApp y demás, esos grupos después desarrollan actividades, se meten en otros grupos, se ponen a hacer yoga, otras se van a cursos de crecimiento y desarrollo personal, se empiezan a implicar más (...) Y yo ya sé de qué grupos son y además es que te lo dicen...«he visto a Mari Carmen, está peor...», te lo cuentan las otras, «pero ya las hemos llamado nosotras, les hemos dicho...» en ese plan, esos son los grupos que más han persistido el efecto, por decirlo de alguna manera.

Fuente: Elaboración propia.

En las voces de los profesionales se identifica cómo esta estrategia se ha convertido en un recurso del sistema sanitario para abordar ciertos SSCO, aunque haya profesionales que sean más receptivos que otros a la hora de hacer uso de ella.

El personal sanitario muchas veces no está implicado, como hemos dicho, en la captación, sino que es mucho más fácil, por falta de tiempo, porque tienes que meter montones de iconos, porque tienes que hacer montones de cosas..., le mando el lorazepam o lo que sea y le dices «relájate y respira tranquila en tu casa y espera que el tiempo cure» (P18).

La construcción de redes sociales

En los discursos se observa el papel del apoyo y la capacitación que ofrece el trabajo en grupo, que es un elemento favorecedor para que se genere una red de apoyo social entre las participantes, más allá de las sesiones realizadas en los centros de salud en el tiempo que dura el GRUSE. Esa red se convierte en un elemento saludable y de bienestar personal²⁰ (tabla 6). Los profesionales manifiestan que en aquellos grupos (o en aquellas mujeres de un determinado grupo) que son capaces de potenciar una red social, el beneficio que se obtiene es mayor y, por consiguiente, la estrategia en sí alcanza un mayor impacto.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

El aporte de esta investigación al ámbito de salud es mostrar cómo la intervención grupal GRUSE supone una alternativa para abordar ciertos SSOC, y se concluye que, en opinión de los profesionales participantes en este estudio, la estrategia tiene efectos positivos en las mujeres y no supone un incremento de recursos para el sistema sanitario. Así mismo, este trabajo ha mostrado el valor de la intervención grupal para provocar cambios en las mujeres. Estas han adquirido estrategias y herramientas para afrontar de otro modo los acontecimientos de la vida cotidiana. Además, la participación en los grupos amplía su red social. Estos resultados quedan avalados con los hallazgos de otras investigaciones revisadas sobre los efectos de las intervenciones grupales, en las que se demuestran que hay mejores resultados cuando se tratan temáticas que atraviesan a quienes participan²¹⁻²³.

Los profesionales del trabajo social sienten la necesidad de generar otro tipo de actuaciones una vez finalizado el GRUSE, con el objetivo de recordar o reforzar ciertas habilidades y conocimientos que aprendieron. Se plantea como la «vacuna del recuerdo» para que los efectos de la intervención perduren. Esto supone una propuesta para seguir mejorando la estrategia.

Los resultados de esta investigación conducen a pensar en la necesidad de aplicar este tipo de intervención a otros sectores de población que también experimentan malestares psicosociales, cuyo origen se identifica con dificultades para afrontar situaciones de la vida cotidiana. Se

incluye en este grupo a personas adultas que presentan SSCO, junto a una percepción de incapacidad para manejar o afrontar situaciones adversas relacionadas con los mandatos tradicionales de género, complicaciones socioeconómicas, laborales, familiares o personales, acontecimientos vitales que configuren un factor de riesgo en personas vulnerables, o situaciones problemáticas que no aparecen como factor de riesgo, pero que suscitan demanda de ayuda o atención.

De hecho, el Sistema Sanitario Público de Andalucía ha comenzado a ampliar la estrategia GRUSE a los hombres que presentan síntomas de malestar físico o emocional sin explicación fisiológica aparente (insomnio, somatizaciones, baja autoestima, etc.) o conductas de riesgo para su salud (aislamiento, sedentarismo, abuso de alcohol, etc.), fruto principalmente de conflictos con la construcción social tradicional del género masculino. Esta otra intervención es una motivación para continuar investigando en esta línea.

El propósito de este artículo ha sido presentar los resultados del análisis de la información de los profesionales y su coherencia con los obtenidos a través del análisis de la información aportada por las mujeres participantes en los GRUSE²⁴. En esta ocasión, se ha puesto en valor la percepción y opinión de los profesionales ante una estrategia no medicalizadora e innovadora, en el contexto de un sistema caracterizado por la medicalización y lo asistencial. Si bien la muestra se presentaba idónea para los fines que se buscaba, se subraya como limitación más importante que los GD fueron llevados a cabo en espacios donde había profesionales que se conocían y tenían vinculación entre sí, lo que pudo condicionar, en determinados momentos, la expresión de las opiniones.

Lo conocido sobre el tema

- Muchas personas que acuden a Atención Primaria presentan síntomas somáticos sin causa orgánica.
- Las respuestas suelen ser medicalizadas y farmacológicas.
- Existen experiencias de intervención grupal, en el ámbito de la salud, que mejoran el bienestar de las personas.

Qué aporta este estudio

- Se analiza la visión de los profesionales del ámbito de la salud sobre la intervención grupal con mujeres en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- La intervención se muestra eficaz, además de eficiente, por los cambios que se perciben en las participantes.
- Se valora la experiencia como estrategia no medicalizadora y no farmacológica.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado a través de la Convocatoria de Subvenciones para la Investigación, Desarrollo e Innovación Biomédica y en Ciencias de la Salud para el año 2016, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (PS-0088-2016).

Conflicto de intereses

El equipo investigador no tiene ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Se agradece la inestimable colaboración de Patricia García Roldán, quien ha coordinado el trabajo de campo, y de Pablo García-Cubillana de la Cruz por permitirnos el desarrollo de la investigación. Agradecemos también la participación a todos los profesionales que dedicaron su tiempo y quisieron compartir sus opiniones con el equipo investigador.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Gender and women's mental health. 2001. [consultado 18 Mar 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
2. Vázquez J, Wilkinson G, Williams P, Diez-Manrique J, Peña C. Mental health and medical consultation in primary care settings. *Psychol Med.* 1990;20:681-94, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700017207>.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). 2017 [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNa2017/ENSE2017_notatecnica.pdf.
4. Piccinelli M, Homen FG. *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and Schizophrenia*. Ginebra, Suiza: World Health Organization, Division of Mental Health and Substance Abuse; 1997.
5. Velasco S. *Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica y programas de salud*. Madrid: Minerva Ediciones; 2009.
6. 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 Pública.* 2006;80:317-33, <http://dx.doi.org/10.1590/s1135-57272006000400003>.
7. Gil E, Romo N, Poo M, Meneses C, Markez I, Vega A, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 2005;35:402-7, <http://dx.doi.org/10.1157/13074791>.
8. 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 [consultado 20 Mar 2020]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rtct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiU7PK1-IHqAhXp1uAKHRNGCSMQFjAAegQJARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.juntadeandalucia.es%2Fsalud%2Fservicios%2Fcontenidos%2Fandaluciaessalud%2Fdocs%2F158%2FGRUSE_MANUAL_v4.pdf&usq=AOvVaw2NikCVitVzWf6N5IEhLQA1.

9. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int.* 1996;11:11–8, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>.
10. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Fundesfam.* 2010;2 [consultado 6 Abr 2020]. Disponible en: <http://www.fundesfam.org/revista%20fundesfam%201/007revisiones.htm>.
11. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context: Theory, methods, action. *JAMA.* 2011;305:945–6, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.233>.
12. Iáñez-Domínguez A, Álvarez R, García-Cubillana P, Luque-Ribelles V, Morales-Marente E, Palacios-Gálvez MS. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit.* 2019;33:398–400, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.014>.
13. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados.* Barcelona: Paidós; 1987.
14. Martín E. El grupo de discusión como situación social. *Rev Esp Invest Sociol.* 1997;79:81–112, <http://dx.doi.org/10.2307/40184009>.
15. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. *Aportaciones de la investigación cualitativa.* Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol; 2014. Disponible en: https://www.academia.edu/33852350/Berenguera.A._2014._Escuchar_observar_y_comprender.
16. Lagarde M. *Claves feministas para la autoestima de las mujeres.* Madrid: Horas Horas; 2000.
17. Lagarde M. *Para mis socias de la vida. Claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, los liderazgos entrañables, las negociaciones en el amor.* Madrid: Horas Horas; 2005.
18. Vinter R. *Práctica del servicio social de grupo.* Buenos Aires: Humanitas; 1969.
19. Rossell T. Trabajo social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuad Trab Soc.* 1998;11:103–22.
20. Villalba C. Redes sociales: Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. *Interv Psicosoc.* 1993;2:69–85.
21. Lindsay J, Roya V, Montminy L, Turcottea D, Genest-Dufaul S. The emergence and the effects of therapeutic factors in groups. *Social Work Groups.* 2008;31:255–71, <http://dx.doi.org/10.1080/01609510801981029>.
22. McGrady A, Brennan J, Lynch D. Effects of wellness programs in family medicine. *Appl Psychophysiol Biofeedback.* 2009;34:121–6, <http://dx.doi.org/10.1007/s10484-009-9084-3>.
23. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the Ready program. *Psychol Health Med.* 2010;15:266–77, <http://dx.doi.org/10.1080/13548501003758710>.
24. Palacios-Gálvez MS, Morales-Marente E, Iáñez-Domínguez A, Luque-Ribelles V. Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres. *Gac Sanit.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.005>.