

Original

Impacto de los grupos socioeducativos de atención primaria en la salud mental de las mujeres



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

^a Departamento de Psicología Social, Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva, Huelva, España

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

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

^d Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, Cádiz, España

^e Instituto Universitario de Investigación para el Desarrollo Social Sostenible (INDESS), Cádiz, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de noviembre de 2019

Aceptado el 20 de febrero de 2020

On-line el 28 de abril de 2020

Palabras clave:

Salud mental
Evaluación de programa
Promoción de la salud
Género
Grupos de mujeres

Keywords:

Mental health
Program evaluation
Health promotion
Gender
Women's groups

R E S U M E N

Objetivo: Presentar parte de los resultados de la evaluación de esta estrategia.

Método: Diseño longitudinal (pre-post) y cuasiexperimental (grupo experimental y control), recogiendo información de 228 mujeres (114 en cada grupo) en cuatro momentos (un mes antes del programa, al mes de finalizarlo, a los 6 meses y al año y medio). Entre los instrumentos utilizados se encuentran la Escala de Ansiedad y Depresión y la Escala de Autoestima.

Resultados: Las mujeres del grupo experimental reducen sus síntomas de depresión y ansiedad, y mejoran su autoestima, tras participar en el programa, y esta mejoría se mantiene hasta un año y medio después de finalizarlo. Por el contrario, las mujeres del grupo control no presentan diferencias pre-post en casi ninguna de las variables analizadas (salvo en los síntomas de ansiedad).

Conclusión: Estos resultados apoyan los GRUSE como intervención no medicalizadora, y se considera que pueden servir como estímulo para mantener la estrategia e incluso extenderla a otros grupos de población que también experimenten malestar psicosocial.

© 2020 SESPAS. 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/>).

Impact of primary care socio-educational groups in mental health of women

A B S T R A C T

Objective: To present part of the results of the evaluation of this strategy.

Method: Longitudinal (pre-post) and quasi-experimental (experimental and control group) design, collecting information from 228 women (114 each group) in four moments (one month before the program; one month after the end of the program; six months and a year and a half). Among the instruments used are the Anxiety and Depression Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale.

Results: Women in the experimental group reduce their symptoms of depression and anxiety and improve their self-esteem after participating in the program, and this improvement is maintained until a year and a half after the end of it. On the contrary, women in the control group do not present pre-post differences in almost none of the variables analyzed (except in anxiety symptoms).

Conclusion: These results support GRUSE as a non-medical intervention, and it is considered that they can serve as a stimulus to maintain the strategy and even extend it to other population groups that also experience psychosocial discomfort.

© 2020 SESPAS. 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

Se calcula que entre el 30% y el 60% de las visitas recibidas en atención primaria se deben a síntomas somáticos sin causa orgánica, y de estas, entre el 73% y el 80% son mujeres adultas^{1–5}. Son demandas relacionadas con ansiedad (38%), depresión (25%)

o somatizaciones (58%), o bien se trata de demandas inespecíficas que no se corresponden con un problema de salud identificado, pero que se manifiestan a través de distintos síntomas somáticos «de etiología mal conocida, de diagnóstico difícil y solapable, de curso crónico, y no se cuenta con un tratamiento médico que se haya mostrado eficaz»⁵. La mayoría de este malestar en las mujeres se relaciona con el contexto sociocultural y las vivencias provocadas por factores psicosociales de género⁶.

En España, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, el 6,7% de las personas adultas refiere padecer ansiedad crónica: el

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: maria.palacios@dpi.uhu.es (M.S. Palacios-Gálvez).

4,3% de los hombres y el 9,1% de las mujeres. La depresión se declara en la misma proporción (6,7%) y es más del doble en las mujeres (9,2%) que en los hombres (4%). Profundizando en su origen, el 20% son endógenas o biológicas, y afectan por igual a hombres y mujeres. Sin embargo, el 80% restante son depresiones exógenas o situacionales, las cuales afectan de forma muy desigual a hombres (30%) y mujeres (70%)⁷.

En los años 1990, Mabel Burín acuñó la expresión «el malestar de las mujeres» para referirse a las alteraciones mentales comunes (síntomatología ansioso-depresiva y somatizaciones), el dolor sin causa orgánica y los síndromes funcionales que estas presentaban⁸. Hace referencia a los factores psicosociales y las vivencias subjetivas de género que los determinan, y que no es posible diagnosticar ni abordar adecuadamente si no se incluye un enfoque que permita tener en cuenta tanto el contexto de las pacientes como su vivencia subjetiva y los condicionantes de género que subyacen⁹. Este síndrome de los males de género es definido por Velasco et al.¹⁰ como «el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas somáticos y anímicos sin causa orgánica demostrable», lo que Regina Rodríguez¹¹ había denominado ya «la otra salud mental».

En atención primaria, las quejas biológicas suelen ser escuchadas, pero la demanda implícita que puede apoyarse en el contexto psicosocial y de género no suele tenerse en cuenta. Las pacientes con este malestar son percibidas como difíciles, insatisfechas e incluso frustrantes para el profesional sanitario⁴. Estas demandas suelen recibir una respuesta medicalizada, con un tratamiento psicofarmacológico que intenta aliviar el estado de malestar de la persona que lo sufre, pero que en muchos casos no consigue los resultados esperados. Más bien lo que se hace es invisibilizar la causa de los síntomas, facilitar la cronificación de los problemas a través de la medicación tranquilizadora inespecífica y dejar a las mujeres en un estado de preenfemenidad letárgico^{4,12}.

El abordaje de estas demandas desde el paradigma biomédico se presenta limitado, pues su teoría de la salud no incluye estos aspectos del funcionamiento humano que probablemente determinan la sintomatología. Existen teorías alternativas a la biomédica que amplían las posibilidades de comprensión del problema, incluyendo factores contextuales, de género y subjetivos asociados al proceso de salud-enfermedad, y que producen modelos con mayor potencial de atención integral⁵. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud ha puesto de relieve la importancia de los factores psicosociales y ambientales que condicionan la salud mental individual y comunitaria, y ha definido factores de protección y de riesgo, que es necesario abordar desde una estrategia de promoción de la salud mental^{13–17}. Así, las intervenciones en salud mental están experimentando un importante cambio, desde una visión centrada exclusivamente en lo asistencial e individual hacia un enfoque más centrado en la promoción de la salud y el bienestar de la población¹⁵.

En los últimos años ha cobrado interés la salud comunitaria, entendida como aquellas acciones para mejorar la salud de la comunidad, vinculada tanto a la promoción de la salud como a la atención primaria. Las estrategias de salud pública destinadas a abordar los determinantes sociales de la salud están poniendo el énfasis en los factores que potencian la salud de las personas y de las sociedades^{18,19}, ganando valor la propuesta de «activos para la salud»²⁰. Un activo en salud es cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de las personas, las comunidades y las poblaciones para mantener la salud y el bienestar^{20,21}.

Para abordar las consultas en atención primaria relacionadas con síntomas somáticos sin causa orgánica, y con el fin de desarrollar una estrategia de promoción de la salud con enfoque de género, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha en 2011 un programa destinado a fomentar los activos para la salud y

el bienestar emocional de las mujeres andaluzas: los grupos socioeducativos (GRUSE). Su estructura y contenidos pueden consultarse en los manuales publicados y accesibles *online*²², así como el diseño de su evaluación²³. Según Sobrino et al.²⁴, se trata de una intervención con orientación comunitaria, que lleva a cabo un trabajo educativo grupal. Consiste en mejorar la salud mental de las mujeres participantes incrementando su capacidad de afrontamiento ante las dificultades de la vida cotidiana, mediante el fomento de aquello que tiene efectos positivos para la salud: la red de apoyo social, la autoestima, la conciencia de género y los sentimientos de autoeficacia²⁵.

En este trabajo se evalúan los resultados de la estrategia GRUSE analizando el impacto que tiene sobre la salud mental de las mujeres participantes. En concreto, se presentan los resultados observados en la sintomatología ansioso-depresiva y la autoestima de las mujeres.

Método

Diseño

El estudio tiene un diseño longitudinal y cuasiexperimental, con un grupo experimental y un grupo control, lo que permite realizar análisis intrasujeto y entre grupos.

Medición de las variables

La administración de los cuestionarios se realizó en cuatro momentos²³: antes del inicio del grupo (momento 1) y, una vez finalizado, al mes (momento 2), a los 6 meses (momento 3) y a los 18 meses (momento 4). Los cuestionarios se fueron administrando, según el desarrollo de cada grupo, en el periodo comprendido entre enero de 2017 y noviembre de 2018.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 228 mujeres, de las cuales 114 formaban el grupo experimental y 114 el grupo control, pertenecientes a 30 grupos ya conformados (15 grupos en activo y 15 a la espera de comenzar). La selección se hizo por conveniencia: debían ser mujeres que formasen parte de grupos dirigidos por trabajadores/as sociales con experiencia y antigüedad en la puesta en marcha de GRUSE. El grupo experimental lo formaban mujeres que estaban iniciando su participación en los GRUSE en el momento de la evaluación. El grupo control lo formaban mujeres, seleccionadas aleatoriamente de las mismas Unidades de Gestión Clínica que las del grupo experimental, que estaban esperando que comenzase su GRUSE.

En la muestra estaban representadas seis de las ocho provincias andaluzas y los diferentes ámbitos geográficos (rural, urbano, áreas metropolitanas, etc.). La edad de las mujeres estaba comprendida entre los 21 y los 80 años, con una media de 50,96 años (desviación típica: 12,19). Un porcentaje mayoritario de mujeres tenía un nivel de estudios básicos o primarios, tenía pareja y se encontraba desempleada o se dedicaba al trabajo doméstico no remunerado. Como puede verse en la *tabla 1*, los grupos experimental y control eran equivalentes tanto en sus características sociodemográficas como en la puntuación media inicial de las variables estudiadas (síntomatología ansioso-depresiva y autoestima).

Todas las participantes firmaron voluntariamente el consentimiento informado y la investigación contó con el Certificado del Comité de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía, con resolución favorable desde el 29 de mayo de 2015.

Tabla 1

Porcentaje de mujeres por cada variable sociodemográfica y puntuaciones medias de las variables de estudio antes de comenzar la intervención, en función del grupo

Variable	Categorías	Experimental	Control
Tramos de edad	20-35 años	9,6	12,3
	36-45 años	23,7	16,7
	46-55 años	36,0	28,1
	56-65 años	21,9	31,6
	66-74 años	7,0	7,9
	75-80 años	1,8	3,5
Nivel de estudios	No sabe leer ni escribir/sin estudios	0,9	5,3
	Sin estudios/lee y escribe	14,9	29,8
	Primaria/graduado escolar	36,8	27,2
	Secundaria obligatoria	7,0	12,3
	Bachillerato	7,9	5,3
	FP grado medio	16,7	10,5
	Titulación universitaria	9,6	7,0
	FP grado superior	1,8	0,9
	Otros estudios no reglados	3,5	0,9
Situación laboral	Trabajo doméstico no remunerado	29,8	20,2
	Contrato tiempo completo	5,3	8,8
	Contrato tiempo parcial	7,0	7,0
	Trabaja sin contrato	4,4	4,4
	Trabaja por temporadas	6,1	6,1
	Baja laboral temporal	3,5	4,4
	Desempleada	22,8	27,2
	Jubilada	7,0	12,3
	Pensionista por incapacidad permanente	11,4	7,0
	NS/NC	0,9	0,9
	Estado civil	Soltera	7,0
Casada/pareja de hecho		61,4	53,5
Divorciada/separada		19,3	20,2
Viuda		3,5	7,9
Otro		3,5	5,3
NS/NC		0,9	0,0
Tamaño del municipio	Entre 2001 y 10.000 hab.	20,2	14,0
	Entre 10.001 y 50.000 hab.	32,5	39,5
	Entre 50.001 y 100.000 hab.	18,4	17,5
	Más de 100.000 hab.	28,9	28,9
Provincia	Huelva	6,1	6,1
	Sevilla	29,8	29,8
	Cádiz	21,9	21,1
	Málaga	7,9	9,6
	Jaén	16,7	16,7
	Almería	17,5	16,7
Ingresos netos	Sin ingresos	1,8	3,5
	300 euros o menos	3,5	2,6
	301-600 euros	13,2	21,1
	601-900 euros	20,2	18,4
	901-1200 euros	27,2	19,3
	1201-1800 euros	21,9	18,4
	1801-2400 euros	5,3	10,5
	2400-3000 euros	3,5	3,5
	3001-4500 euros	0,9	0,8
	NS/NC	0,9	1,8
	Línea base (M1) de las variables de estudio (síntomatología ansioso-depresiva y autoestima)	Síntomas de ansiedad [t(223) = -1,359; p = 0,175, NS]	6,938 (DT: 2,10)
Síntomas de depresión [t(223) = -0,616; p = 0,539, NS]		5,788 (DT: 2,38)	5,991 (DT: 2,57)
Autoestima positiva [t(224) = -1,872; p = 0,063, NS]		14,684(DT: 3,26)	15,446(DT: 2,85)

DT: desviación típica; NS: no significativo; NS/NC: no sabe/no contesta.

Procedimiento

Para seleccionar a los/las profesionales que desarrollaban las sesiones de intervención se contactó con las Unidades de Gestión Clínica de atención primaria, solicitando su colaboración voluntaria. Con estos/estas profesionales se llevó a cabo una sesión formativa sobre el manejo de los instrumentos de recogida de información.

Instrumentos

El cuestionario que se aplicó a las mujeres incluía, entre otras, la medición de las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas: edad, nivel académico, estado civil, situación laboral, tamaño y provincia del municipio, e ingresos.

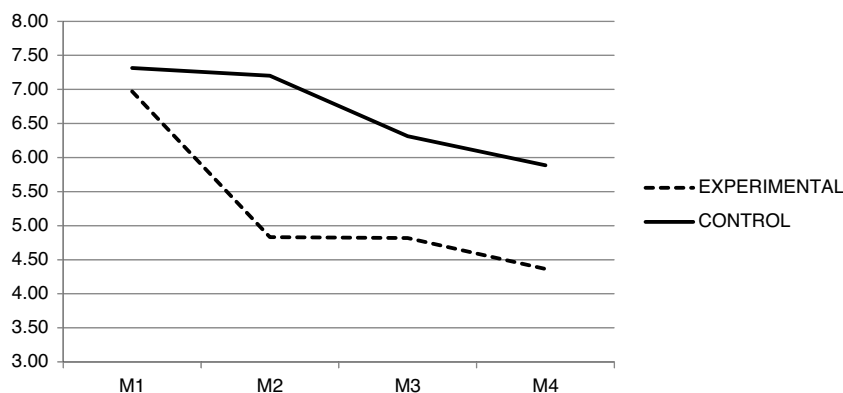


Figura 1. Puntuaciones en ansiedad antes (M1) y, tras la intervención, al mes (M2), 6 meses (M3) y 18 meses (M4).

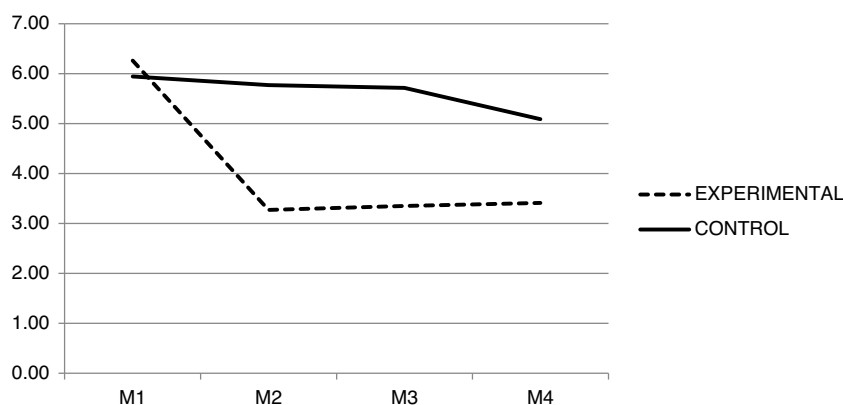


Figura 2. Puntuaciones en depresión antes (M1) y, tras la intervención, al mes (M2), 6 meses (M3) y 18 meses (M4).

- Síntomas de depresión y ansiedad: se utilizó la adaptación al español²⁶ de la Escala de Ansiedad y Depresión²⁷. El formato de respuesta es dicotómico (0 = no y 1 = sí). La escala consta de dos subescalas (de nueve ítems cada una), una de sintomatología ansiosa y otra de sintomatología depresiva, con un rango total de puntuación de 0 a 9. Las puntuaciones más altas indican más sintomatología. La consistencia interna de las escalas en el momento 1 fue de $\alpha = 0,77$ para la escala de depresión y de $\alpha = 0,72$ para la escala de ansiedad.
- Autoestima: validación²⁸ de la Escala de Autoestima²⁹. Contiene dos subescalas: una de autoestima positiva y otra de autoestima negativa, cada una con cinco ítems. Para esta investigación solo consideramos los cinco ítems de la subescala de autoestima positiva. El formato de respuesta es en una escala tipo Likert de 1 (muy de acuerdo) a 4 (muy en desacuerdo). Las puntuaciones más altas indican menor autoestima. La consistencia interna en el momento 1 fue de $\alpha = 0,82$.

El cuestionario incluía, además, otras variables personales indicadoras de calidad de vida (bienestar emocional, autodeterminación, relaciones interpersonales e inclusión social), satisfacción con la vida y uso del tiempo²³.

Tratamiento de los datos

Se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas tomando como factor intrasujeto las puntuaciones en las escalas de ansiedad, depresión y autoestima antes (momento 1) y después de la intervención (momentos 2, 3 y 4). El factor intersujeto o entregrupos es el grupo, con dos niveles: control *versus* experimental. De esta forma se pueden comparar las puntuaciones en las escalas

obtenidas en los cuatro momentos de la medición, tanto dentro de cada grupo como comparando ambos.

Resultados

Síntomas de ansiedad y depresión

Se encuentra un efecto principal del factor entregrupos en ambas medidas: las mujeres del grupo experimental reducen sus síntomas de ansiedad y depresivos después de la intervención, y esta reducción se mantiene hasta un año y medio después, con diferencias respecto al grupo control.

En el caso de los síntomas de ansiedad, se encuentra además un efecto intrasujeto en el grupo experimental, siendo la media en el primer momento (antes de la intervención) superior a las medias encontradas en los otros tres momentos posteriores. En el grupo control también se observa un efecto intrasujeto. En este caso, las medias en los momentos 1 y 2 se mantienen similares, mientras que descienden en el momento 3 y se mantienen en el momento 4. Sin embargo, pese al descenso de las puntuaciones medias en síntomas de ansiedad en ambos grupos, los análisis de las medias en los momentos 3 y 4 indican que la sintomatología ansiosa de las mujeres del grupo experimental desciende significativamente en comparación con la del grupo control (fig. 1).

Para los síntomas depresivos, atendiendo a los efectos intrasujeto se encuentra que las mujeres del grupo experimental manifiestan un descenso en sus puntuaciones medias en el momento 2 respecto al momento 1, y que este descenso se mantiene con puntuaciones similares en los momentos posteriores. Sin embargo, no se encuentra este efecto en las mujeres del grupo control, que presentan puntuaciones similares en los cuatro momentos

Tabla 2

Significación de las pruebas ANOVA de medidas repetidas en ansiedad y depresión antes y después de la intervención, en función del grupo

	Media (DT) Momento 1	Media (DT) Momento 2	Media (DT) Momento 3	Media (DT) Momento 4	ANOVA intrasujeto
<i>Ansiedad</i>					
Grupo experimental	6,97 (2,12)	4,83 (2,56)	4,82 (2,96)	4,37 (2,89)	F(1,65) = 31,93; p < 0,001 (F(1,34) = 17,93; p < 0,001
Grupo control	7,31(2,42)	7,2 (1,91)	6,31 (2,36)	5,89 (2,64)	
ANOVA entregrupos	F(1,224) = 1,85; p = 0,175	F(1,172) = 25,38; p < 0,001	F(1,135) = 14,45; p < 0,001	F(1,147) = 11,79; p < 0,001	
Efecto principal	F(1,99) = 12,82; p < 0,005				
<i>Depresión</i>					
Grupo experimental	6,26 (2,26)	3,27 (2,61)	3,35 (2,55)	3,41 (2,38)	F(1,65) = 47,62; p < 0,001 F(1,34) = 3,74; p = 0,06
Grupo control	5,94 (2,72)	5,77 (2,31)	5,71 (3,51)	5,09 (2,76)	
ANOVA entregrupos	F(1,224) = 0,38; p = 0,54	F(1,172) = 30,88; p < 0,001	F(1,135) = 25,75; p < 0,001	F(1,147) = 14,14; p < 0,001	
Efecto principal	F(1,99) = 593,66; p < 0,001				

DT: desviación típica.

de la evaluación. Los resultados de las puntuaciones en síntomas de depresión se muestran en la [figura 2](#). Los datos relativos a las puntuaciones medias, las desviaciones típicas y los estadísticos de las pruebas de análisis de varianza (ANOVA) de sintomatología ansioso-depresiva se encuentran en la [tabla 2](#).

Autoestima

Se observa un efecto principal del factor entregrupos en la autoestima: como puede verse en la [tabla 3](#), en el momento 1 no hay diferencias significativas en las puntuaciones medias entre el grupo control y el experimental, mientras que en los momentos siguientes de la intervención se encuentran diferencias a favor del grupo experimental. Cuando se hacen las comparaciones intrasujeto *a posteriori*, las mujeres del grupo experimental presentan mejor autoestima que las mujeres del grupo control tras la intervención, y esta mejoría se mantiene hasta un año y medio después. Por el contrario, no se encuentra efecto en las puntuaciones de las mujeres del grupo control. Los resultados de las puntuaciones en autoestima pueden verse en la [figura 3](#). Las puntuaciones medias, las desviaciones típicas y los resultados de las pruebas ANOVA se muestran en la [tabla 3](#).

Discusión

El objetivo principal de este trabajo era realizar una evaluación externa, objetiva y rigurosa de una política pública mediante el diseño de un estudio longitudinal y cuasiexperimental. Más específicamente, tenía el objetivo de comprobar la efectividad de la

estrategia GRUSE, basada en la intervención grupal y desde el enfoque de los activos en salud con perspectiva de género. En concreto, se ha evaluado la efectividad del programa en cuanto a los síntomas de depresión y ansiedad, así como en la autoestima de las participantes. Los resultados obtenidos indican una clara mejoría de las mujeres: las del grupo experimental, en comparación con las del grupo control, aumentan su autoestima positiva y reducen sus síntomas de ansiedad y depresión al mes de haber participado en los GRUSE, y esto se mantiene hasta 18 meses después de la intervención. Por ello, se considera que los resultados de esta evaluación podrían servir como estímulo para mantener la estrategia e incluso extenderla a otros grupos de población que también experimentan malestar psicosocial.

Al tratarse de una investigación cuasiexperimental es arriesgado concluir que estos resultados se deban exclusivamente a la participación en los grupos, dada la falta de control total sobre la situación (p. ej., uso de medicación, etc.). No obstante, la fortaleza de este estudio reside en su diseño longitudinal y en la existencia de un grupo control equivalente al experimental, tanto en las características sociodemográficas como en las puntuaciones iniciales en las tres medidas analizadas, así como en la motivación para participar en los GRUSE.

Podríamos decir, por tanto, que los resultados son aplicables e incorporan mejoras en la práctica clínica habitual del sistema sanitario. Se trata de una estrategia innovadora en cuanto que se aleja de la medicalización de las dificultades y de los problemas de la vida cotidiana, suponiendo con ello un abordaje alternativo basado en la identificación y el desarrollo de factores protectores de salud mental, y tratando los factores psicosociales de género

Tabla 3

Significación de las pruebas ANOVA de medidas repetidas en autoestima antes y después de la intervención, en función del grupo

	Media (DT) Momento 1	Media (DT) Momento 2	Media (DT) Momento 3	Media (DT) Momento 4	ANOVA intrasujeto
Grupo experimental	14,13 (3,76)	16,34 (2,71)	16,67 (2,58)	17,02 (2,93)	F(1,63) = 33,91; p < 0,001 F(1,32) = 0,00; p = 0,99
Grupo control	15,12 (3,33)	14,33 (3,15)	14,94 (2,74)	14,91 (2,75)	
ANOVA entregrupos	F(1,95) = 3,50; p = 0,06	F(1,69) = 9,45; p < 0,001	F(1,134) = 20,05; p < 0,001	F(1,143) = 18,69; p < 0,001	
Efecto principal	F(1,95) = 6,29; p < 0,05				

DT: desviación típica.

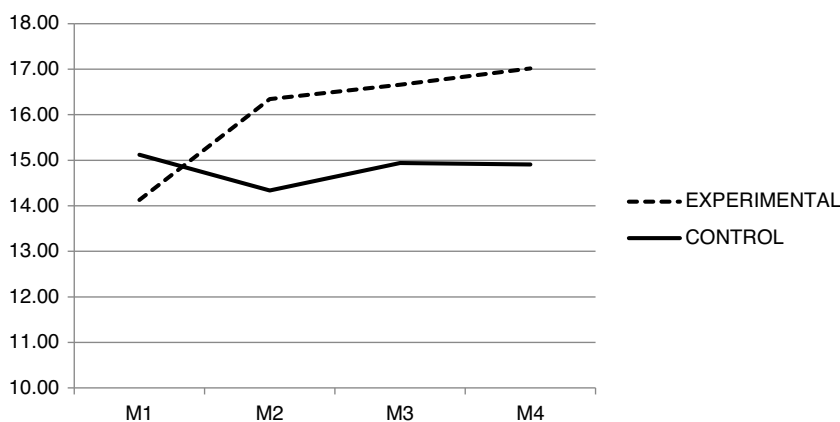


Figura 3. Puntuaciones en autoestima positiva antes (M1) y, tras la intervención, al mes (M2), 6 meses (M3) y 18 meses (M4).

como determinantes de desigualdades en salud. Otros/as autores/as ya han señalado la necesidad de avanzar en estrategias no medicalizadoras para dar respuestas a los malestares psicosociales expresados por determinados sectores de la ciudadanía⁵.

Las evidencias obtenidas permiten incorporar estos ajustes en una intervención que pretende afrontar la creciente demanda en atención primaria de problemas a los que no se encuentra causa orgánica y que se relacionan con un manejo poco saludable de las dificultades de la vida cotidiana. Además, los resultados de investigación apoyan la extensión y el fortalecimiento de esta estrategia en todo el SSPA. Concretamente, facilitaría una mayor implicación del personal facultativo de atención primaria al derivar y cooperar en esta estrategia (en 2015, las derivaciones a GRUSE por iniciativa del personal facultativo fueron del 44,46%, y en 2018 aumentaron hasta el 69,94%), en la medida en que pondrá en valor un abordaje psicosocial para hacer frente a la promoción de la salud mental, en contraposición a un abordaje biomédico, centrado casi exclusivamente en la administración de psicofármacos. Conviene señalar que el consumo de psicofármacos, en especial de antidepresivos, ha aumentado durante la crisis económica³⁰.

La estrategia GRUSE ha tenido una rápida implantación desde el año 2011 hasta la actualidad, desarrollándose en el 86,94% de las unidades de gestión clínica de atención primaria durante el año 2018 (frente al 46% en 2012). Es destacable que la puesta en marcha de esta estrategia ha coincidido con la crisis económica y que, por consiguiente, se ha desarrollado sin incrementar los recursos existentes en atención primaria, e incluso en algunos casos con una merma de estos, lo que hace que la estrategia sea eficiente además de eficaz.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, y para líneas futuras, se sugiere medir con parámetros objetivos el consumo real de fármacos y el número de visitas médicas, para evaluar si la eficacia y la eficiencia de la intervención GRUSE también conlleva un impacto económico en el SSPA. Asimismo, el hecho de poder contar con un abordaje integral de los síntomas somáticos sin causa orgánica desde atención primaria podría significar obtener resultados aún mejores.

Existen experiencias en España de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en atención primaria. Hay un programa en la Región de Murcia que, además de la intervención grupal con las mujeres, imparte formación a los/las profesionales para la aplicación del método biopsicosocial en las consultas individuales, supervisión de casos, seminarios teóricos de formación continuada en los centros de salud y transmisión a MIR de medicina familiar y comunitaria. Según muestra la evaluación de este programa¹⁰, la puesta en marcha del método de atención cambia el paradigma al analizar lo que les pasa a pacientes y profesionales. Cuando los/las

profesionales encuentran una mujer con un cuadro de malestar, ven necesario conocer el caso concreto de la paciente y realizar una escucha activa de los acontecimientos de su vida para poder atenderla bien. Para realizar esta atención es necesario contar con profesionales con un abordaje médico que supere el modelo biológico que sitúa a la mujer en una situación pasiva⁹. La resolución de casos de malestar con este enfoque permite a las pacientes sentir que no dependen necesariamente de las pastillas, y su autoestima y confianza mejoran. Además, los/las profesionales también muestran una mayor satisfacción al llevar a cabo una práctica médica más gratificante y poder tratar casos que antes no podían atender.

Por todo ello se entiende que, aun siendo los resultados obtenidos muy favorables y eficientes (el programa se ha llevado a cabo con los recursos ya existentes en el Servicio Andaluz de Salud), los beneficios del programa GRUSE podrían ser aún mejores si se estableciesen otras actuaciones relacionadas con la formación en el modelo biopsicosocial del resto de profesionales de salud en atención primaria y en salud mental, con la intención de poder ofrecer otras alternativas no medicalizadoras. Además, se recomienda la cooperación entre atención primaria y servicios especializados, como salud mental, para poder mejorar la sostenibilidad del programa.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Muchas personas que acuden a atención primaria presentan síntomas somáticos sin causa orgánica, y de ellas, el 80% son mujeres adultas. El Sistema Andaluz de Salud ofrece los Grupos Socioeducativos (GRUSE), que pretenden dar respuesta a este malestar. Existen otras experiencias de programas similares evaluados positivamente.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se analiza el impacto de los GRUSE en la salud mental de las mujeres. Los resultados avalan la bondad del programa y su continuación, al mostrar que se redujo la sintomatología ansioso-depresiva y aumentó la autoestima.

Editor responsable del artículo

Mariano Hernán-García.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

M.S. Palacios-Gálvez y E. Morales-Marente 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 desde su disciplina y especialidad realizaron. Todas las personas firmantes han contribuido sustancialmente a la concepción y el diseño del trabajo, y a la interpretación de los resultados. E. Morales-Marente y M.S. Palacios-Gálvez han realizado los principales análisis de datos. Todos/as los/as autores/as 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.

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).

Conflictos de intereses

Ninguno.

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 como miembros del equipo de trabajo. 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 Vílchez. Mención especial a Isabel Escalona Labella y Mauricio Lozano Navarrete, técnicos de educación para la salud, que han tomado parte activa en la investigación. Por último, el equipo de investigación quiere agradecer la participación de las mujeres encuestadas, cuyo esfuerzo y dedicación han hecho posible la realización de este estudio.

Bibliografía

1. Aizarguena JM, Grandes G, Alonso-Airbiol I, et al. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de atención primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria*. 2002;29:558–61.
2. Patel V, Araya R, De Lima M, et al. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med*. 1999;49:1461–71.
3. Vázquez-Barquero J, Wilkinson G, Williams P, et al. Mental health and medical consultation in primary care settings. *Psychol Med*. 1990;20:681–94.
4. Velasco S. Síndromes del malestar de las mujeres en atención primaria. *Mujer y Salud*. Revista de Comunicación Interactiva. 2005;16 (Consultado el 18/10/19.) Disponible en: <https://matriz.net/mys16/16.22.htm>.
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.
6. Organización Mundial de la Salud. Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMS. 2002. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: <https://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.
7. Muruaga S, Pascual P. La salud mental de las mujeres: la psicoterapia de equidad feminista. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud; 2013:326.
8. Burín M. El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós. 1991:239.
9. López I, Del Olmo A, Cirujano P, et al. Programa de atención biopsicosocial al malestar de las mujeres en atención primaria. Murcia. 2006 (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/Experiencias/docs/EvaluacMalestar-MujeresAP.pdf>.
10. 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.
11. Rodríguez R. editora. El malestar silenciado. La otra salud mental. Madrid: Isis Internacional. Ediciones de las Mujeres. 1990;14:152.
12. Gil-García E, Romo-Avilés N, Poo-Ruiz M, et al. Género y psicofármacos: la opinión de los prescriptores a través de una investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 2005;35:402–7.
13. Organización Mundial de la Salud. Promoción de salud mental. Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. 2004. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: <https://www.who.int/mental.health/evidence/promocion.de.la.salud.mental.pdf>.
14. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.
15. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. OMS; 2013. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
16. World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. WHO; 2013. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf.
17. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS; 2018. (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
18. Hernán M, Lineros C. Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales. *Revista Fundesfam*. 2010;2:6–12 (Consultado el 18/10/2019.) Disponible en: <http://www.fundesfam.org/REVISTA%20FUNDEFAM%201/007revisiones.htm>.
19. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. 2.ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 32.
20. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;14 (Suppl 2):17–22.
21. Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 182.
22. 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. 2011:109.
23. Iáñez A, Álvarez R, García P, et al. La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Gac Sanit*. 2019;33:390–400.
24. Sobrino C, Hernán M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018;32 (Supl 1):17–22.
25. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer; 2010. p. 351.
26. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345–9.
27. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297:897–9.
28. Atienza FL, Moreno Y, Balaguer I. Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*. 2000;22:29–42.
29. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965:326.
30. Gili M, García-Campayo J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28 (Supl 1):104–8.