EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL A LOS SÍNDROMES DEL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

TRASTORNOS MENTALES COMUNES, FIBROMIALGIA Y DOLOR

1ª PARTE: Evaluación del proceso y de la formación, 2010-2011

2ª PARTE: Estudio prospectivo de casos clínicos, 2011

Departamento de Salud Valencia Clínico Malva-Rosa

Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

Dirección General de Farmacia

CONSELLERIA DE SANITAT

GENERALITAT VALENCIANA

Autora: Sara Velasco Arias

Evaluación 2010-2011
Actualización noviembre 2015

GRUPO PROMOTOR DEL PROGRAMA

DIRECTORA DEL PROGRAMAPROGRAMA

Sara Velasco. Médica y psicoanalista. Consultora de Salud y Género.

DEPARTAMENTO VALENCIA CLÍNICO MALVA-ROSA

Jorge Navarro. Ex Director de Atención Primaria.
Rosana Espinosa. Ex Directora de Atención Primaria.
Gaspar Sánchez. Técnico de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria**. Diego Cano**. Farmacéutico de Atención Primaria**.**
Feliciano Motilla. Director de Enfermería.
Rosa González. Médica de Familia, Coordinadora del CS Salvador Pau, Grupo de la Mujer de SEMFyC.
Enrique Sáez. Asesor informático.

ESCUELA VALENCIANA DE ESTUDIOS DE SALUD

Rosa María Marín, Jefa de Programas. Responsable de Formación Continua.
José María Tenías. Unidad Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia.
Teresa Martínez. Grado de Matemáticas en Universidad de Valencia. Becaria.

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA

José Luis Trillo. Director General de Farmacia y Productos Sanitarios.
Ruth Uso. Subdirectora General de Posicionamiento Terapéutico y Farmacoeconomía.
Víctor Jiménez Arenas. Técnico**.**

Pepa Pont. *In memoriam***.** Jefa de Unidad de Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública.

GRUPO CLAVE DEL DEPARTAMENTO VALENCIA CLÍNICO MALVA-ROSA

Medicina de familia:
Joaquín Abad
Teresa Amorós
Carmen Blay
Isabel Cristofol
Rosa González
Mª José Puchades
Esmeralda Puchades
Remei Raga
Paloma Ramos
Pilar Roca
Ana Sanmartín
Rubén Solbes
Elena Andreu (pediatra)
Dolores Martínez
Pilar Valero

Enfermería:
Mª Adelaida García
Carmen Garrido
Carmen Molla
Juana Sales
Cristina Sarrión
Pilar Sendra
Mª Jesús Villalba

Fisioterapia:
Carmen Hervás
Alicia Gadea

Trabajo Social:
María Dolores
Carmen Reig
Vicenta Tórtola

Psicóloga clínica:
Elisa Gallach
Psiquiatra:
María Huertas

La autora quiere expresar su agradecimiento a **Rosa María Marín**, impulsora central de este proyecto que gracias a sus cualidades es capaz de mantener unidas a instituciones y personas, limando las dificultades y encontrando siempre soluciones para superar los momentos críticos.

A **Rosa González**, médica tan querida y respetada por todo el mundo, que llenó el Programa de tantas profesionales valiosas. Ambas han sido la amalgama que ha mantenido cohesionado el proyecto varios años.

Agradecimiento póstumo a nuestra querida **Pepa Pont**, a la que perdimos en la primera etapa y con ella perdimos una vertiente que no se ha podido ni se podrá recuperar.

La autora está también sinceramente agradecida a todas y cada una de las personas que han participado. Del grupo promotor, especialmente a **Jorge Navarro** y **Gaspar Sánchez**, que sostuvieron con firmeza el Programa; a **José Luis Trillo** y **Ruth Uso**, que lo acogieron de forma exquisita y lo financiaron cuando estábamos a punto de claudicar; a **Enrique Sáez** que se dejó la piel para crear el registro de casos en ACCES; a **José María Tenías**, que llegó al final para salvarnos, proporcionando el método de análisis para el test SF12. Así mismo, a las profesionales del **grupo clave**, principales agentes imprescindibles de quienes he recibido siempre respuesta con apoyo y cariño, además de su ingente trabajo para este programa; y a todo el alumnado.

Parte del trabajo se realizó con una ayuda de investigación de la Fundación de Investigación Hospital Clínico de Valencia. Consellería de Sanitat. Proyecto 59/2010.EVES.

Otra parte fue financiada por la Dirección General de Farmacia. Otra parte, por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud.

ÍNDICE

1. ÍNDICE DE SIGLAS 6

2. RESUMEN 7

3. INTRODUCCIÓN 13

4. ANTECEDENTES 14

5. MÉTODO BIOPSICOSOCIAL MODIFICADO +SUBJETIVIDAD+GÉNERO 16

6. MODELO DE INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS 19

7. OBJETIVOS DEL PROGRAMA 20

Iª PARTE: EVALUACIÓN DE PROCESO 21

8. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN 22

9. MÉTODO DE EVALUACIÓN 23

10. POBLACIÓN DESTINATARIA 25

11. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS 25

12. ACTIVIDADES. PUESTA EN MARCHA Y FORMACIÓN 26

13. RESULTADOS. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN 27

13.1 Constitución del Grupo Promotor institucional y gestión del proyecto 27
13.2 Análisis de situación 28
13.3 Registro informático de casos clínicos de Síndromes del Malestar 31

14. RESULTADOS DE LA FORMACIÓN EN CURSOS BÁSICOS 32

14.1 Participación 33
14.2 Cobertura de los Centros de Salud piloto 34
14.3 Evaluación cuantitativa: satisfacción del alumnado y calidad. 35
14.4 Evaluación cualitativa análisis del discurso: Motivación y expectativas PRE curso 39
14.5 Evaluación cualitativa: impactos, novedad, beneficios, utilidad y aplicabilidad POST curso 41

15. FORMACIÓN AVANZADA Y GRUPO CLAVE 49

15.1 Formación de formadores/as 49
15.2 Composición del Grupo Clave 49
15.3 Sesiones clínicas, tutorías de casos y supervisiones individuales 49
15.4 Multiplicación de la formación y curso avanzado 50
15.5 Duración de los efectos en el Grupo Clave un año después 50

16. MAPA DE EFECTOS SOBRE EL DISCURSO DE LOS/LAS PROFESIONALES 52

17. CONCLUSIONES SOBRE EL PROCESO Y LA FORMACIÓN 56

18. PROPUESTAS 56

IIª PARTE: ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS CLÍNICOS 57

19. RESUMEN 58

20. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 60

21. OBJETIVOS 60

22. MÉTODO 61

23. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 62

23.1 Muestra de casos y profesionales 62
23.2 Perfil socio-demográfico de casos 63
23.3 Diagnósticos biomédicos identificados como síndromes del malestar 65
23.4 Factores psicosociales localizados 69
23.5 Aplicación del método sobre la esfera psíquica 72
23.6 Mejoría clínica 74
23.7 Test de calidad de vida SF12 78
23.8 Indicadores de calidad: frecuentación, pruebas complementarias, consumo de fármacos y satisfacción. 92

24. CONCLUSIONES SOBRE EL ESTUDIO DE CASOS 96

25. CONCLUSIONES GENERALES DEL PROGRAMA 97

26. BIBLIOGRAFÍA 98

27. ANEXOS 100

1. ÍNDICE DE SIGLAS

AP	Atención Primaria
BPS	Biopsicosocial
CS	Centro de Salud
DAFO	Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades
EAP	Equipo de Atención Primaria
ESM	Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo
EVES	Escuela Valenciana de Estudios de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SIMA	Síndromes del malestar
SM	Salud Mental

2. RESUMEN

El Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria (AP), Trastornos Mentales Comunes, Fibromialgia y Dolor, se ocupa del tratamiento de pacientes con los problemas de salud de mayor prevalencia en las consultas de AP:

- Trastornos mentales comunes –ansiedad, depresión y somatizaciones-.
- Dolor y síntomas somáticos sin causa orgánica.
- Síndromes funcionales emergentes (fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable y otros).

Los englobamos bajo un término común: "síndromes del malestar"[1] para tratar los factores psicosociales y subjetivos que los determinan. Se tratan mediante un método biopsicosocial (BPS) modificado por Velasco (2003) que añade dos elementos al método biopsicosocial habitual: tratamiento de la esfera psíquica o subjetividad y de los determinantes de género.

Análisis de situación previo: realizado en el Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa, mostraba que la frecuentación por síndromes del malestar en atención primaria es muy alta, 36,5 % de las consultas en AP son por códigos CIE que corresponden a síndromes del malestar. Más entre las mujeres: el 48,6% de las consultas de mujeres son por estas causas, frente al 29% en los hombres. Consumen ansiolíticos e hipnóticos el 25% de las mujeres atendidas por todas las causas y el 9,4% de los hombres. Y consumen antidepresivos el 13,5% de las mujeres y el 4% de los hombres.

Los profesionales consideraban a estos pacientes difíciles, incómodos, frustrantes y no estaban satisfechos con los tratamientos de que disponían. Los tratamientos universales utilizados eran psicofármacos y analgésicos. Echaban de menos disponer de métodos eficaces no farmacológicos, más tiempo en consulta, más formación y coordinación entre niveles asistenciales.

Se confirmó la pertinencia del Programa por la relevancia del problema, las necesidades sentidas de los y las profesionales y la necesidad de disminuir la hiperfrecuentación y el consumo de psicofármacos.

Objetivo general: Promover la incorporación del tratamiento biopsicosocial modificado con atención a la subjetividad y al género para los síndromes del malestar (trastornos mentales comunes, -depresión ansiedad, somatizaciones- y síndromes funcionales y dolor sin causa orgánica) en los servicios de atención primaria. **Objetivos estratégicos**: 1. Realizar y evaluar una experiencia formativo-asistencial con criterios de intervención de buenas prácticas, con el objetivo futuro de ampliarla al conjunto de la red asistencial.

2. Pilotar el Programa en servicios de Atención Primaria del Departamento Valencia Clínico Malva Rosa, en cooperación con los servicios de Salud Mental. 3. Constituir y Capacitar a un Grupo Clave de profesionales del Departamento que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales.

Objetivos instrumentales: Son los objetivos del estudio prospectivo de casos clínicos. Se refieren a los efectos que se espera conseguir en la salud de los y las pacientes con síndromes del malestar utilizando el método biopsicosocial modificado:

1. Favorecer cambios de los *factores psicosociales de género* y cambios de *posición subjetiva* de los y las pacientes.

[1] Término acuñado por Velasco en 2003 y publicado en 2006.

2. Obtener *mejoría clínica* de los síntomas somáticos o anímicos.
3. *Mejorar los indicadores indirectos* de malestar que son la sobreutilización de servicios:

a. hiperfrecuentación

b. multiuso de servicios y pruebas complementarias

c. poli-consumo de fármacos

d. Consumo de psicofármacos

e. insatisfacción de pacientes y profesionales.

Ámbito de aplicación: centros de atención primaria del Departamento Valencia Clínico Malva Rosa. Auspiciado y financiando por la Dirección de Atención Primaria del Departamento, por la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud, por la Dirección General de Farmacia y, en la primera etapa, por la Dirección General de Salud Pública.

Actividades: durante 2010 y 2011 fueron constitución de un Grupo Promotor interinstitucional. Selección de cuatro centros piloto del Departamento (CS República Argentina; CS Salvador Pau; CS Meliana; CS Tavernes Blanques). Análisis de situación previo de los síndromes del malestar en población general en el Departamento y en los 4 CS piloto. Se han impartido 5 cursos básicos, formación avanzada y formación de formadores a profesionales de los CS piloto. Constitución de un Grupo Clave de profesionales de atención primaria que recibió actividades continuas de apoyo clínico (8 sesiones clínicas biopsicosociales, 18 tutorías clínicas en CS y 24 tutorías individuales). Evaluación de proceso, impacto y resultados.

No se ha podido llevar a cabo la multiplicación prevista en centros de salud por medio de formación de formadores/as.

Estudio prospectivo de casos clínicos, sobre efectos de salud en los y las pacientes con síndromes del malestar tratados con el método clínico BPS modificado, cuya eficacia para curar se ha puesto a prueba.

Resultados de la formación: Se ha alcanzado una cobertura de formación del 33% de los profesionales de los centros de salud piloto. El Grupo Clave de 24 profesionales de AP ha cursado 104 horas lectivas y unas 70 horas teórico- prácticas; se mantiene vinculado al Programa hasta el final, aplica el método en su práctica clínica. Una parte del Grupo participa en el estudio de casos.

La formación es bien valorada. Puntuación media de valoración global y de la profesora de 4,9 (puntuación de 0 a 5).

El discurso del alumnado sobre la atención a los síndromes del malestar antes de empezar la formación muestra percepción de alta dificultad, ineficacia, impotencia y frustración con estos pacientes. A la par que visión crítica sobre los medios terapéuticos de que se dispone y necesidad, algo desesperanzada, de disponer de otros instrumentos de abordaje más eficaces. Este discurso cambia al final de la formación. Donde había desesperanza y frustración, aparece ilusión y entusiasmo por contar con un nuevo instrumento para la clínica que les parece eficaz, además de haberles producido un cambio de actitud hacia los pacientes y una mejora de la relación con ellos. La formación se demuestra aplicable en la práctica clínica de atención primaria.

A la larga, (evaluación dos años después de la formación), el Grupo Clave identifica cambios indelebles en su práctica clínica por la distinta forma de actuar con sus pacientes. Estos cambios se deben al hallazgo del tratamiento de la esfera psíquica, de la subjetividad y de la relación sanitario/a-paciente. Opinan que, indiscutiblemente, el método disminuye la frecuentación de las consultas y el consumo de psicofármacos de forma sostenida.

Estudio prospectivo de casos clínicos con síndromes del malestar tratados con el método biopsicosocial modificado por Velasco. Se estudian 87 casos clínicos registrados válidos (75 mujeres y 12 hombres), atendidos por 9 profesionales, todas mujeres (79 casos de 6 médicas, 3 casos de 1 enfermera, 2 casos de 1 fisioterapeuta y 3 casos de 1 trabajadora social). Entre las profesionales hubo dos niveles de formación: Nivel Básico (40 horas lectivas, sesiones clínicas y supervisión individual de casos), registraron 10 casos. Y Nivel Avanzado (104 horas de formación, 8 sesiones clínicas, tutorías clínicas en su CS y supervisión individual de casos), registraron el 89% de los casos (77 casos). El 91% de los casos han sido registrados por las médicas.

Perfil sociodemográfico de los y las pacientes. El **86% son mujeres**; el grupo de edad más frecuente es **45 y 64 años** en ambos sexos; el 53% son de clases sociales bajas (IV y V clase) aunque este dato está infra-registrado. El **78%** de los y las pacientes tienen nivel de estudios primarios o no tiene estudios, aunque hay un **22%** con estudios universitarios y tercer ciclo. Estos perfiles coinciden con el de las personas que declaran quejas de salud correspondientes a síndromes del malestar en las Encuestas Nacionales de Salud.

Diagnósticos: se registran hasta **39 síntomas y diagnósticos** diferentes. Esta variabilidad diagnóstica identificada por las profesionales, demuestra que el concepto de síndromes del malestar es útil para agrupar padecimientos de corte psicosomático que pueden beneficiarse del tratamiento unificado de los factores psicosociales y psíquicos. El 33,5% son **síntomas de malestar psíquico**; 20,9% **dolor**, y el mismo porcentaje de **somatizaciones**; 7,8% **fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable;** 6,8% **ansiedad** y 4,9% **depresión**.

Factores psicosociales asociados: se han localizado hasta 105 factores asociados a los síntomas. Los factores más frecuentes en las mujeres son conflictos de pareja, separación y divorcio (23,8% en mujeres, 20% en hombres); problemas de trabajo (16,2% en mujeres y 20% en hombres); problemas o enfermedades de hijos/as (15,2% en mujeres, 26,6% en hombres). Destaca que los problemas de dependencia, aislamiento y falta de apoyo social se dan en el 8,6% de las mujeres y se deben a vivir en el modelo de género tradicional. En hombres, este factor es 0% Lo que explica las diferencias de afecta- ción por sexos, son los distintos modos de vida de género a los que las mujeres son más vulnerables. Por esta causa dice OMS (2002), que cualquier medida que mejore la situación de las mujeres en cuanto a sus servidumbres de género, compensará con una mejoría de su estado de salud mental. El orden de factores, concuerda con los resultados de los dos grandes estudios recientes de factores psicosociales enfermantes en población general (Arnstein Mykletun, 2007 y Abraham Ariyo, 2000).

Intensidad de la aplicación del método: las profesionales lo han aplicado con distinta intensidad. A mayor intensidad, mejores resultados clínicos, pero aun dándose sólo los primeros pasos del método, ya se obtiene resultados apreciables.

Cambios de actitudes: se observa mejoría en **actitudes personales en el 100%** de los y las pacientes tratados. Cambios en **actitudes sociales y laborales** en el 88% de los hombres y 76% de las mujeres. Mejoran los **síntomas negativos** en el 88% de las mujeres y 50% de los hombres.

Mejoría clínica: los síntomas y síndromes del malestar no son orgánicos, sino subjetivos, y son subjetivamente expresados por el paciente y también subjetivamente percibidos por el profesional. Por ello, hemos considerado válido apoyar la constatación de la posible mejoría del paciente en los mismos términos: una estimación subjetiva de ambos, paciente y profesional. La mejoría clínica ha sido **total o muy apreciable o moderada** en el 74% de las **mujeres tratadas y en el 84% de los hombres**. Desagregando **mejoría total** (desaparición de síntomas somáticos y anímicos y cese de consumo de psicofármacos), es del 20% de las mujeres y 50% de los hombres. Existe variabilidad, no sólo por sexo, sino también por edades. Hombres y jóvenes mejoran más.

Test de calidad de vida SF12.

Se estudian 61 casos válidos (52 mujeres y 9 hombres). El cálculo de las **medianas** ofrece mejorías en todas las dimensiones del test, que mejoran después del tratamiento entre 25 y 100 puntos (sobre puntuación de 0 a 100). Por dimensiones, para las **mujere**s: **rol emocional** (aumenta 100 puntos), **rol físico** (100), **función física** (59), **salud mental** (40), **vitalidad** (30), **dolor corporal** (25), **función social** (25), **salud general** (25).

Y para los **hombres**, **rol emocional** (100 puntos), **función social** (75), **función física** (59), **rol físico** (50), **salud mental** (49), **vitalidad** (40), **dolor corporal** (25) y **salud general** (25).

El cálculo de las **medias**, medida menos exacta, aunque todas las diferencias son estadísticamente significativas, resulta que la dimensión con mayor mejoría en mujeres es el **rol emocional** (aumento de 53,85 puntos) seguido muy de cerca por el **rol físico** (48,07). Las siguientes dimensiones que mejoran, casi con la misma intensidad, son la **función física** (35,09), la **función social** (36,06) y **salud mental** (33,65), seguidos del **dolor corporal** (30,3), **vitalidad** (26,54) y, por último, la percepción de la **salud general** (16,34).

Entre los hombres, hay que tener en cuenta que se trata de una muestra muy pequeña (9 casos). Los aumentos en las medias de las diferentes dimensiones son muy similares a los de mujeres. Al igual que ellas, el mayor cambio se produce en el **rol emocional** (55,55 puntos), pero mejoran más que ellas en la **función social** (47,22), mejoran de forma bastante parecida en **salud mental** (38,89) y **rol físico** (38,89), aunque, a diferencia de las mujeres, ellos mejoran exactamente igual en estas dos dimensiones (mental y física). La **vitalidad** (28,89) mejora en ellos un poco más que en ellas, y las siguientes dimensiones, **dolor corporal** (25), **salud general** (25) **y función física** (22,22), mejoran en magnitud muy parecida, esta última, más que en las mujeres.

Combinando las medias y medianas, podemos resumir que las dimensiones que experimentan mejoría más notable son el **rol emocional** y las **funciones físicas**. Esto se explica por el tipo de tratamiento usado, en el que lo novedoso e intenso es la acción sobre la esfera psíquica que repercute sobre todo en la situación emocional que, a su vez, estaba perjudicando las funciones físicas percibidas. Con ello, se aporta evidencia del componente psicosomático de los síntomas físicos en estos casos. Las demás dimensiones mejoran también notablemente y por un orden lógico. El **dolor corporal** es un síntoma más rebelde, sobre todo cuando es crónico. Son las mujeres las que lo presentan con mayor frecuencia y, por tanto, también

son ellas las que más se benefician. En contraposición, los hombres se ven más beneficiados en la **función social**, ya que el daño en esta, les infringe a ellos más sufrimiento, debido a los roles de género (importancia de la actividad en el ámbito del trabajo y de los encuentros sociales). Pero, a su vez, mejoran más rápidamente en esta esfera cuando hay un cambio de actitud. Que la **salud general** percibida sea la que menos mejora, es también lógico, ya que esta percepción se liga más a procesos orgánicos, para los que no se cambia el tipo de atención con este método.

Indicadores de calidad asistencial: Son indicadores indirectos de malestar. Se seleccionaron porque los síndromes del malestar son trazadores de la sobrecarga en los servicios. La mejoría de estos indicadores es un dato de interés gerencial por el alivio de la sobrecarga asistencial y del consumo de fármacos.

El aumento de la **satisfacción** de profesionales y pacientes es el mejor resultado. En el **95,7%** de los casos, la profesional está más satisfecha; y el **90%** de los y las pacientes declara estar más satisfecho.

El **90,6%** dejan de usar **múltiples pruebas complementarias**.

El **83,3%** dejan de **hiperfrecuentar** la consulta de atención primaria.

El **78,6%** deja **el policonsumo de fármacos**.

El **74,3%** dejan de **consumir psicofármacos.**

Los porcentajes de mejoría de los indicadores han sido también mayores entre los hombres, hallazgo que ya llamó la atención en anterior estudio de casos con el método BPS (Murcia, 2007).

Logros del programa:

- Se creó y mantuvo un Grupo Promotor institucional.
- Se impartió una formación de alto impacto y se enseñó un método que demuestra ser aplicable y sostenible en la clínica de AP.
- Se ha podido vincular a un Grupo Clave de profesionales con capacidad de permanencia para continuar con el método e investigar.
- Los objetivos internos de la formación se alcanzan con creces: es bien valorada y cambia el discurso de los profesionales. Se descubre un nuevo instrumento para la clínica: el tratamiento psíquico.
- El cambio es duradero para las personas del Grupo Clave. Al cabo de seis meses a dos años, el Grupo Clave reconoce haber experimentado un cambio en su práctica clínica que parece indeleble, tanto con pacientes con síndromes del malestar, como con otros pacientes.
- El estudio de casos prueba buenos niveles de eficacia del método para mejorar la salud de las y los pacientes tratados. Mejoran los síntomas subjetivos, mejora el test de calidad de vida y los indicadores de uso de recursos.

Puntos críticos del Programa:

- No se ha conseguido la cooperación de servicios de Salud Mental. Esto compromete la sostenibilidad de la implantación del Programa. Sólo se cuenta en el Grupo Clave con una psiquiatra y una psicóloga de otros Departamentos.
- No se ha alcanzado el objetivo de multiplicar la formación en los centros de salud piloto mediante formadores/es de los propios centros. Esto se debe a varios factores, entre ellos, la necesidad sentida por las profesionales, compartida por la consultora, de madurar su práctica innovadora y aumentar su estudio y capacitación antes de impartir la formación. Se pierde gente del Grupo Clave por circunstancias organizativas de los servicios.
- Hay dificultades presupuestarias que frenan la continuidad del Programa.

Conclusiones:

- El método BPS modificado a estudio, así como sus fundamentos teóricos, son desconocidos previamente por los profesionales. Sin embargo, puede ser aprendido con una formación variable entre 40 y 100 horas lectivas y con sesiones clínicas y tutorías. Así, el método es viable en la clínica de primaria obteniendo buenos resultados de salud.
- Se produce un cambio, que parece indeleble, en la práctica clínica de los profesionales, en la capacidad de percepción y manejo de los aspectos psíquicos y de la relación con los pacientes. Se obtienen siempre cambios en las actitudes internas de los y las pacientes que empiezan así a resolver sus problemas personales, familiares o sociales. Estos efectos, se siguen de mejoría clínica, mejoría significativa en todas las dimensiones del test de calidad de vida (SF12), además de mejorar los indicadores de calidad (frecuentación, uso de pruebas complementarias, consumo de fármacos y psicofármacos y satisfacción de profesionales y pacientes).
- Se demuestra que la mejoría clínica se asocia a los efectos causados sobre factores psicosociales y sobre la subjetividad de los pacientes, es decir, que el componente psíquico está fuertemente asociado a los síndromes de malestar, confirmando el peso de su componente psicosomático, a su vez, tratable en AP.
- El método es capaz de disminuir, en gran medida, el consumo de psicofármacos.

Propuestas:

- Contar con apoyo institucional y financiación para mantener la implantación del método en la clínica de atención primaria y para extenderla a otros centros de salud.
- Pensar una estrategia para articular la cooperación con profesionales de Unidades de Salud Mental interesados en el proyecto.
- Continuidad de las sesiones y supervisiones de apoyo clínico para mantener vinculados a los y las profesionales y guiarles en la aplicación del método.
- Diseñar una estrategia de multiplicación de la formación, que resuelva el problema actual. Sigue siendo sólo una persona, la autora del método y consultora externa, quien puede impartir la formación.
- Crear un registro del procedimiento en la historia clínica electrónica, ABUCASIS.

3. INTRODUCCIÓN

El *Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria Trastornos Mentales Comunes, Fibromialgia y Dolor*[2] trata los siguientes problemas de salud:

- Trastornos mentales comunes –ansiedad, depresión y somatizaciones-.
- Dolor y síntomas somáticos sin causa orgánica.
- Síndromes funcionales emergentes:
    - fibromialgia
    - fatiga crónica
    - colon irritable

Son las quejas de salud de mayor prevalencia en la población general, se presentan con frecuencia del doble al triple en mujeres y son los motivos de demanda con mayor frecuencia en atención primaria, generando sobrecarga en servicios de salud mental y especialidades. Amenazan con colapsar determinados servicios, producen también insatisfacción y frustración en los profesionales y contribuyen al riesgo de *burn out* (Velasco, 2006).

Están identificados por OMS[3] [4] como problemas de salud de las mujeres de alta prevalencia y relevancia y como problema de salud pública.

Los definimos en este programa bajo un término común: **síndromes del malestar** (término acuñado por Velasco, 2003-2006), ya que tienen un componente común provocado por el malestar psicosocial. Se pone en práctica un modelo de tratamiento biopsicosocial modificado con atención psicodinámica y atención a los determinantes de género[5].

En la Comunidad Valenciana se empezó a trabajar con el Programa en 2009 desde el Grupo de Salud y Género, constituido en el marco de la **Escuela Valenciana de Estudios de Salud** (EVES), grupo compuesto por profesionales de servicios asistenciales y centrales de la Consellería de Sanidad, de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) y de la Universidad de Valencia, con el objetivo de estudiar y promover atención a los aspectos de género en la salud. En 2010, el grupo propuso al **Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa** implantar el presente proyecto formativo-asistencial, en el que al inicio participó también la **Dirección General de Salud Pública**, que no continuó después del fallecimiento de su compromisaria Pepa Pont. Continuaron y financiaron la **EVES**, la **Dirección General de Farmacia** y la **Dirección de AP del Departamento Valencia-Clínico-Malva-Rosa.**

[2] Este Programa fue creado en 2003 por Sara Velasco y pilotado en un área de la Región de Murcia (2003-2005) liderado por el Instituto de la Mujer, entonces dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
[3] Organización Mundial de la Salud. *Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [On line] www.who.org
[4] Organización Mundial de la Salud. *Gender and women`s mental health. 2001*. Disponible en: www5.who.int/mental_health.
[5] El método fue publicado por Velasco (2006).

4. ANTECEDENTES

La consultora externa, Sara Velasco, diseñó para el Instituto de La Mujer (2003), un **método de Atención Biopsicosocial incluyendo tratamiento de la subjetividad y de los determinantes de género, para aplicar a los trastornos problema en atención primaria**[6]. Y un **modelo de intervención en servicios de salud** de comunidades autónomas interesadas en implantar el método.

Este Programa fue pilotado en la **Región de Murcia** de 2003 a 2005 El Programa en Murcia, que culminó con un estudio de 423 casos clínicos[7], fue seleccionado como experiencia de buenas prácticas en Europa, por el **Programa EUROsocial, de la Comisión Europea**, en el año 2008[8].

Entre 2009 y 2011, también codirigido por la consultora externa, se ha realizado otra intervención piloto en un área del **Principado de Asturias** (Área VII-Mieres)[9].

Se ha difundido el método en **cursos de formación** de duración variable (entre 20 y 70 horas). Entre 2003 y 2009 en Sevilla, Guadalajara, Zaragoza, Cantabria, Valencia (EVES). Y se ha presentado en sesiones de 5 a 10 horas en Servicios Regionales de Salud de Asturias, Galicia, Canarias. Así mismo, la difusión del Programa se está realizando con la presentación del método en el Diploma de Especialización de Salud Pública y Género (Escuela Nacional de Sanidad, 2006 a 2014); Diploma de Especialización en Género y Salud (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2008 y 2010); Máster de Salud y Género (Universidad de las Palmas de Gran Canaria, 2008); Máster de Igualdad de Oportunidades (Universidad del País Vasco, 2009-2014) y Cursos de Formación Interna del Ministerio de Sanidad (2007 y 2008).

En la **Evaluación y Actualización de la Estrategia en Salud Mental (ESM) del Sistema Nacional de Salud, 2009**, se incluyeron puntos críticos, recomendaciones y objetivos nuevos, con la necesidad de desarrollar el modelo biopsicosocial con enfoque de género para los trastornos mentales comunes en mujeres en atención primaria (Objetivos nuevos 1.6, 1.7, 2.4, 2.8, 2.9, 4.21, 4.22 y 4.23). Este último objetivo dice:

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

El presente Programa es una acción que concuerda plenamente con dichos objetivos de la ESM, especialmente el objetivo 4.23 citado.

[6] Publicado en: 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 Igualdad, 2006.
[7] VELASCO, Sara; LÓPEZ DORIGA, Begoña; TOURNÉ, Marina, CALDERÓ, Mª 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, Universidad de Alicante, 2007.
[8] Informe de EUROsocial disponible en: http://epic.programaeurosocial.eu/buscador/listado.php?page=2
[9] Información y evaluaciones sobre el Programa en Asturias en Astursalud: http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=6edb94aa8e760310VgnVCM10000097030a0aRCRD

Un análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) al inicio del Programa en Valencia (2010), concluye que:

1. Se dispone de la comprobación previa de fortalezas del Programa:

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

2. Se conocen sus debilidades y posibles limitaciones:

- Implantar el Programa requiere compromiso institucional mantenido.
- Requiere cooperación entre niveles asistenciales de Atención Primaria y Salud Mental, sin la cual no es sostenible.
- Es un método novedoso que requiere aprender marcos teóricos no conocidos y no manejados por los sanitarios de atención primaria.
- Para su continuidad, requiere del compromiso mantenido de los profesionales que se forman.
- Precisa mantener actividades de seguimiento clínico intensivo del método sobre la subjetividad.
- El enfoque de género puede connotar conflictivamente el interés de algunos profesionales.
- Por ahora, la asesoría del Programa y la formación de inicio, sólo puede ser impartida por la autora del programa, lo cual puede limitar la disponibilidad de esta formación.

5. MÉTODO BIOPSICOSOCIAL MODIFICADO + SUBJETIVIDAD +GÉNERO

El método de intervención en la clínica responde a un modelo biopsicosocial, modificado con terapia psicodinámica sobre la subjetividad y con enfoque de género (Velasco, 2003, 2006), dirigido a los síndromes del malestar, cuya naturaleza es psicosocial y subjetiva.

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) con un enfoque que los unifica a través de su significado y de la asociación con factores psicosociales determinantes. Los diagnósticos biomédicos posibles en estos síndromes serán compatibles, y no excluyentes 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, en forma de síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable. La intervención
se dirige a los factores psicosociales y subjetivos asociados a los cuadros clínicos.

Los marcos teóricos subyacentes en 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 salud[10], el enfoque de género y la teoría de la subjetividad:

A. **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 la experiencia vivida subjetivamente.

B. **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 de los consensos y estereotipos sociales de género, así como de sus efectos interiorizados sobre la subjetividad.

C. **Teoría de la subjetividad** (Silvia Tubert, 1988; Mabel Burin, 1991; Asunción González de Chávez, 1993; Sara Velasco, 2006 y 2009)[11]. Incluye los mecanismos de la subjetividad

[10] 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

[11] 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 MUINEn, 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.

con terapia de enfoque psicodinámico. Si bien existen aplicaciones del modelo biopsicosocial (Borrel, 2004) y métodos diseñados y probados de intervención sobre los factores psicosociales (Airzaguena, 1999, 2002), la presente modificación añade una intervención terapéutica sobre la esfera psíquica donde se produce el mecanismo que traslada el sufrimiento mental a los síntomas anímicos y psicosomáticos que tratamos.

Es un **método para causar efectos sobre el sujeto del inconsciente**. Consiste en:

Escuchar: la biografía y la experiencia vivida por el paciente.

Localizar: Hechos biográficos significativos asociados a los síntomas.

Descifrar: la relación de los síntomas con los acontecimientos vitales y con las posiciones subjetivas adoptadas frente a ellos.

Señalar: lo localizado y descifrado para que el paciente se dé cuenta.

Producir corrección subjetiva: propiciar un efecto en el paciente de darse cuenta de sus posiciones internas lo que le permite cambiarlas, produciéndose efectos de sujeto (Velasco, 2006).

Como instrumento terapéutico privilegiado, se utiliza la **relación sanitario/a-paciente**.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Mª 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.

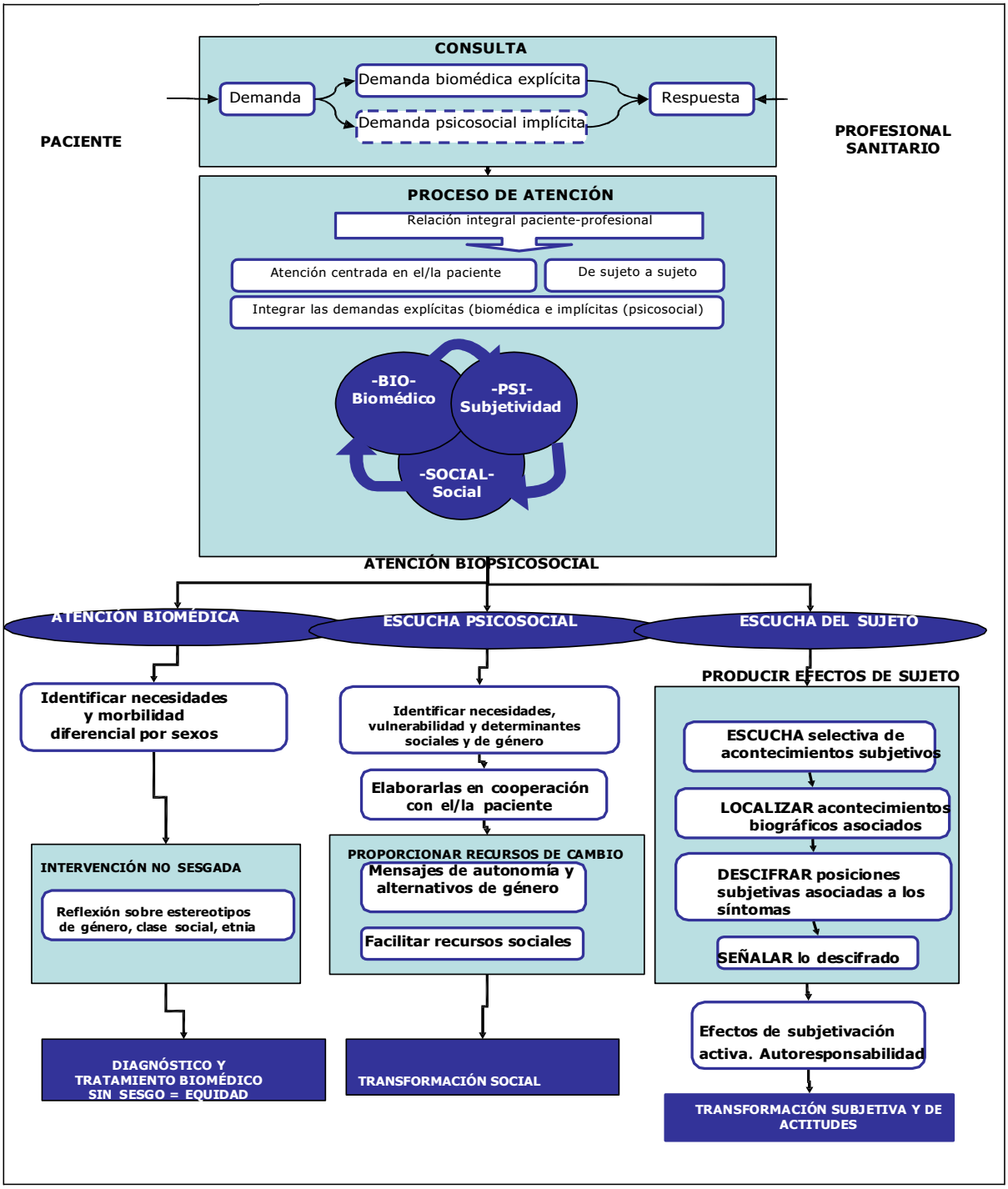
TIZÓN, Jorge L. *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1988

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.

Figura 1. Algoritmo de intervención clínica biopsicosocial con subjetividad y enfoque de género.



Fuente: Sara Velasco, *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf

6. MODELO DE INTERVENCIÓN EN LOS SERVICIOS

Se trata de una estrategia para implantar el método terapéutico en los servicios de atención primaria en cooperación con Salud Mental. La estrategia debe contener:

- **Grupo Promotor** compuesto por responsables de las instituciones implicadas cuya misión sea poner en marcha y mantener el Programa.
- **Formación** de profesionales de AP y SM.
- **Grupo Clave** de Profesionales de Atención Primaria y Salud Mental agentes del Proyecto en la clínica.
- **Asistencia** con el Método BPS modificado en consulta individual a demanda y programada en AP.
- **Sesiones clínicas biopsicosociales** mensuales en los CS coordinadas por psicólogo/a de Salud Mental. En su defecto, son coordinadas por la consultora y formadora.
- **Supervisión de casos clínicos** de los profesionales de AP con profesional de SM. En su defecto, son coordinadas por la consultora y formadora.
- **Seminarios** teóricos en formación continuada para multiplicar la formación en los CS impartidos por formadores/as del Grupo Clave.
- **Evaluación** de proceso, resultados e impactos de la intervención, *feedback* y difusión.
- **Estudio de casos clínicos.**

7. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

7.1 Objetivo general

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

7.2 Objetivos estratégicos

1. Pilotar el Programa de Atención Biopsicosocial (BPS) modificado con atención a la subjetividad y al género en los servicios de Atención Primaria del Departamento Valencia Clínico Malva Rosa, en cooperación con los servicios de Salud Mental.
2. Realizar y evaluar una experiencia formativo-asistencial con criterios de buenas prácticas, con el objetivo futuro de ampliarla al conjunto de la red asistencial.
3. Constituir y Capacitar a un Grupo Clave de profesionales del Departamento que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales.

7.3 Objetivos instrumentales

Se refieren a los efectos que se espera conseguir en la salud de los y las pacientes con síndromes del malestar utilizando el método biopsicosocial modificado, coincidentes con los objetivos del estudio prospectivo de casos clínicos:

4. Favorecer cambios de los factores psicosociales de género y cambios de posición subjetiva de los y las pacientes.
5. Obtener mejoría clínica en los y las pacientes.
6. Mejorar los indicadores de calidad indirectos de malestar en el uso de recursos:
    a. frecuentación
    b. uso de servicios y pruebas complementarias
    c. consumo de fármacos, especialmente psicofármacos
    d. satisfacción de pacientes y profesionales.

Iª PARTE: EVALUACIÓN DE PROCESO

Éste era el eslabón perdido que necesitaba para poder ejercer la profesión de cuidar a las personas tal y como lo enfocan las distintas teorías. Todas ellas coinciden en que hay que integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano a la hora de prestar nuestros cuidados.

Mucha teoría, muy bonito todo, pero nadie nos explicaba ninguna herramienta para atender la parte psicosocial de nuestros cuidados.

Te he de agradecer enormemente que me hayas mostrado una herramienta que complemente mi trabajo como enfermero, ahora sí puedo decir que aplico una atención integral y tengo los medios para hacerlo...

Un alumno, un año después de la formación.

8. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Para evaluar la contribución de las actividades al alcance del objetivo general y de los objetivos estratégicos, se han desagregado algunos objetivos de evaluación.

Los **objetivos de la evaluación** son:

A. **Valorar** la puesta en marcha del Programa.

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

C. **Valorar** la constitución del Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto de intervención en los centros de salud piloto del Departamento.

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

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

9. MÉTODO DE EVALUACIÓN

Se trata de una evaluación de proceso en relación a los objetivos (Avedis Donadebian, 1989)[12], con descripción de las actividades y estimación de efectos y logros.

La información se extrae de fuentes con formato cuantitativo y cualitativo, combinándose ambos métodos (Fernando Conde, 1987 y 1995)[13].

Por un lado, se utiliza la información procedente del Grupo Promotor sobre los procesos de programación, análisis de situación, constitución y organización de la formación.

Por otro lado, se evalúa la formación impartida y la constitución del Grupo Clave. Para ello se utilizan fuentes con discurso de los participantes: cuestionarios PRE y POST cursos, casos clínicos, prueba de aptitud, hojas de evaluación de EVES, discursos de los participantes a lo largo de todo el proceso y grupo focal un año después de la formación. Se extraen resultados para indicadores cuantitativos. Sobre las fuentes con información cualitativa se realiza análisis del discurso.

Debido a que la evaluadora forma parte del Grupo Promotor y actúa en todas las fases del Programa, esta es una evaluación interna.

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

[12] Seguirá las pautas metodológicas de la *Evaluación del Programa biopsicosocial al malestar de las mujeres en la Región de Murcia 2003-2006,* realizada por Sara VELASCO y cols. (2007), que, a su vez, estuvo basada en método de evaluación de proceso, resultados e impactos (Avedis DONADEBIAN, 1989).
Se ha tratado de mejorar aquel método inspirándose en algunos aspectos del modelo de evaluación de cuarta generación, con participación de todos los agentes que intervienen en el proceso y de marco teórico constructivista, que han mostrado y utilizado el grupo de Margarita PLÁ, en la *Evaluación del Plan de Actuación de Salud para las Mujeres 2004-2007*, del Gobierno de Cantabria, dirigido por Ángeles CABRIÁ.

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

Tabla 1. Método de evaluación de la 1ª etapa, procesos de puesta en marcha del Programa, formación y constitución del Grupo Clave. Objetivos, actividades, indicadores y fuentes.

Objetivos estratégicos e instrumentales del Programa:

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

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

Objetivos de evaluación de proceso	Actividades	Indicadores	Fuentes
A. Valorar la puesta en marcha del Programa.	• Actividades de programación y puesta en marcha del Grupo Promotor.	• Descripción de las actividades. • Valoración de fortalezas y debilidades.	• Información interna del Grupo Promotor.
B. Estimar la capacidad del alumnado para aplicar el método BPS+subjetividad y+género a los síndromes del malestar en Atención Primaria.	• 2 Cursos básico teórico-práctico. • Tutoría Clínica por e-mail.	• Capacitación estimada para aplicar el método en la clínica. o Aplicabilidad. Utilidad. Beneficios y valores añadidos. Satisfacción. o Dificultades y propuestas de mejora. o Transferencias realizadas a la práctica.	• Dinámicas y emergentes en ejercicios y casos clínicos. • Cuestionarios cualitativos PRE y POST cursos. • Prueba escrita de aptitud. • Encuesta de evaluación de EVES. • Grupo Focal un año después
C. Valorar la constitución del alumnado como Grupo Clave para el desarrollo y evaluación del proyecto de intervención en los centros de salud piloto del Departamento.	• Formación de formadores/as. • Tutoría clínica. • Sesiones clínicas y docentes.	• Participación, continuidad en la formación y respuestas a actividades y compromisos. • Perfil de miembros y cobertura.	• Observación de emergentes y dinámica en actividades de grupo. • Comunicaciones con la docente. • Control de asistencia. • Cuestionario POST- curso.
D. Estimar la cooperación inter-estamentos de AP y con SM producida con el fin de organizar actividades de aplicación del Método en AP sostenible y con continuidad.	• Participación de SM. • Formación conjunta de AP y SM. • Ejercicios conjuntos de sesiones clínicas didácticas..	• Vinculación inter-estamentos de AP y SM percibida y declarada de los profesionales para trabajar en cooperación en la aplicación del Método.	• Observación y recogida por la docente de emergentes y prácticas en cursos. • Comunicaciones con la docente. • Cuestionarios POST curso.
E. Constatar si se ha obtenido un equipo multidisciplinar de formadores/as dispuesto a multiplicar la formación en los EAP del Departamento.	• Formación teórico-práctica de impacto y con efecto vinculante. • Organización de equipos dentro del curso de formadores/as. • Sesiones clínicas y docentes.	• Número y perfil de profesionales dispuestos a ser formadores al final de los cursos. • Equipos de formadores, constituidos, cobertura, idoneidad de la composición.	• Observación y recogida de las actividades del curso de formadores/as

10. POBLACIÓN DESTINATARIA

10.1 Profesionales asistenciales de atención primaria del Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa

El Departamento cuenta con 14 centros de salud y 13 consultorios locales. Se seleccionan **4 centros de salud piloto** de acción prioritaria. Los criterios de selección de los Centros de Salud ha sido, que sean fuente importante de interconsultas de especialidad de casos de fibromialgia y otros cuadros clínicos incluidos en los síndromes del malestar. Disponibilidad de profesionales por su capacidad, trayectoria e implicación en el tema. Y criterios organizativos y de funcionamiento del CS, es decir, que sea un centro sin conflictiva interna que pudieran obstaculizar el trabajo en equipo que el Programa requiere.

Los centros seleccionados han sido:

CS República Argentina

CS Salvador Pau

CS Tavernes Blanques

CS Meliana.

10.2 Pacientes de los centros de salud piloto que presentan síndromes del malestar y acuden a las consultas de los profesionales piloto

11. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

Tabal 2. Recursos humanos y financieros para las actividades del Programa.

Recursos	Programación y gestión	Análisis de situación	Aplicación informática	Formación	Sesiones clínicas	Evaluación
Dirección de AP del Departamento	X	X	X	X	X	X
Dirección General de Salud Pública	X	X				
EVES	X			X	X	X
Médica de AP del Grupo Promotor	X	X	X	X	X	X
Profesionales de AP de CS piloto del Departamento.				X	X	X
Dirección General de Farmacia	X				X	X
Consultora Externa de Salud y Género	X	X	X	X	X	X

El Programa se realiza con recursos humanos y financieros del Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa, de EVES, de la Dirección General de Farmacia y una ayuda de investigación de la Fundación Hospital Clínico. La consultora externa dirige todas las actividades.

12. ACTIVIDADES. PUESTA EN MARCHA Y FORMACIÓN

Tabla 3. Cronograma de actividades realizadas en el Programa de Atención Biopsicosocial a los Síndromes del Malestar en Atención Primaria.

2010	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octu	Novie	Dicie
1. Constitución de Grupo Promotor												
2. Planificación del Programa												
3. Análisis de situación en el Área (Estado de salud y actividad asistencial)												
4. Sondeo de opinión a los profesionales de AP												
5. Aplicación informática registro de casos clínicos												
6. Presentación en CS Piloto												
7. Dos cursos básicos (40h). 1 de formadores (24 h)												
8. Tutoría clínica del Grupo Clave												
9. 4 Sesiones clínicas y docentes con el Grupo Clave												
10. Presentaciones en otros Departamentos y Centros de Salud para 2011												
11. Diseño de evaluación final de proceso, resultados e impacto												
12. Evaluación de Iª etapa de 2010												
2011	Enero	Febre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septie	Octu	Novie	Dicie
3 cursos básicos (40h) Uno avanzado (40h)												
Sesiones y tutorías clínicas												
Grupo Focal de evaluación a un año												
Estudio de prospectivo de casos clínicos.												

No se pudo realizar la multiplicación de la formación dirigida a los EAP piloto, que se preevía que impartieran los formadores/as del Grupo Clave, ya que no se reunieron las condiciones internas ni externas para ello.

13. RESULTADOS. PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN

13.1 Constitución del Grupo Promotor institucional y gestión del proyecto

El Grupo Promotor se constituye a propuesta del Grupo de Salud y Género de EVES, liderado por **Rosa María Marín**. Se implica la propia Escuela, la Dirección General de Salud Pública (en la primera etapa) y se incorpora la Dirección de Atención Primaria del Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa. Más tarde, se incorpora la Dirección General de Farmacia**.** No fue posible incorporar a la Unidad de Salud Mental del Departamento, ni el Servicio de Salud Mental de la Conselleria.

13.1.1 Fortalezas

- El Grupo Promotor reúne a la mayor parte de las instituciones y agentes que deben intervenir en el Programa.
- El Grupo Promotor interinstitucional e interdisciplinar, realiza seguimiento estrecho de cada una de las actividades. Este seguimiento es muy cohesivo, la vinculación interinstitucional mantenida y la capacidad resolutiva de problemas en proceso, fue una de las fortalezas para la marcha del Proyecto.
- Se cuenta con las experiencias anteriores del Programa en otras comunidades autónomas, realizadas por la consultora que dirige e interviene en todas las actividades.

13.1.2 Debilidades

- Al Grupo Promotor debía haberse incorporado la Unidad de Salud Mental del Departamento. No se consiguió esta vinculación, por lo que la consultora externa se hizo cargo de las actividades de continuidad de sesiones clínicas BPS y supervisiones de casos clínicos.

13.1.3 Oportunidades

- Existe necesidad creciente de afrontar los problemas de hiperfrecuentación en consultas y el sobreconsumo de psicofármacos que están generando los síndromes del malestar.
- Se consigue financiación de la Fundación Hospital Clínico de Valencia y de la Dirección General de Farmacia.

13.1.4 Amenazas

- Los cambios organizativos y políticos que afectarían de lleno a los miembros del Grupo Promotor y al Grupo Clave, pueden comprometer la continuidad.

13.2 Análisis de situación[14]

El Grupo Promotor realiza un análisis previo de situación del problema en población general y en los CS piloto, estudiando tres aspectos:

- **Estado de salud de la población**. Salud percibida, malestar, enfermedades crónicas y salud mental. Fuente primaria: Encuesta Valenciana de Salud. Responsable del análisis: Pepa Pont, de la Dirección General de Salud Pública.
- **Actividad asistencial en atención primaria en el Departamento y en los centros de salud piloto.** Síntomas y diagnósticos (según códigos CIE) relacionados con síndromes del malestar. Fuente primaria: SIE. Responsable del análisis: Gaspar Sánchez, de la Dirección de AP del Dpto.
- **Análisis de opinión de profesionales de los CS piloto**. Sondeo a profesionales de AP sobre estimación de volumen de consulta, tratamientos, dificultades, puntos críticos y propuestas de los y las profesionales para atender los síndromes del malestar. Fuente primaria: Cuestionario auto administrado de preguntas abiertas a profesionales de AP. Responsable del análisis: Sara Velasco, Consultora y Rosa González, Centro de Salud.

13.2.1 Estado de Salud de la población. Encuesta Valenciana de Salud 2005:

Las mujeres declaran peor **salud autopercibida** (79% de los hombres y el 70,6% de las mujeres declara una percepción de salud buena o muy buena). Más de la tercera parte de las mujeres (34%) declara **dolor y malestar**, y con mayor frecuencia que los hombres.

El 23,9% de las mujeres declaran algún trastorno de **salud mental**, más que los hombres (16,1%). El 21,7% de mujeres declaran tener **ansiedad o depresión**, frente al 12,5% de los hombres. La **morbilidad crónica** diagnosticada es mayor para las mujeres, destacando especialmente la mayor prevalencia del dolor cervical y lumbar.

Las mujeres consumen más **psicofármacos y analgésicos** que los hombres, aunque las mujeres lo hacen más frecuentemente que los hombres (aproximadamente el doble) por prescripción facultativa con receta.

Las mujeres acuden más a **consultas** en el centro de salud (medicina general o pediatría, enfermería, fisioterapia o matrona).

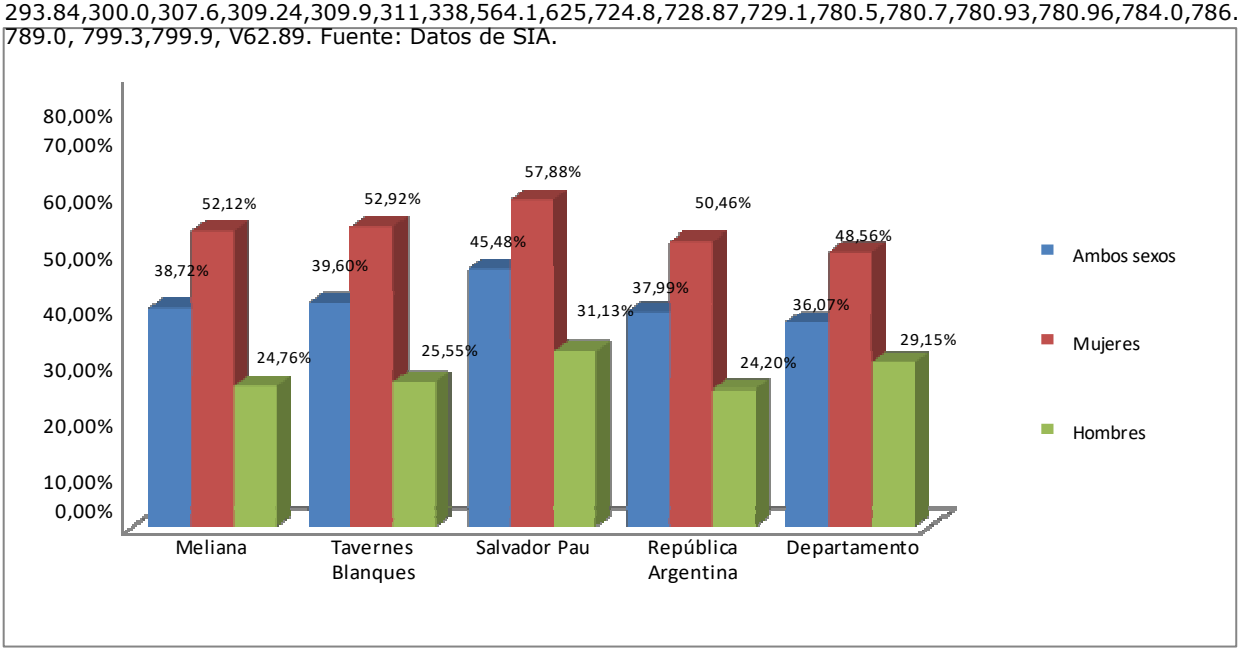
La cuarta parte de las mujeres padece trastornos mentales comunes, dolor, malestar o mala salud percibida. Así mismo, ellas consumen psicofármacos con alta frecuencia y aproximadamente el doble que los hombres lo hacen por prescripción facultativa. Ellas acuden a los servicios de atención primaria más que los hombres.

[14] Los informes completos del análisis de situación están disponibles en EVES y la consultora.

13.2.2 Asistencia sanitaria al malestar en atención primaria. Datos de SIA y GAIA

El 36,5 % de las consultas en AP son por códigos CIE que corresponden a síndromes del malestar (**ANEXO I**). Las mujeres consultan más que los hombres por estas causas (48,6% de las consultas de mujeres, frente al 29% en los hombres).

Figura 2. Distribución de pacientes con CIE-9 atendidas/os en el Departamento y en los EAP piloto en 2009, por sexo. Códigos CIE: 293.84,300.0,307.6,309.24,309.9,311,338,564.1,625,724.8,728.87,729.1,780.5,780.7,780.93,780.96,784.0,786.5, 789.0, 799.3,799.9, V62.89. Fuente: Datos de SIA.



Consumen **antidepresivos** el 13,5% de las mujeres atendidas por todas las causas y el 4% de los hombres. Consumen **ansiolíticos e hipnóticos** el 25% de las mujeres atendidas por todas las causas y el 9,4% de los hombres. Consumen **analgésicos** el 53,7% de las mujeres atendidas por todas las causas y el 30,4% de los hombres.

La frecuentación por síndromes del malestar en atención primaria, es muy alta, cercana a la mitad de las pacientes mujeres y la tercera parte de los hombres que consultan. Y consumen psicofármacos y analgésicos la cuarta parte de las mujeres atendidas, más que los hombres.

13.2.3 Opinión de profesionales de AP de centros de salud piloto

Se trata de un sondeo de opinión mediante cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas cumplimentado por profesionales de los CS piloto.

Estiman mayor frecuentación que la registrada en la actividad asistencial. Estiman que entre el 70%-80% son mujeres. Explican que estos pacientes **consumen exceso de recursos** sanitarios y se les **sobreprescriben psicofármacos**. El 77% de los/las profesionales no está **satisfecho** con los tratamientos de que dispone para estos pacientes.

Figura 3. Proporción de profesionales satisfechos o no con los tratamientos habituales para pacientes con sindromes del malestar (n=44). Fuente: Cuestionario de sondeo a profesionales, 2010.

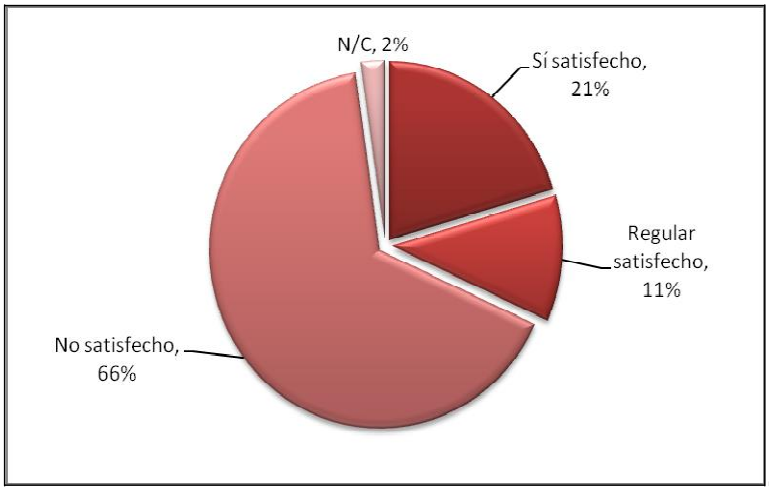
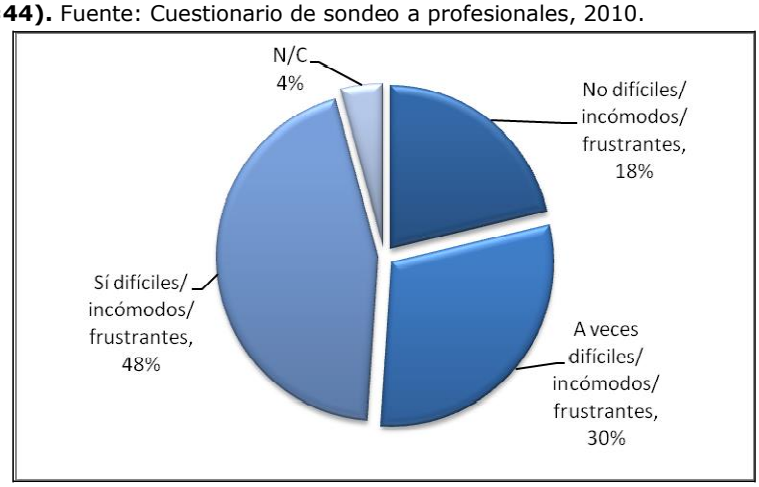


Figura 4. Proporción de profesionales que encuentran difíciles ó incómodos ó frustrantes a estos pacientes con síndromes del malestar (n=44). Fuente: Cuestionario de sondeo a profesionales, 2010.



El 77% de los profesionales encuentra a los **pacientes con malestar difíciles, incómodos o frustrantes**. El **riesgo de *burn out*** del profesional es alto, debido a que este tipo de pacientes alcanza, a veces, la mitad o más de los pacientes que atienden.

No se dispone de abordajes no farmacológicos que consideren eficaces y satisfactorios. Dicen necesitar reenfocar el método de atención hacia un abordaje psicosocial. Todos, prácticamente, declaran necesidad de **más tiempo** en consulta, **coordinación** entre niveles asistenciales y **formación** específica.

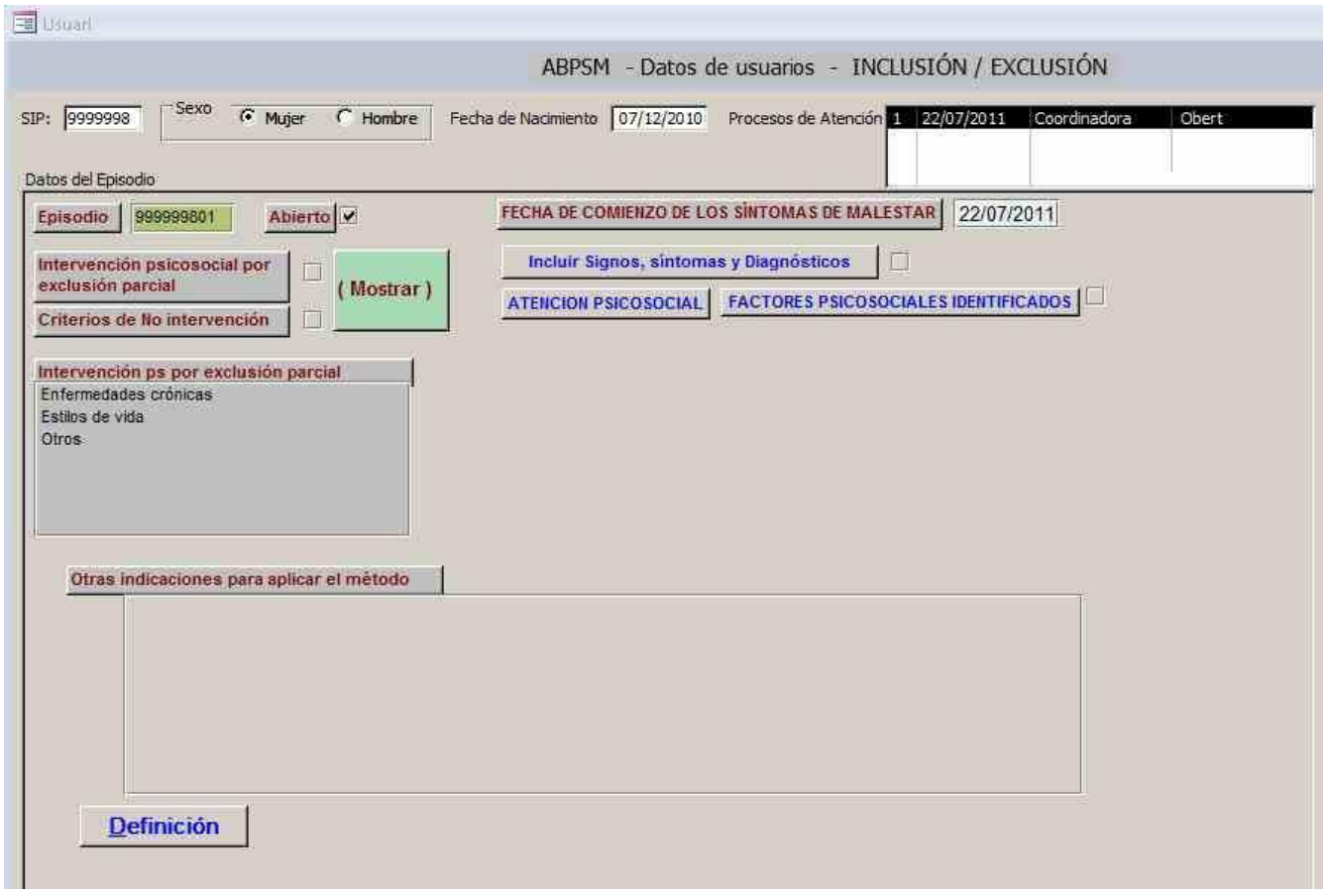
El resultado de este análisis de situación previo, confirma la pertinencia del Programa por la relevancia del problema, la necesidad de mejorar el uso de recursos y necesidades sentidas de los y las profesionales y disponer de un método terapéutico más eficaz que el farmacológico, y de más formación.

13.3 Registro informático de casos clínicos de Síndromes del Malestar

Se ha ultimado un protocolo de atención en formato ACCES que servirá, tanto como guía de la intervención en consulta, como registro de la actividad para su posterior evaluación. Funciona como un archivo complementario, ya que no pudo ser introducido en la historia clínica informatizada de ABUCASIS.

Inconvenientes que ha presentado son que ha de ser instalado individualmente en cada uno de los ordenadores de cada profesional que lo utilizará. Que el profesional ha de abrir el protocolo fuera de la historia clínica para cada paciente. Que según la carga del ordenador, se enlentece su funcionamiento. Han sido necesarias numerosas tutorías con los profesionales para que lleguen a aprender su uso, algunas profesionales no han conseguido aprenderlo y han cumplimentado el protocolo en papel.

Fue pilotado por los profesionales del Grupo Clave en los centros de salud y posteriormente utilizado para registrar los casos clínicos en el estudio prospectivo final.



Primera página de la aplicación del registro de casos en ACCES.

14. RESULTADOS DE LA FORMACIÓN EN CURSOS BÁSICOS

El Grupo Promotor presentó el Programa a los coordinadores de los centros de salud piloto y estimuló a inscribirse en los cursos a los y las profesionales que respondían al perfil deseado para llegar el Grupo Clave de profesionales asistenciales. Los criterios eran:

- Médicos/as de família o pediatras de atención primaria.
- Enfermeros/as, matronas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, preferiblemente con formación y/o experiencia en grupos dinámicos con mujeres.
- Profesionales con alguna formación adicional en psicología de orientación dinámica.
- Con interés y/o alguna formación en salud de las mujeres y género.
- Con disposición y/o capacidad docente.
- Con interés en participar en el proyecto.

Además, se realizó captación activa de profesionales clave de dichos centros.

No se ha podido incorporar a personas de Salud Mental, a excepción de psicólogas clínicas y psiquiatras de Centros de Salud Mental de otros Departamentos que se inscriben espontáneamente.

Se han impartido:

Cinco ediciones del curso básico (40 horas) 2010-2011.

Uno de formación de formadores (24 horas) 2010.

Un Curso de nivel avanzado (40 horas) en 2011.

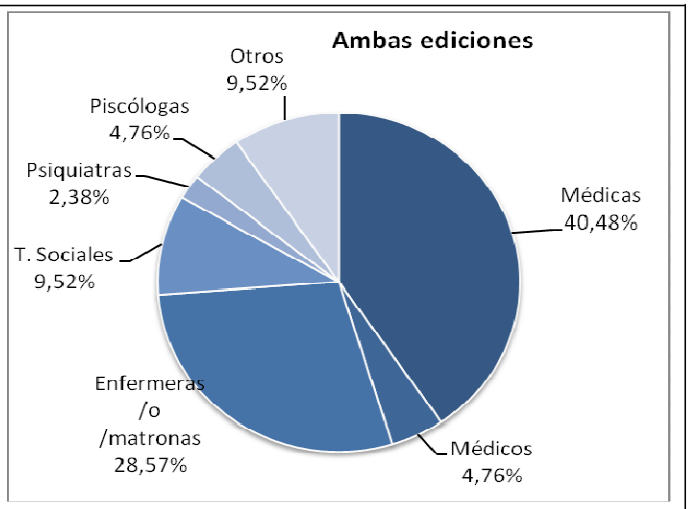
Los cursos han sido acreditados con **7,6 créditos** cada uno por la Comisión de Formación Continuada.

14.1 Participación

Se presentan aquí los resultados de satisfacción e impactos de las dos primeras ediciones. Las siguientes ofrecieron resultados absolutamente similares.

Figura 5. Participantes en 2 cursos básicos por profesiones y sexos. Tabla en número y gráficos en %.

	nº 1ª ed	nº 2ªed	total
Médicas	14	3	**17**
Médicos	2	0	**2**
Enfermeras/o /matronas	6	6	**12**
Fisioterapeuta	1	1	**2**
T. Sociales	3	1	**4**
Psiquiatras	0	1	**1**
Psicólogas	1	1	**2**
Otros	2	2	**4**
Total	**29**	**15**	**44**



Participaron en ambos cursos básicos **44** profesionales (29 en el primero y 15 en el segundo). El **93% mujeres**, mayoría **médicas/os, (45%),** con **17** médicas (40% del total) y **2** médicos (5%). Fue en la 1ª edición en la que se captó el mayor número de médicas.

14.2 Cobertura de los Centros de Salud piloto

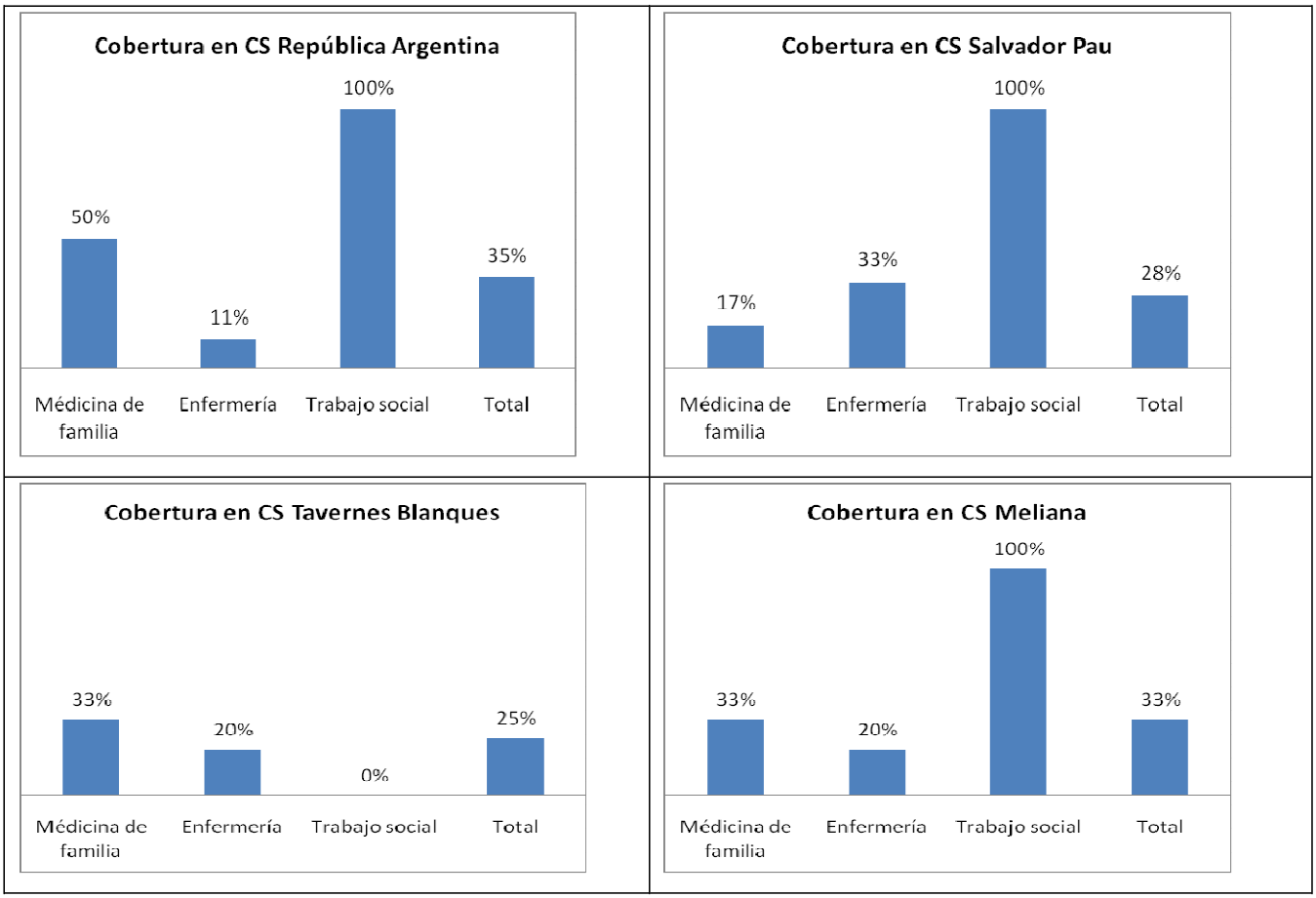
Se pretendía una intervención intensiva en los 4 centros de salud piloto, por lo que interesa la **cobertura** de profesionales alcanzada. Desagregamos aquí los **21** participantes que pertenecían a los 4 CS piloto.

Tabla 4. Número de profesionales de los EAP piloto, participantes en los cursos y cobertura*.

	Medicina de familia			Enfermería			Trabajo social			TOTAL		
EAP	nº en EAP	nº en cursos	Cobertura	nº en EAP	nº en cursos	Cobertura	nº en EAP	nº en cursos	Cobertura	nº en EAP	nº en cursos	Cobertura
República Argentina	10	5	50%	9	1	11%	1	1	100%	20	7	35%
Salvador Pau	12	2	17%	12	4	33%	1	1	100%	25	7	28%
Tavernes Blanques	6	2	33%	5	1	20%	1	0	0%	12	3	25%
Meliana	6	2	33%	5	0	0%	1	1	100%	12	4	33%
Total	**34**	**11**	**32%**	**31**	**6**	**19%**	**4**	**3**	**75%**	**69**	**21**	**30%**

*nº de profesionales en plantilla en mayo 2010 con datos procedentes de la Dirección de AP del Departamento. No se han incluido los participantes de otros centros, ni las médicas MIR que acudieron.

Figura 6. Cobertura de los cursos en CS piloto.



La **cobertura** ha sido el **33% de los profesionales diana** (medicina de familia, enfermería y trabajo social, de los 4 centros piloto). Ahora bien, esta cobertura ha sido muy distinta por centros y profesiones. Desde el máximo de **50% de los médicos/as en CS República Argentina**, hasta el mínimo de **11% de la enfermería** en este mismo centro.

14.3 Evaluación cuantitativa: satisfacción del alumnado y calidad.

14.3.1 Curso 1ª edición. Mayo 2010

Evalúan el cuestionario de satisfacción del alumnado de EVES, 27 de las 29 personas, el **93,1%** del alumnado. Valoración global del curso: **4,7** (de 1 a 5); de la profesora **4,9 y** de la organización **4,5** (Desviación estándar de 0,4 a 0,6).

Figura 7. Puntuación media (de 1 a 5) global y aspectos generales del curso básico 1ª edición.

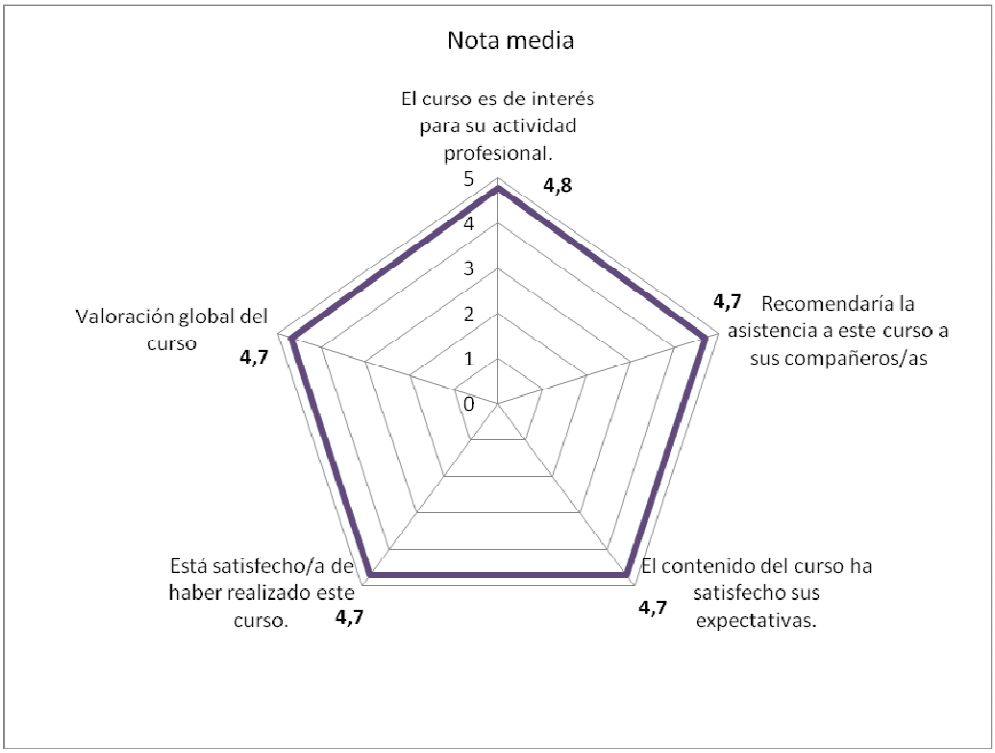


Figura 8.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de contenidos del curso 1ª edición.

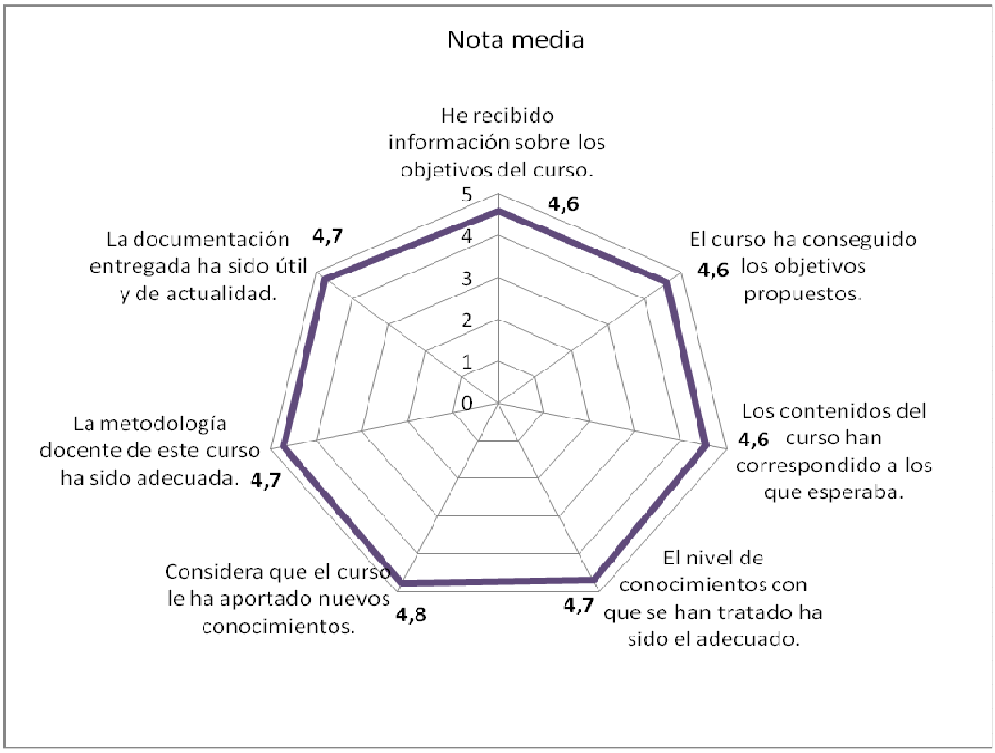


Figura 9.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de la profesora 1ª edición.

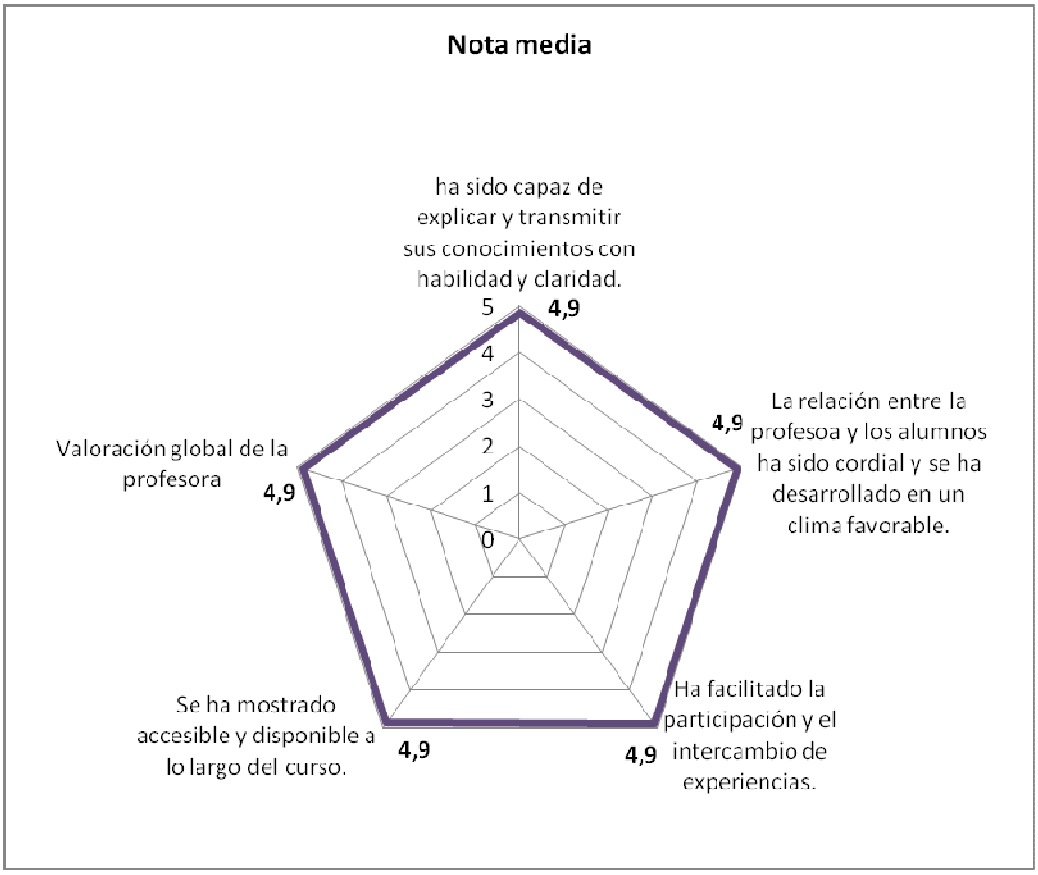
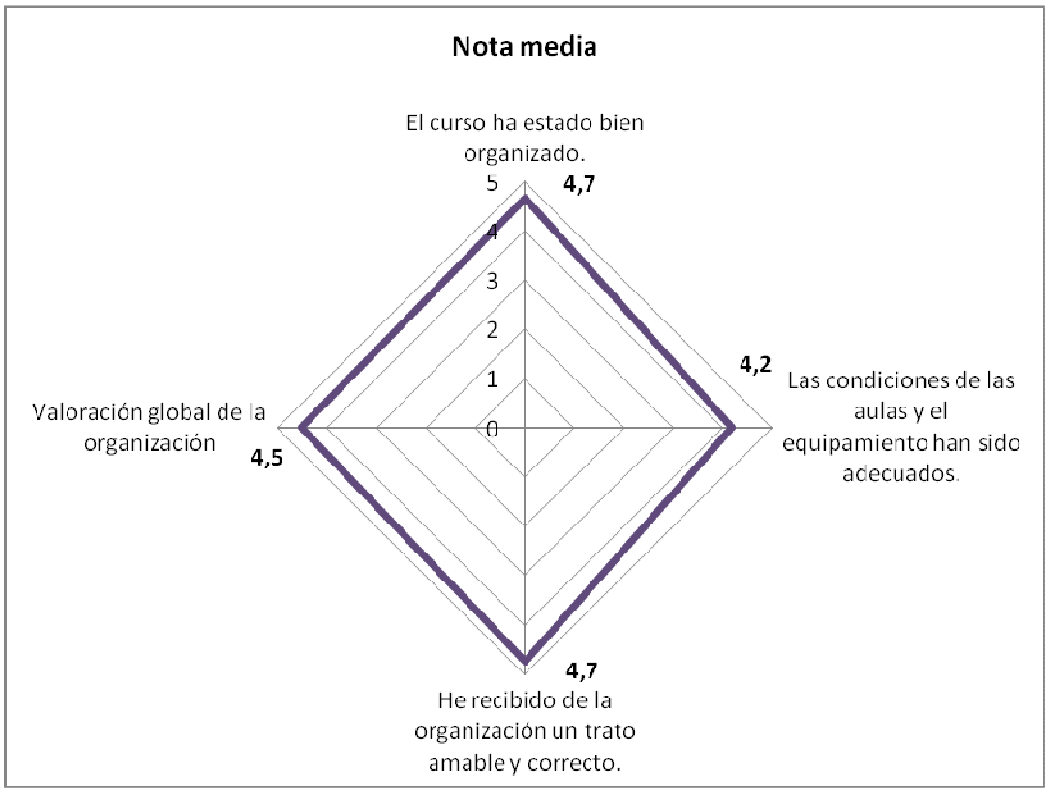


Figura 10.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de la organización 1ª edición.



14.3.2 Curso 2ª edición. Noviembre 2010

Evalúan el cuestionario de EVES, 13 de 15 personas, el **86,6%** del alumnado. Valoración global del curso: **4,9** (de 1 a 5); de la profesora **4,9** y de la organización **4,6** (Desviación estándar de 0,2 a 0,4).

Figura 11. Puntuación media (de 1 a 5) global y aspectos generales del curso básico 2ª edición.

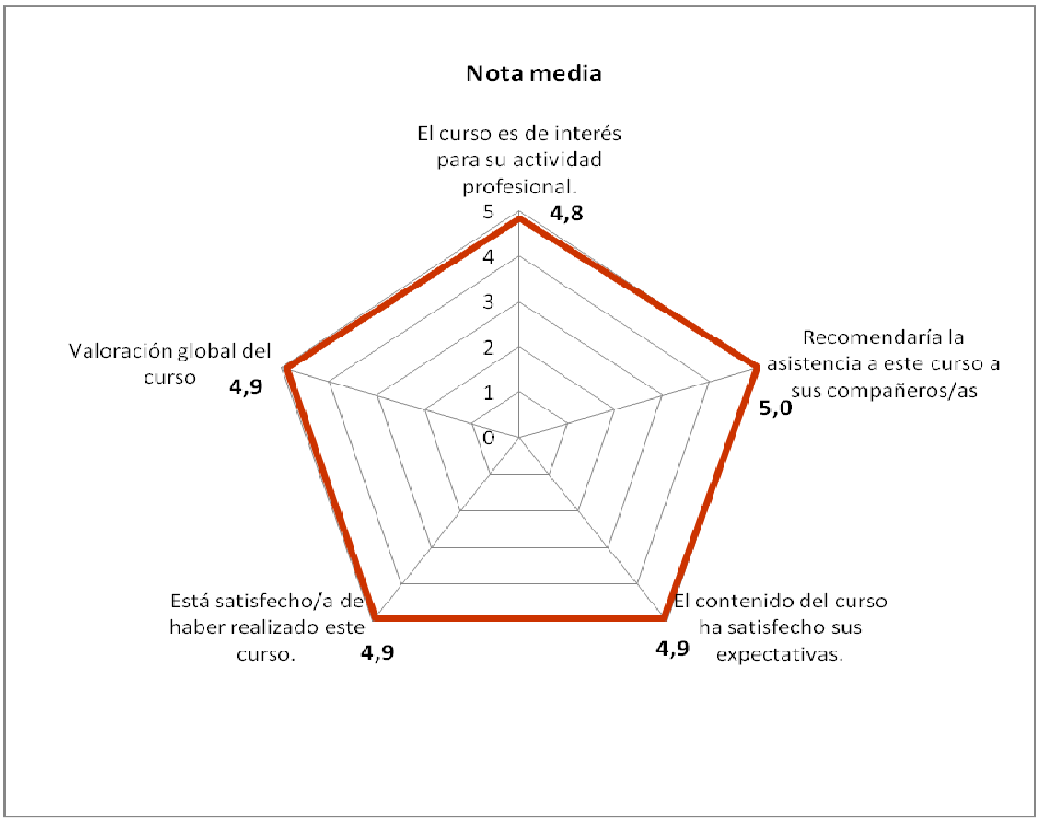


Figura 12.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de contenidos del curso 2ª edición.

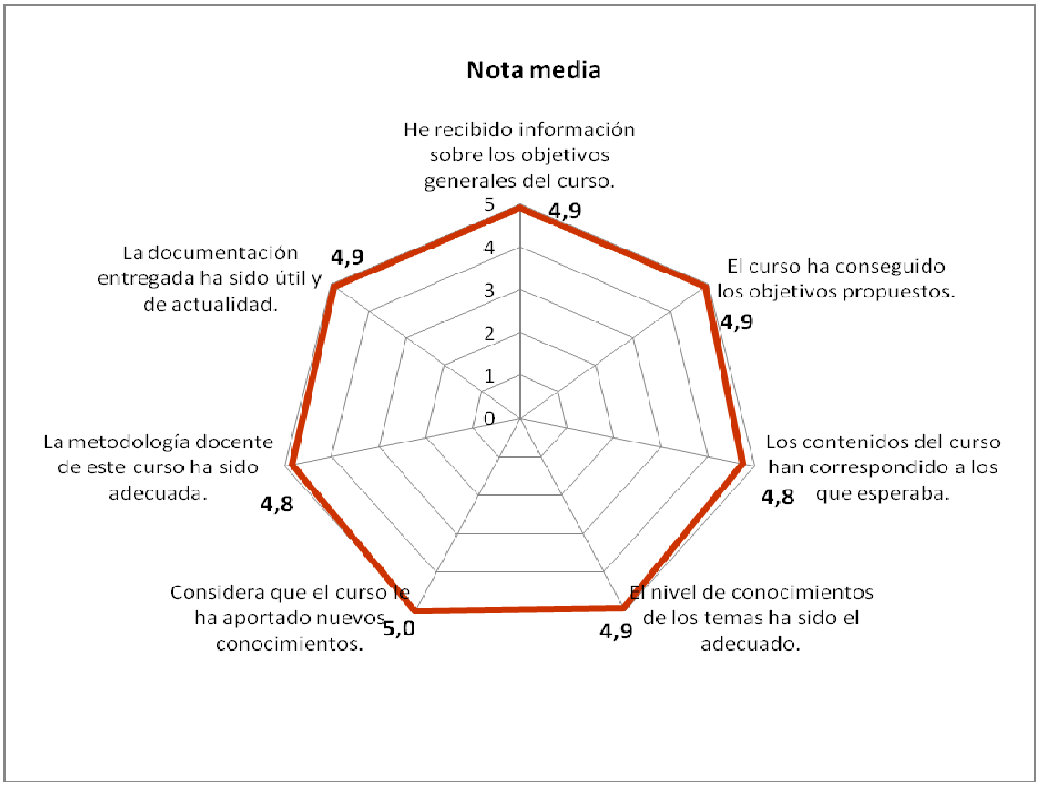


Figura 13.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de la profesora 2ª edición.

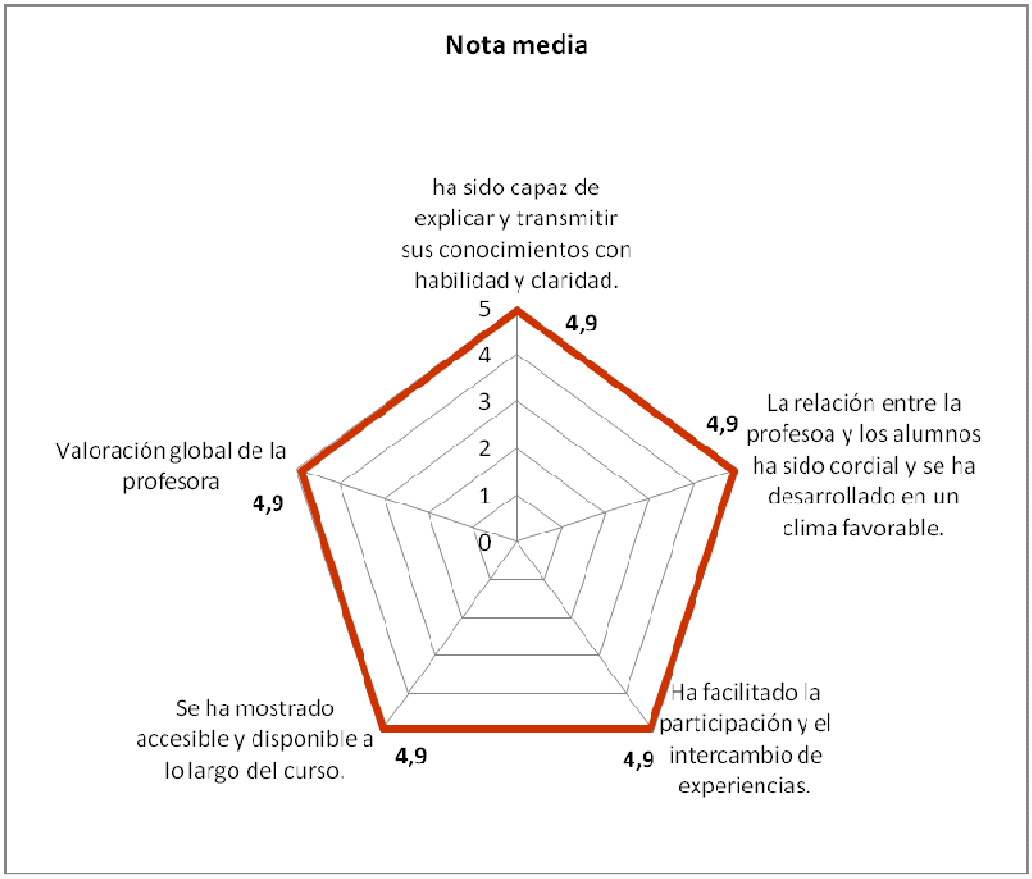
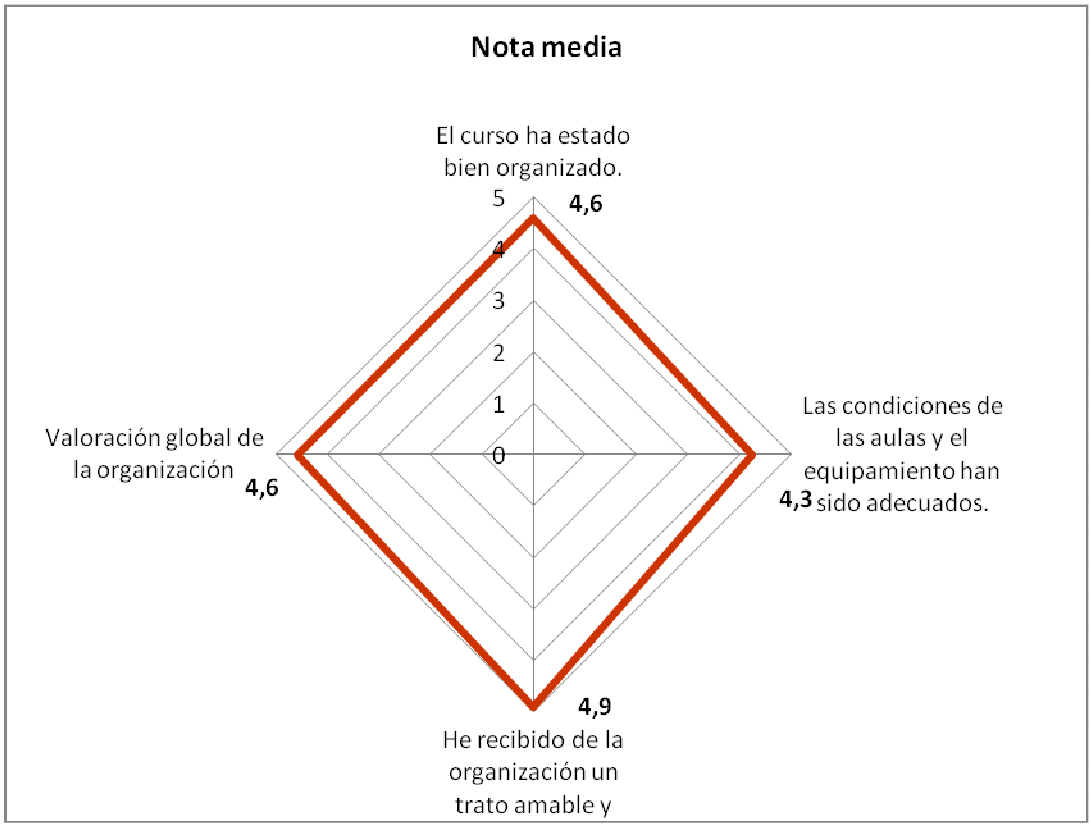


Figura 14.Puntuaciónes medias (de 1 a 5) de la organización 2ª edición.



14.4 Evaluación cualitativa análisis del discurso: Motivación y expectativas PRE curso.

Se cumplimentó en el aula un cuestionario PRE-curso (**ANEXO II. Cuestionarios, acuerdo de confidencialidad y cesión de material didáctico**) con preguntas abiertas sobre la formación previa, motivación, expectativas y necesidades sentidas del alumando. A continuación se interpreta el discurso.

- **RESPONSABILIDADES**

Pregunta 1. Cargo u otras responsabilidades actuales o anteriores (además de la asistencial).

En el primer grupo hay concentración de personas con responsabilidades docentes e institucionales. Al menos 8 docentes (profesoras asociadas y tutores/as de MIR), 7 coordinadores de CS anteriormente o en la actualidad, responsable de Grupo en SEMFyC y una ex subdirectora de Salud Pública. No había responsabilidades en el segundo grupo.

El primer grupo tiene alta concentración de responsabilidades docentes e institucionales en centros de salud.

- **FORMACIÓN PREVIA**

P.2. Formación recibida y experiencia previa relacionada con modelo biopsicosocial, salud de las mujeres o género.

En el primer curso, la mitad de las personas (14) no tiene formación previa en temas de salud de las mujeres, género o modelo biopsicosocial. Pero la otra mitad cuenta con formación previa de importancia: 3 licenciadas en psicología (aparte de su profesión actual), 7 Máster en Sexualidad ó Salud Pública ó Salud Mental, otras con formación en entrevista Clínica y Comunicación y 8 personas cuentan con formación previa sobre temas de género (violencia y otros). En el 2º curso, hubo 2 psicólogas, una socióloga y Máster en Economía de la Salud y una con formación en entrevista clínica, y prácticamente nadie con formación en género.

El primer grupo cuenta con formación clave previa en el tema, lo cual le dispone con mayor receptividad y mejores condiciones para la futura constitución del Grupo Clave. El segundo, es menos específico para tal fin.

- **MOTIVACIONES**

P.3. Explica brevemente qué ha hecho que acudas a este curso.

Las motivaciones iniciales en respuesta abierta para asistir al curso son de tres tipos:

- Inquietud por la ascendente demanda asistencial de pacientes con malestar.
- Adquirir instrumentos para atender los aspectos psicosociales, psicológicos y psicosomáticos.
- Porque el CS es piloto y ha sido solicitada su asistencia por el Departamento.
- Por la recomendación de Rosa González (del Grupo Promotor) que demostró alta capacidad de convocatoria.

- **PREOCUPACIONES / NECESIDADES SENTIDAS**

P.4. Define en un par de frases, lo que más te preocupa de los y las pacientes que atiendes con cuadros de malestar (ansiedad, depresión, somatizaciones, dolor y síntomas sin causa orgánica, síndromes funcionales...).

Lo que les preocupa coincide con los resultados del sondeo hecho para el análisis del problema. Los puntos críticos que identifican son la insuficiencia de instrumentos para atender a estos pacientes y la frustración que les genera, la hiperfrecuentación y policonsumo de fármacos.

Dicen: [15]

> *Veo personas acorazadas en su dolor y como sanitaria no dispongo ni de tiempo ni de herramientas útiles para romper ese aislamiento. Los pacientes arrastran actitudes negativas y mucha medicación.*
>
> *Me preocupa el ser capaz de captar su malestar, el conocer las limitaciones del sistema para atenderles y el ir con ello aumentando día a día mi frustración profesional. Me preocupa que no mejoren y sí, en cambio, se cronifican por falta de un abordaje integral como persona.*
>
> *Me preocupa no estar a la altura de sus expectativas. Quieren curarse y no siempre podemos curar y, a veces, ni siquiera mejorar.*

- **DIFICULTADES PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON SÍNDROMES DEL MALESTAR:**

P.5. ¿Puedes explicar brevemente cuáles son las dificultades principales que te causan estos pacientes en tu práctica clínica y personalmente?

Falta de tiempo en consulta.

Falta de herramientas. Falta de formación.

Dificultades de comunicación.

El rechazo de los pacientes de las causas psíquicas y psicosociales.

Persistencia de las demandas y síntomas.

Desgaste emocional que producen en el profesional. La impotencia y frustración.

Dicen:

> *Me enfrento con la impotencia y frustración de que tienen necesidad de contar, ser acogidos, reconocido su sufrimiento y tengo falta de conocimiento práctico y tiempo para poder facilitarles la ayuda en la demanda implícita. Me limito a la demanda explícita.*
>
> *Personalmente: de las pacientes aprendo, pero también a veces me vampirizan emocionalmente.*

[15] *En cursiva son fragmentos literales de distintos cuestionarios PRE-Curso.*

- **OPINIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS CON PSICOFÁRMACOS Y ANALGÉSICOS**

P.6. La inmensa mayor parte de los profesionales los estamos tratando con psicofármacos, analgésicos y algunos tratamientos sintomáticos. ¿Qué opinas de ello?

Es unánime una posición crítica que reconoce la falta de eficacia de la atención actual que favorece la circularidad de los síntomas, que no resuelve y cronifica, que responde a intereses de la industria farmacéutica, que no cuentan con otra cosa y que necesitarían otros métodos.

Dicen:

> *Que no estamos resolviendo y que hay que cambiar la forma de hacer las cosas si queremos que las cosas cambien.*
>
> *Entiendo que es un tratamiento que favorece a la industria farmacéutica que los gobiernos sostienen y que los profesionales aliados con este funcionamiento mantienen. Es cómodo tratar con fármacos, una consulta es rápida, y ya no se necesita más.*
>
> *Que es verdad, quizás medicalizamos demasiado, y quizás escucharlos en un par de consultas les ayuda más a estos pacientes que el darle determinados fármacos.*

El discurso sobre los síndromes del malestar antes de empezar el curso contiene percepción de dificultad, ineficacia, impotencia y frustración con estos pacientes. A la par que una visión crítica sobre los métodos de que se dispone y necesidad, algo desesperanzada, de disponer de otros instrumentos de abordaje.

14.5 Evaluación cualitativa: impactos, novedad, beneficios, utilidad y aplicabilidad POST curso

Abandonan los cursos, 1 enfermero en el primero, una trabajadora social en el segundo y una psiquiatra por baja laboral. El **93.2% restante tiene continuidad hasta el final**. Cumplimentan el cuestionario POST-curso, 32 personas, **el 76% de las que terminan los cursos**.

Se evalúan con este cuestionario cualitativo POST-Curso (**ANEXO I. Cuestionarios**) los factores de calidad: los impactos, ideas novedosas, aplicabilidad, beneficios, satisfacción y valores añadidos para la práctica obtenidos en el curso.

- **EFECTOS DE CAMBIO**

P.1. ¿Han variado en algo las ideas y dificultades que tenías sobre lo que les ocurre a los y las pacientes con síndromes del malestar?

El 100% de participantes dicen que han cambiado sus ideas y disminuido las dificultades

Son cambios que se producen en el paso de los diagnósticos biomédicos al concepto de síndromes del malestar. Cambia la actitud y relación con los y las pacientes, la factibilidad del modelo biopsicosocial, la compresión de las causas psicosociales y subjetivas del malestar y la esperanza de utilizar el nuevo método sobre la subjetividad.

Síndromes del malestar como alternativa:

> *No las incluía en un mismo diagnóstico sino en muchos con muchos síntomas comunes. Ahora, si el programa (ABUCASIS) me lo permitiera, lo englobaría en uno.*

Sí, al disponer ahora de un marco teórico podré reconocer estos síndromes y actuar sobre ellos de otra forma.

Ha cambiado la idea de abordar estos síndromes, enfoque diferente.

Sí, no pensaba que hubiera tanta relación de los síntomas y las enfermedades con el síndrome de malestar.

Sí. Creo que hasta ahora se ha medicalizado mucho y además no se les daba el suficiente campo para expresar su malestar, intentando concretar en síntomas o generando un diagnóstico de "neurosis" poco real.

Conocer el aspecto biopsicosocial abre un abanico en el entendimiento de síndromes del malestar.

Cambio en la propia actitud, más calidad y disfrute con los/las pacientes:

Sí. Mayor sensibilidad, más paciencia, más empatía, más entendimiento y efectividad en la calidad de mi trabajo. Más disfrute de mi trabajo.

El curso me ha ayudado a reflexionar sobre mi actuación en el abordaje psicosocial en el proceso de salud y el trabajo en equipo.

Ha variado sobre todo mi actitud de cara al paciente

Sí, pues la tendencia es a ser directiva como profesional.

Creo que cuando alguien se queja por algo, no siempre busca "una receta", y con este curso se ha verificado.

Mantengo la sensación de dificultad en el abordaje, pero el reto de intentar algo diferente supone un aliciente, me da cierta "ilusión" verlas citadas.

Mejor relación con los pacientes:

Creo que de forma positiva ha servido para los criterios de la relación con los/las pacientes sea algo aunque mínimamente diferente.

… También ha cambiado la empatía con respecto a ellos.

Escucha y analgesia por la palabra:

He cambiado mi actitud de escucha y me muestro más interesada en los problemas de los pacientes. Mi grado de paciencia y capacidad de escuchar los problemas ha variado. … …y me ha servido para reforzar la importancia que tiene la escucha como efecto terapéutico en el malestar.

Sí, mi perspectiva respecto al enfoque del tratamiento fisioterapéutico durante el cual te cuentan mucho de sí mismos y escuchan pero ahora sí que tengo una mejor idea de escucha y respuesta hacia que el paciente obtenga un bálsamo para sus heridas mentales y una analgesia real.

Sí, que hay que escucharles más.

Sí, que es importante escuchar y oír lo que les hace vivir mal.

Mayor comprensión de los motivos de los/las pacientes, las causas de la sintomatología:

Con todos los conocimientos adquiridos en el curso sabré comprender mejor lo que le ocurre al paciente con estos síndromes, me pondré más en su lugar y con todo ello, podré ayudarle mejor para que él entienda el porqué de su sintomatología y así pueda él enfocarlo desde esa perspectiva.

Darme cuenta de cómo el cuerpo expresa lo que no se verbaliza (malestar).

Si porque a pesar de mi formación psicosocial, no siempre se tienen en cuenta todos los factores que intervienen en el proceso de salud/enfermedad y a menudo juzgamos a la

paciente desde nuestra perspectiva propia sin tener en cuenta como las vive ella de manera particular, a veces se les /las ve como simples demandadoras.

Más factible el abordaje biopsicosocial:

He aclarado ideas y he disminuido las dificultades. Veo más factible el abordaje biopsicosocial.

Ha confirmado la idea que tenía sobre la influencia psicosocial en estos procesos.

El abordaje de género:

… y sobre todo sentir la necesidad de abordar los problemas de salud teniendo también en cuenta los determinantes psíquicos de género.

Hallazgo de un método sobre la subjetividad para mejorar los síntomas:

Sí, que siempre podemos desplegar aún más acerca de los aspectos subjetivos.

He encontrado una explicación/respuesta a la manera de localizar la aparición de los síntomas, entender por qué las personas los sostienen y lo más importante y mejor, ayudar a que desaparezcan logrando así reducir el sufrimiento. Venía observando desde siempre en mi consulta como las personas de las que hablamos estaban super medicalizadas, también resignadas… sabía que había un malestar psíquico por debajo pero no sabía (ahora tampoco sé, pero aprenderé) qué hacer desde una consulta de trabajo social pública…

Las ideas coinciden con las que ya tenía previamente, lo que sí que ha disminuido es la dificultad para el manejo habitual del problema.

- **IDEAS NUEVAS E IMPACTOS**

P.2. ¿Qué aspectos nuevos te han impactado más, si los ha habido?

El 100% refieren haber encontrado ideas nuevas. Estas se refieren a los dos valores añadidos del curso: la atención a la subjetividad y el género. La existencia de la subjetividad, -sujeto del inconsciente- y cómo ésta participa en la producción de la enfermedad y su eficacia terapéutica. También ha impactado la inusual buena acogida y compromiso del grupo con el curso.

El descubrimiento de la subjetividad en la biografía y en la salud:

La teoría de la subjetividad.

El aspecto que más me ha impactado es el psicoanalítico en dónde tanto el profesional como el/la paciente, están involucrados.

El poder del subconsciente en el bienestar de las personas. Me parecía, en mi ignorancia, cuestión de azar el estar eufórico o hecho polvo en circunstancias aparentemente similares. El entender (no sé si del todo) la diferencia entre lo social, los acontecimientos biográficos, las cargas de mis pacientes, a los que nunca he sido sorda, y lo subjetivo, lo psíquico.

Darme cuenta de todas las actitudes inconscientes por internalización de las vivencias que podemos pasar por alto.

La posibilidad de acoplar subjetivamente los acontecimientos biográficos tanto para enfermar como para sanar.

El uso y eficacia de la escucha subjetiva:

El impacto más fuerte ha sido el enfoque de la entrevista subjetiva. El ver la relación subjetiva, de sujeto a sujeto en la relación médico-paciente.

La parte de los casos clínicos. Me parece sorprendente la lectura tan "aparentemente sencilla" de lo subjetivo, cómo se actúa sobre él y los efectos tan beneficiosos que tiene. Lo veo necesario para mejorar la asistencia sanitaria y para vivir mejor en general.

La importancia de los acontecimientos vitales y la importancia del saber escuchar, para poder conocer el grado de malestar y no ver sólo los síntomas (demanda explícita). Todo ello encaminado a una atención integral. La importancia de lo inconsciente.

Para mí lo más novedoso es el punto de la escucha porque toda la información que he recibido a lo largo de estos años estaba encaminada más a la entrevista formal en la que el médico dirige y pregunta punto por punto. Por supuesto que el concepto de la subjetividad también me ha servido mucho y a descifrar.

El saber oír lo que les puede provocar ese malestar.

Que con la escucha, les pudiera hacer tanto bien a los pacientes.

El que se pueda intervenir, simplemente escuchando y poder cambiar el curso de los cuadros de malestar.

Que hay que cambiar la forma de preguntar y hay que dejar hablar. Que el silencio también sirve, porque muchas veces aconsejamos por rutina y no escuchamos. Que el paciente mismo puede encontrar la solución con un poco de orientación.

Conocimiento científico, aspectos de psicología que no estoy familiarizada. El abordaje con datos elaborados y bien documentados.

Lo complicada que es la "vida".

El método para tratar la subjetividad:

El abordaje de lo subjetivo, el método utilizado es muy práctico y estructurado.

El método para cambios subjetivos personales.

Me ha impactado más el que con la escucha y los señalamientos la persona pueda producir ese cambio que pretendemos que es para mí la reducción del sufrimiento y estar más cerca de su bienestar.

El género como determinante de salud y el sesgo de género:

La importancia de incluir el enfoque de género en todas las actividades, tanto individuales como grupales

Los procesos de vulnerabilidad de género asociados a la enfermedad.

Y saber que queda mucho camino en las diferencias de género y que no creía eran tantas y menos en temas de salud/enfermedad

El sesgo de género de los profesionales, del que no era muy consciente.

El hecho del sesgo de género a lo que yo estoy totalmente de acuerdo pero es algo que no me atrevía a exponer y si lo intentaba se me negaba. Ahora me reafirmo en ello y gracias al curso puedo yo misma sensibilizarme con los problemas de género.

Siempre me impacta constatar que aún sabiendo sobre la relevancia de estos aspectos, a veces caemos en sesgos que hacen con que estos pasen desapercibidos.

Perspectiva científica de género.

La aplicabilidad interdisciplinar del método:

Sobre todo el poder actuar desde la intervención de enfermería. El abordaje interdisciplinar y no como antes opinaba que era algo a tratar por la T. Social o Salud Mental.

Sus potenciales efectos en el consumo de fármacos:

Desde mi ideología también dejar de ser pasto de las industrias farmacéuticas porque en cuanto el método funcione habrá menos consumo de fármacos.

La gran acogida del tema por el grupo:

Los aspectos que más impacto me han causado han sido: a) Aspectos Formales: La gran acogida que ha tenido el curso dentro del grupo. Se ofrece un modelo de formación que requiere participación activa por parte de AP y estos y estas se encuentran colaboradores. Es la primera vez que lo veo en un curso. Lo frecuente es que acepten el contenido del curso y que lo refieran como inaccesible en la consulta. En este caso, lo ven como elemento facilitador. La gran estructuración en el método biopsicosocial. La asistencia mantenida a lo largo de la duración del curso.

- **BENEFICIOS**

P.3. ¿Crees que te reportará beneficios? ¿Cuáles?

El 100% refieren que encontrarán beneficios del curso. En aspectos personales y profesionales. Beneficios por estructurar y sistematizar las actuaciones; al tener una visión integral del paciente, obtener mayor eficacia, menos frustración, más satisfacción. Así mismo, para no medicalizar y disminuir la frecuentación y haberse producido un acercamiento entre niveles de AP y Salud Mental.

Estructurar y sistematizar las actuaciones:

Muchos: personales; médicos en la atención, en cuanto al cuidado; Investigación: nuevos retos, nuevas vías.

Sí, sobretodo aumentará mi sensibilidad con el tema y sistematizará más mis actuaciones.

Claro que sí. Durante los 4 primeros meses de mi residencia estuve en el Centro de Salud y pude observar como estos síndromes de malestar son bastante frecuentes en la clínica diaria. En el curso he aprendido a manejar estas situaciones; a como realizarles preguntas de forma que tampoco les moleste para que el paciente pueda llegar al porqué de sus síntomas. Creo que estos pacientes sufren mucho más que cuando se tienen ciertas enfermedades físicas y pienso que si yo en mi práctica diaria futura en un centro de salud les puedo ayudar me alegraré bastante.

Visión integral del paciente:

Sí que me reportará beneficios por ver al paciente como un conjunto, con lo biológico, lo psicológico y los problemas sociales. Aunque antes del curso, también pensaba en un paciente como el conjunto de todos sus problemas y su entorno social, ahora lo tengo todo más sistemático y estructurado.

Sí, porque me ayudará para saber intervenir mejor en el cambio de actitudes del paciente, y prestar todavía más atención a los efectos que produce sobre la enfermedad las vivencias y situación social.

Sí. Un enfoque más integral de los procesos, tanto a nivel de los usuarios, como a nivel personal.

Enfoque de género. Atención biomédica no sesgada. Encuentro de sujeto a sujeto. Identificar posiciones subjetivas pasivas.

Mayor eficacia:

También la posibilidad de nuevas herramientas para conseguir cambios, mejorías en la atención de las personas.

Mejoraré en cuanto al manejo de los signos y síntomas que incluye el síndrome del malestar.

Muchos, creo, a todos los niveles, y más teniendo en cuenta que si consigo aplicar el método bien en la infancia y en la adolescencia contribuiré a prevenir en la edad adulta de ese niño a adolescente.

Sí. Además de un conocimiento propio, el poder plantear cambios sencillos a mis pacientes creo que influirá en mi trabajo de varias formas: mejorando las relaciones con ellos y mejorando su salud y por tanto la práctica médica diaria.

Ayudar a los pacientes y sentirme yo mucho mejor por todo ello.

Menos frustración, más satisfacción personal y profesional:

Sí, más bienestar a mí misma por la satisfacción que me aporta haber enriquecido mi práctica diaria con lo que he aprendido. Mejor relación con mis pacientes, más disfrute de mi trabajo.

Ya he obtenido beneficios. Me siento bien en la atención a los determinantes psicosociales y me sentiré mejor cuando sea capaz de aplicar el método.

A mí, personalmente muchos porque cada persona de estas me conectaba (¡ya hablo en pasado!) con impotencia, frustración, ahora tengo una herramienta y mucha ilusión por obtener la satisfacción profesional en su aplicación. (Gracias por estar enseñándome).

Sí, más seguridad en el abordaje del "síndrome del malestar".

Sí, estar satisfecha con mi trabajo y sobre todo poder ayudar a los pacientes.

Conocerme más a mí misma, conocer más a l@s pacientes.

Para no medicalizar y disminuir la frecuentación:

Sí, no medicalizar y tratar con fármacos a todos estos pacientes. Intentar disminuir la frecuentación al solucionarles su verdadera demanda.

Acercamiento entre niveles de AP y Salud Mental:

Beneficios directos: el mayor beneficio reportado ha sido el escuchar la perspectiva del malestar desde atención primaria (las opiniones de las compañeras y compañeros ha sido muy enriquecedora): sus aportaciones, el enriquecimiento de los casos desde el abordaje multidisciplinar, la sensación de que el fracaso terapéutico que se percibe en salud mental es el mismo que se percibe en AP (Psicóloga).

- **APLICABILIDAD**

P.4. ¿Lo encuentras aplicable? ¿Has aplicado ya lo aprendido en tu práctica clínica?

30 personas (94%) lo encuentran aplicable y algunas ya han empezado a aplicarlo. Refieren necesitar algo más de tiempo en consulta, ampliar la formación sobre subjetividad y mantener la motivación y experimentación.

> ***Lo apliqué** ayer mismo a dos niñas, y una de ellas con una madre que se entrometía constantemente en la conversación con la niña.*
>
> ***Lo apliqué** a la paciente cuya historia presenté en clase. Lo encuentro aplicable cuanto ya disponga de **destreza** adquirida.*
>
> ***Estoy comenzando a aplicarlo** en la consulta. Mi mayor dificultad es la gestión del **tiempo**, pero estoy ilusionada con este tema.*
>
> *Estoy segura de que es aplicable, tanto en AP como en Especializada (Psicóloga)*
>
> *Lo encuentro aplicable, aunque veo una dificultad que ya se comento en el curso y que es el poco **tiempo** que se tiene para cada paciente.*
>
> *Sí, si se modifica el **tiempo** consulta/paciente y nº pacientes a atender al día.*
>
> *Sí, pero mucho menos de lo que me gustaría por el **tiempo** que disponemos y la presión asistencial.*
>
> *Sí que es aplicable. De hecho, deberíamos de aplicarlo siempre.*
>
> *Aplicable lo es, sobre todo si se mantiene **la motivación**.*
>
> *Lo encuentro aplicable, aunque reconozco en mí múltiples **resistencias**.*
>
> *Sin duda. Aunque identifico dificultades y **resistencias**.*
>
> *Lo encuentro aplicable, pero me veo poco **formada.** He intentado aplicar parte del proceso. Encuentro bastante complejidad.*
>
> *El método me parece una buena y necesaria herramienta de trabajo para la práctica clínica. He intentado aplicarlo pero necesito **más formación** sobre la teoría de la subjetividad y más trabajo en equipo interdisciplinar.*

Dos personas de las 32 (6%), dudan sobre la aplicabilidad del método en la clínica.

> (¿Aplicable?) *Deficiente pero necesario.*
>
> *No mucho por la escasez de **tiempo y recursos** en la consulta. Sólo para casos seleccionados. Mucho como bagaje cultural-formativo-investigador por supuesto, como "enfoque".*

- **DIFICULTADES**

P.5: ¿Dónde te parece que está la mayor dificultad del modelo?

El tiempo disponible en consulta ha sido la dificultad más repetida. Aplicar el método de la subjetividad, especialmente el paso de **señalar** y **descifrar** las posiciones subjetivas, y la posición del profesional. También apuntan la **necesidad de seguimiento para la práctica con "profesor guía de apoyo". E**l Programa se cuenta con actividades de seguimiento, sesiones clínicas y supervisiones de casos que el alumnado recibe después de este curso básico.

> *En el poco **tiempo** de que se dispone para practicarlo. En la propia situación de **"estrés de base**" a la que estamos sometidos en la rutina laboral diaria, que dificulta posicionarse en escuchar con paciencia y sin prisas.*
>
> ***Tiempo y demanda sanitaria**. No necesito menos pacientes pero sí menos presión en la demanda.*
>
> *En el **tiempo** que disponemos en la consulta, pero ya lo resolveré de alguna manera.*
>
> *En la gestión del **tiempo** en consulta./ Organizar el **tiempo**. / En la falta de **tiempo** en la consulta.*
>
> *El **tiempo**. Para hacerlo bien y que fuese más provechoso pienso que sería bueno dedicar una tarde a la semana a citarte ahí a esos pacientes y hacer una terapia psicológica con cada uno.*
>
> *En el hábito de **trabajar diferente**.*
>
> ***Identificar los casos** susceptibles de mejora con el método.*
>
> *En la **transferencia**.*
>
> *En saber bien el **lugar que ocupas** y el que debería ser.*
>
> *Hay que **señalar** los acontecimientos biográficos con el malestar, pienso que es cuestión de práctica y conocer mejor el método y modelo.*
>
> *Sobre todo, **descifrar** la identificación y en la posición psicológica que adoptamos y que puede ser enfermante.*
>
> ***En descifrar** qué momento están regresando y que particularidad tiene cada uno de ellos para que el lenguaje que yo emita sea acorde, es decir pueda sintonizar con el momento en el que se ha anclado.*
>
> *En la atención a los determinantes subjetivos y su transformación, concretamente en **descifrar** las posiciones subjetivas que mantiene la persona, señalarlos y causar efectos del sujeto.*
>
> *Al ponerlo en práctica se necesitaría un **profesor-guía de apoyo**. **Registrar** los procedimientos realizados en la historia clínica-**ABUCASIS**.*
>
> *Pienso que la implementación va a ser **prolongada**.*

El discurso cambia al final de la formación. Les ha producido impactos y beneficios que experimentan de forma inmediata: cambio de actitud hacia los pacientes y una mejora de la relación con ellos. El discurso pasa a ser de esperanza, e incluso ilusión, por contar con un nuevo instrumento para la clínica que les parece eficaz.

Mencionan dificultades de tiempo, maduración y más formación para aplicar el método. Y la conveniencia de registrar el procedimiento en la historia clínica electrónica, ABUCASIS.

15. FORMACIÓN AVANZADA Y GRUPO CLAVE

Para alcanzar el objetivo **4.3.3, Capacitar a un Grupo Clave de formadores/as que sea capaz de aplicar el modelo en la clínica y de formar a otros profesionales**, se realizaron varias actividades de formación avanzada:

- un curso de formación de formadores/as,
- sesiones clínicas biopsicosociales, con prácticas docentes mensuales,
- tutorías clínicas en centros de salud,
- supervisiones individuales por correo electrónico,
- Curso avanzado de 40 horas.

15.1 Formación de formadores/as

Se realizó un curso de formación de formadores de 24 hora presenciales y 16 de prácticas.

15.2 Composición del Grupo Clave

Al final del anterior proceso de formación, quedó constituido un Grupo Clave de 24 profesionales procedentes de los centros de salud piloto del Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa.

El Grupo se siente consolidado para continuar realizando sesiones clínicas biopsicosociales y tutorías de casos, tanto grupales en sus CS, como individuales. Además se comprometen a realizar trabajo práctico de formación de formadores/as para multiplicar después la formación en sus centros.

Tabla 5. Composición del Grupo Clave en enero 2011.

	CS República Argentina	CS Salvador Pau	CS Meliana	CSTavernes Blanques	Otros CS del Depto.	Dirección y otros Depts.	TOTAL
Médico/a	4	1	2	1	1	1	**10**
Enfermera	1	2	1	1	1	1	**7**
Fisioterapeuta		1			1		**2**
T. Social		1	1				**2**
Psiquiatra (USM Aldaia)						1	**1**
Psicóloga (USM Aldaia)						1	**1**
Documentalista Oficina SIA						1	**1**
TOTAL	**5**	**5**	**4**	**2**	**3**	**5**	**24**

15.3 Sesiones clínicas, tutorías de casos y supervisiones individuales

Las sesiones clínicas y docentes, han sido impulsadas por el propio Grupo Clave, e incluidas como actividad de continuidad en el Programa. La coordinación de sesiones y supervisiones es realizada por la Consultora externa, ya que seguimos sin contar con cooperación de Unidades de Salud Mental.

En el año 2011 se realizaron:

- **8 sesiones clínicas biopsicosociales**, una mensual, coordinadas por la consultora y docente, impulsadas por el Grupo Clave y financiadas por la Dirección General de Farmacia. Las sesiones funcionan con una doble actividad:

- **Análisis de casos clínicos**: se analiza un caso de una de las profesionales.
- **Práctica docente** de formadoras/es: en cada sesión una o dos formadoras imparten uno de los módulos del curso y se discute y aportan mejoras.

- **18 tutorías clínicas en los centros de salud piloto**. Asistían las profesionales del centro correspondiente y se supervisaban uno o dos casos clínicos. También se utilizaron para aprender a manejar el sistema de registro de casos de malestar, diseñado *ad hoc* para el estudio de casos clínicos que se describe en la 2ª parte de esta memoria.
- **24 supervisiones individuales de casos** adicionales por correo electrónico.
- **Trabajo de campo del estudio de casos clínicos.**

15.4 Multiplicación de la formación y curso avanzado

Después de los trabajos teórico prácticos anteriores, ocurre una cadena de circunstancias organizativas exteriores adversas. En estas circunstancias, las personas del Grupo Clave no están decididas a dirigirse a sus compañeros, entre los que intuyen opiniones adversas al tema. Y por su parte, la consultora, no encuentra las garantías necesarias para que la experiencia de multiplicación de la formación tenga buenos resultados.

Por ello, se repiensa la situación, se desiste de la multiplicación de la formación, se opta por continuar profundizando la formación del Grupo Clave y llevan a cabo el trabajo de campo registrando casos clínicos para la investigación que intenta probar la efectividad terapéutica del método.

Se imparte entonces un curso avanzado de 40 horas lectivas más.

El Grupo Clave, consolidado a final de 2011, ha cursado 104 horas lectivas y unas 70 horas teórico-prácticas, aplica el método en la clínica. Una parte del Grupo participa en la investigación de casos clínicos.

15.5 Duración de los efectos en el Grupo Clave un año después

A finales de 2011 se realiza una evaluación de efectos del Programa sobre el Grupo Clave. Las personas componentes del grupo empezaron la formación básica entre 6 meses y dos años antes de esta evaluación.

Las **circunstancias externas** del Programa en este momento, a 2 años de su comienzo, no son favorables. Han ocurrido adversidades potentes que han disminuido el número de profesionales vinculados al Grupo Clave y sus posibilidades de dedicación:

- **Falta de financiación**: hemos pasado un intervalo de varios meses de detención de actividades por falta de financiación hasta que fuimos rescatados por la Dirección General de Farmacia.
- **Concurso de traslado**: durante 2011 se produjo un concurso de traslado en el que cambiaron de centro de salud, y algunos de ciudad, muchas de las personas del grupo. Cambiaron sus cupos y no tenían ya acceso al seguimiento de sus pacientes. Además, por la adaptación a nuevos puestos, hubo falta de concentración en el Programa.
- **Crisis económica**: la crisis empieza a afectar al sector sanitario y los profesionales sufren doble presión: mayor presión asistencial y mayor presión desde sus direcciones para controlar y disminuir el gasto.
- **Enfermedades intercurrentes:** algunas profesionales clave han tenido problemas familiares graves y 4 han tenido bajas prolongadas por enfermedades graves.

En este contexto de actividad interna favorable y en circunstancias externas desfavorables, se realiza un cuestionario cuanti-cualitativo y un grupo focal con el Grupo Clave, sobre el que se analiza el discurso.

- **RESULTADOS**:

Lo más relevante es que "*en* ***realidad aplican el método en todos los pacientes****"*, en mayor o menor medida, ya que "***la formación ha producido un cambio en su clínica que es transversal en su práctica*****"**.

El paso por la experiencia ha producido un cambio en ellas (las profesionales) que ya no tiene vuelta atrás. Gracias a ese cambio personal, en lo que concierne a su práctica profesional, son capaces de aplicar el método sin darse cuenta, a veces, con cualquier tipo de paciente.

Todas reconocen una "***gran mejoría en la relación*** *con los y las pacientes****, satisfacción*** *con pacientes antes difíciles, activación y* ***auto-responsabilidad*** *de los pacientes, y* ***absolutamente sí, disminución de la hiperfrecuentación*** *en los pacientes tratados, y* ***de sus visitas a especialistas****,* ***disminución o control del consumo de psicofármacos***".

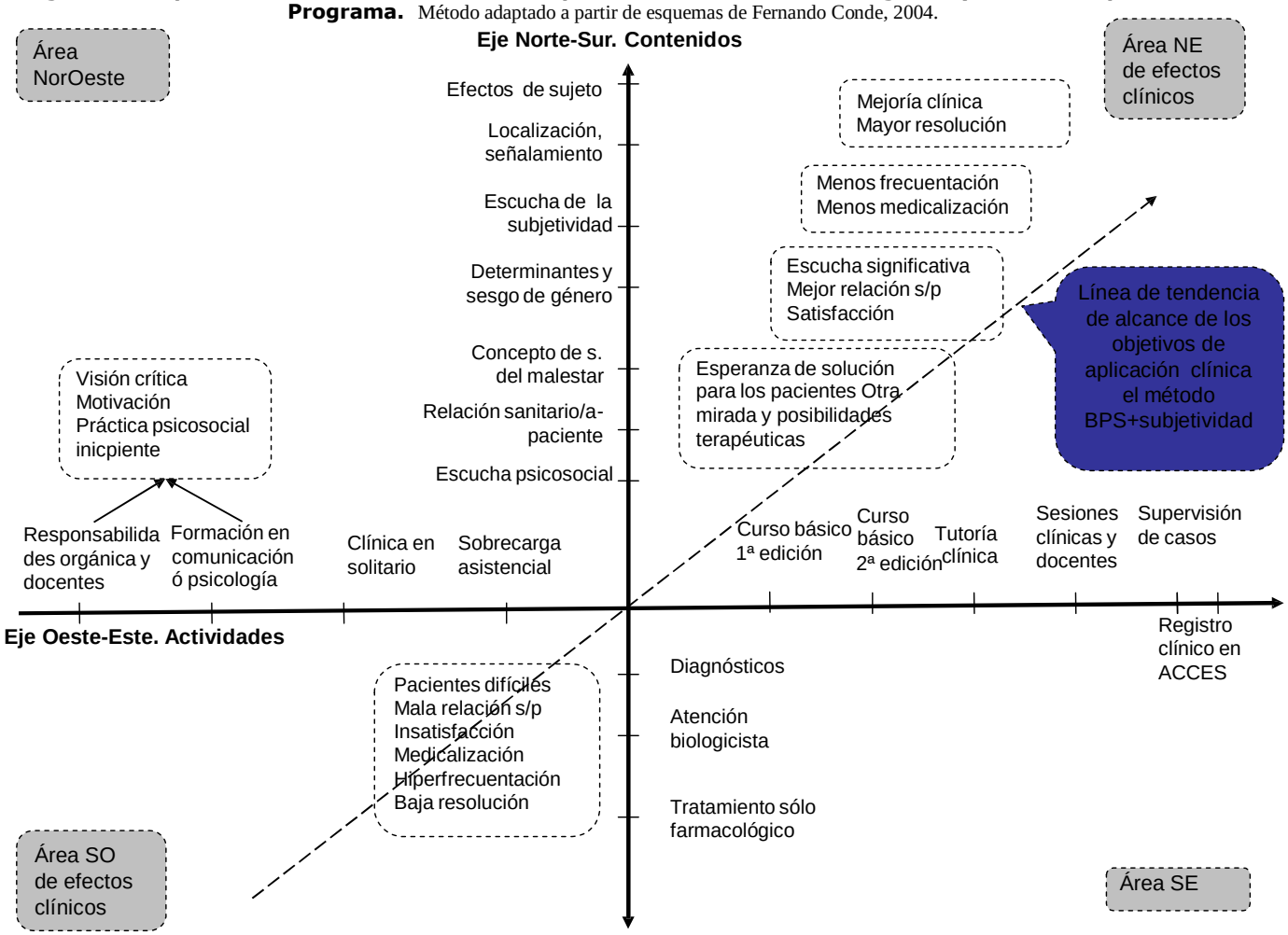
El Grupo, aunque mermado en número, está muy motivado para seguir con el estudio de casos y tratar de demostrar los beneficios de salud que observan en la clínica.

16. MAPA DE EFECTOS SOBRE EL DISCURSO DE LOS/LAS PROFESIONALES

Basado en el método de Fernando Conde (1995 y 2004) para representar gráficamente el mapa conceptual del análisis de un discurso, se representan aquí los efectos de la formación en los profesionales.

A partir de su discurso, tanto procedente de los cuestionarios, como de las comunicaciones durante las actividades, podemos describir los efectos que han tenido las actividades en su práctica clínica, teniendo en cuenta sus diferentes puntos de partida. Lo representamos en áreas espaciales en las siguientes figuras.

Figura 15. Representación del discurso sobre la práctica clínica antes del Programa y efectos después del Programa. Método adaptado a partir de esquemas de Fernando Conde, 2004.



Los *contenidos* de la práctica clínica se sitúan en el eje Norte-Sur. En la mitad norte, de abajo hacia arriba, se representa la secuencia con la los profesionales incorporan los distintos conceptos que, en su propio discurso, aparecen cómo claves. Lo más cercano desde la intersección con el eje de actividades, es la *escucha psicosocial*, que es lo que han alcanzado de forma más inmediata. En el extremo Norte, están los *efectos de sujeto en los pacientes*, que es lo que más les cuesta alcanzar. En el eje Oeste-Este, se secuencian las *actividades.* Y así, en los cuadrantes, que son el área de intersección de ambos ejes, se encontrarán los *efectos* que causan las actividades para la asimilación de los diversos conceptos. Hay que aclarar que

todos los conceptos representados no son previos o planificados, sino que son los que aparecen en el discurso de los profesionales.

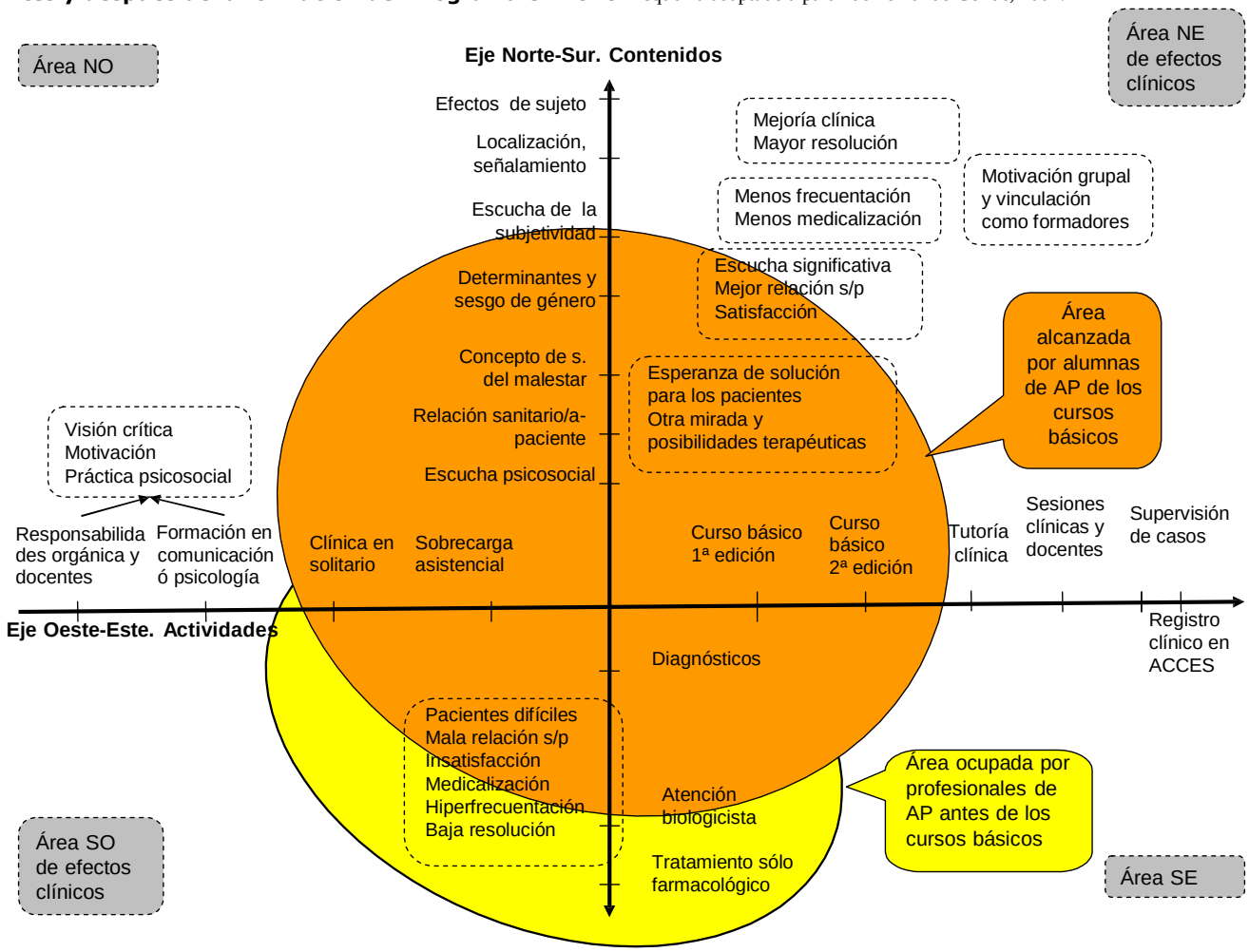
En el área Noreste (NE) están los *efectos clínicos de las actividades del Programa*, efectos debidos a la incorporación de sus contenidos: *esperanza de solución para los pacientes, otra mirada y nuevas posibilidades terapéuticas, escucha significativa, mejor relación sanitario-paciente, satisfacción, menos frecuentación, menos medicalización, mejoría clínica y mayor resolución*.

Por el eje Norte-Sur de contenidos, hacia el extremo Sur, se representan los *contenidos habituales de la práctica* en el tema, en ausencia de las actividades de formación. En el área del cuadrante Sur-Oeste, estos contenidos hacen intersección con las actividades habituales pre-formación, y producen los efectos anotados en ese cuadrante: *pacientes difíciles, mala relación sanitario-paciente, insatisfacción y frustración del profesional, medicalización, hiperfrecuentación y baja resolución.*

Pues bien, la línea de tendencia desde el extremo Suroeste, hacia el Noreste, indica el desplazamiento que deberían conseguir los profesionales para estar alcanzando un nivel óptimo de los objetivos. Cuanto más al Noreste, más profundos son los efectos del método en su clínica, incluyendo la subjetividad, y mayores los potenciales beneficios de mejorías en los y las pacientes.

En la siguiente Figura 16, se representa el área en la que estaba el **grupo de profesionales de los cursos básicos** antes de las actividades y el área de efectos que alcanzan después.

Figura 16. Representación de efectos clínicos de las actividades en los profesionales de los cursos básicos, antes y después de la formación del Programa en 2010. Esquema adaptado a partir de Fernando Conde, 2004.



Se ve cómo se desplazan los efectos y se alcanzan beneficios en la *actitud más esperanzada del profesional, en su relación con los pacientes, en su satisfacción*, -todo ello los beneficios inmediatos que reseñan los profesionales -además de *apertura para la escucha psicosocial e incipiente escucha de la subjetividad*. No se extiende del todo al manejo del *método par la subjetividad* completo, para el que reseñan expectativas de avanzar, pero más lentamente. Aún no han realizado *sesiones clínicas o tutoría clínica*, y la maduración en la aplicación de método que supone el uso del *protocolo de registro informático de casos*, actividades que aparecen necesarias para que se extienda más el área de efectos.

En la siguiente Figura 17, se representan el **área en la que estaba el Grupo Clave** de profesionales antes de las actividades y el área que alcanzan después. Según su discurso, antes de la formación ocupan el área más Suroeste de actividades clínicas, contenidos y efectos de las mismas.

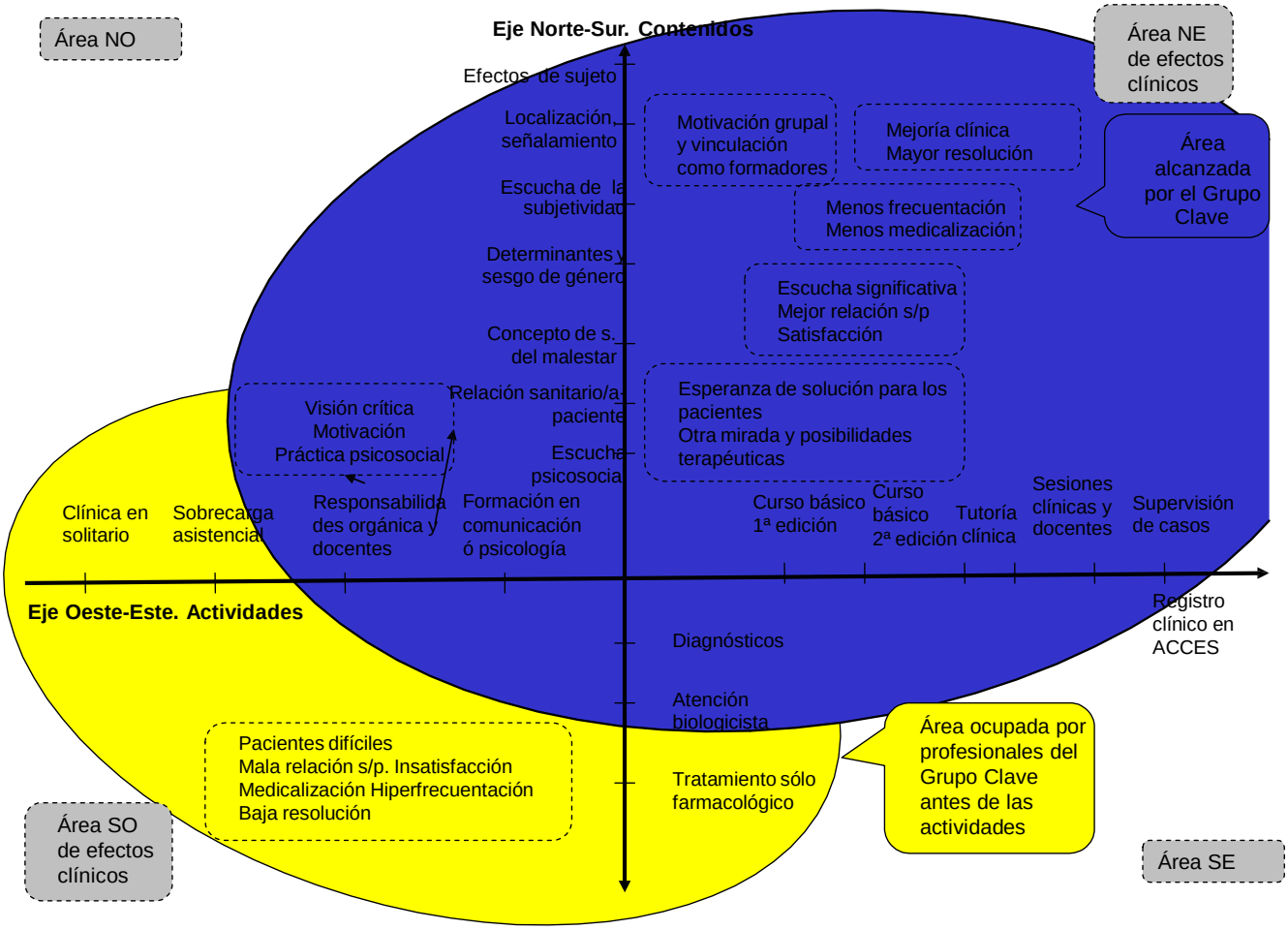


Figura 17. Representación de efectos clínicos de las actividades en los profesionales del Grupo Clave. Antes y después del Programa 2011. Esquema adaptado a partir de Fernando Conde, 2004.

Este grupo, cuenta con personas con formación previa en *comunicación, salud pública, sexualidad y psicología* (Másteres y licenciaturas), además de tener *responsabilidades docentes* (profesoras asociadas, tutoras de MIR) y *orgánicas* (coordinadores de CS y responsables de SEMFyC). Esto hace que antes de la formación ya estén en un área que alcanza una *visión crítica sobre los modos de atención, una motivación para buscar soluciones y apertura a innovaciones y capacidad para la escucha psicosocial y facilidad para una*

mejor relación sanitario-paciente. Estas condiciones les han dispuesto mejor para alcanzar una área más amplia de beneficios y para la constitución del Grupo Clave.

El área de efectos de la formación que alcanzan al pasar por más actividades (*tutoría, sesiones clínicas y estudio y prácticas docentes*) es mucho más amplia que la alcanzada con la formación básica. Logran casi todos los efectos esperables, y que ellos esperan, hasta la *aplicación del método a la subjetividad* y la propia *motivación de acción grupal y de formadores/as*.

17. CONCLUSIONES SOBRE EL PROCESO Y LA FORMACIÓN

Logros:

- Se creó y mantuvo un Grupo Promotor institucional.
- Se ha impartido una formación de alto impacto y enseñado un método que demuestra ser aplicable en la clínica de AP.
- Se ha podido vincular a un Grupo Clave de profesionales con capacidad de permanencia para continuar con el método e investigar.
- Los objetivos internos de la formación se alcanzan con creces: La formación cambia el discurso de los profesionales. El discurso es al principio desesperanzado, percibiendo a los pacientes como difíciles y frustrantes y sienten impotencia y rechazo hacia ellos. Y al final es ilusionado, descubriendo un nuevo instrumento para la clínica. Se produce un impacto de cambio de actitud y relación con los y las pacientes con síndromes del malestar.
- El cambio es duradero para las personas claves. Al cabo de seis meses a dos años, el Grupo Clave reconoce haber experimentado un cambio en su práctica clínica que parece indeleble, tanto con pacientes con síndromes del malestar como con otros pacientes.
- Las sesiones clínicas y supervisiones han continuado impulsada por el Grupo Clave.

Puntos críticos:

- No se ha alcanzado el objetivo de contar con la cooperación de servicios de Salud Mental. Esto compromete la sostenibilidad de la implantación del Programa. Sólo se cuenta en el Grupo Clave con una psiquiatra y una psicóloga de otros Departamentos.
- No se ha alcanzado el objetivo de multiplicar la formación en los centros de salud piloto mediante formadores/es de los propios centros. Esto se debe a varios factores, entre ellos, la necesidad sentida por los profesionales, compartida por la consultora, de madurar su práctica innovadora y aumentar su estudio y capacitación antes de impartir la formación.
- Es necesario mantener el apoyo institucional y el apoyo clínico y docente para que los y las profesionales mantengan la aplicación del método en la clínica.

18. PROPUESTAS

- Contar con apoyo institucional y financiación para mantener la implantación del método en la clínica de atención primaria y para extenderla a otros centros de salud.
- Crear el modo de registro del procedimiento en la historia clínica electrónica ABUCASIS.
- Pensar una estrategia para articular la cooperación con profesionales de Unidades de Salud Mental interesados en el proyecto.
- Diseñar una estrategia de multiplicación de la formación que resuelva el problema actual, que consiste en que sigue siendo sólo una persona, la autora del método y consultora externa, quien puede impartir la formación.

IIª PARTE: ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS CLÍNICOS

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

Edward Bruce Cameron

19. RESUMEN

En el marco de este Programa formativo y asistencial para aplicar en Atención Primaria un método de Atención Biopsicosocial modificado +subjetividad+género (expuesto en el Apartado 5) para los síndromes del malestar (trastornos mentales comunes, fibromialgia y dolor), se ha realizado un estudio prospectivo de casos clínicos para comprobar los resultados de salud.

Un **grupo clave** investigador de 9 profesionales (6 médicas, 1 enfermera, 1 fisioterapeuta y 1 trabajadora social), perteneciente a 4 centros de salud piloto del Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa, que recibieron entre 40 y 104 horas de formación, han registrado actividad y resultados de 87 casos clínicos válidos (75 mujeres y 12 hombres).

Los **diagnósticos tratados** abarcan síntomas de malestar psíquico, dolor, somatizaciones, fibromialgia, fatiga crónica, colon irritable, trastornos del sueño, ansiedad y depresión, unificados bajo el término de síndromes del malestar[16].

El **perfil medio del paciente** que ha sido atendido con el método BPS modificado, es el de una mujer adulta o madura, de entre 44 y 65 años, ama de casa, o bien, jubilada, aunque en menos casos está ocupada, con estudios primarios o sin estudios.

Los factores psicosociales encontrados que sufren las mujeres de la muestra y que han determinado la enfermedad, han sido: problemas y enfermedades de los hijos e hijas, conflictos de pareja, dependencia, aislamiento, carencia de red social, malos tratos, sobrecarga del cuidado de otras personas, en este orden; además de problemas en el trabajo, desempleo o doble jornada laboral, aspectos cuya frecuencia ha aumentado durante la crisis económica. Hay que destacar que estas formas de vida de las mujeres que están determinando el malestar, proceden del modo de vida sujeto al modelo de género tradicional que sigue siendo el que causa mayor vulnerabilidad.

En cuanto a los hombres, aunque la muestra es muy pequeña (12 hombres), lo que más les enferma son los conflictos de pareja, seguido de la muerte de la pareja y problemas con los hijos e hijas. Tanto en hombres como en mujeres los resultados son similares a los del estudio en Murcia, publicado en 2007[17].

En cuanto a **resultados clínicos**, los **efectos de sujeto** (cambios profundos de actitud) se han producido en el **100%** de los y las pacientes tratados, observándose **cambios en actitudes personales y funcionamiento social**. Objetivo alcanzado al 100%.

La **mejoría clínica** que sigue, procede de los anteriores cambios subjetivos. Y se estima que, en los pacientes entre 25 y 44 años, el **87%** han obtenido mejoría total, muy apreciable o moderada. Mientras que en edad madura -de 45 a 65 años-, las edades más frecuentes en la muestra, la mejoría total, muy apreciable o moderada ha sido en el **68%.** Las personas más jóvenes y los hombres han mejorado más, hallazgo reiterado en anteriores estudios.

En el **test de calidad de vida SF12** se obtiene mejoría en todos los casos y todas las diferencias son estadísticamente significativas. Según las puntuaciones medias (de 0 a 100) en las **mujeres**, la dimensión que más mejora es el **rol emocional** (la media aumenta 53, 85 puntos), seguido del **rol físico** (sube 48, 07

[16] Término acuñado por Velasco en 2003.
[17] Velasco, Sara y cols., 2007.

puntos), la **función social** (36,06 puntos), la **función física** (35,09), **salud mental** (33,65), **dolor corporal** (30,3), **vitalidad** (26,54) y por último, la **salud general** (16,34).

Para los **hombres**, las puntuaciones medias mejoran en el siguiente orden: **rol emocional** (aumenta 55, 55 puntos la media), seguido de la **función social** (47,22 puntos), **rol físico** (sube 38,89 puntos), **salud mental** (38,89), **vitalidad** (28,89), **dolor corporal** (25), **salud general** (25) y última la **función física** (22,22).

Con el cálculo de cuartiles y medianas, medida más precisa, se mantiene la mejoría en todas las dimensiones, también estadísticamente significativa, como en las medias. Las medianas mejoran como mínimo, en 25 puntos y hay mejorías de hasta el máximo de 100 puntos, como ocurre en el rol emocional y rol físico.

Para las **mujere**s, el orden según los puntos de diferencia de las medianas, son: **rol emocional** (aumenta 100 puntos), **rol físico** (100), **función física** (59), **salud mental** (40), **vitalidad** (30), **dolor corporal** (25), **función social** (25), **salud general** (25).

Y los **hombres**, **rol emocional** (100 puntos**), función social** (75), **función física** (59) **rol físico** (50), **salud mental** (49), **vitalidad** (40), **dolor corporal** (25) y **salud general** (25).

Las dimensiones que experimentan mayor mejoría son el **rol emocional** y las **funciones físicas**. Esto se explica por el tipo de tratamiento usado, en el que lo novedoso e intenso es la acción sobre la esfera psíquica que repercute sobre todo en la situación emocional que, a su vez, perjudicaba las funciones físicas percibidas. Con ello, se aporta evidencia del componente psicosomático de los síntomas físicos en estos casos. Las demás dimensiones mejoran también notablemente y por un orden lógico. El **dolor corporal** es un síntoma más rebelde, sobre todo cuando es crónico. Son las mujeres las que lo presentan con mayor frecuencia y, por tanto, también son ellas las que más se benefician. En contraposición, los hombres se ven más beneficiados en la **función social**, ya que esta les aporta más sufrimiento previo a ellos, por motivos de roles de género, para mejorar más rápidamente esta esfera cuando hay un cambio de actitud (el ámbito del trabajo y de encuentros sociales). Que la **salud general** percibida sea la que menos mejora, es también lógico, ya que esta percepción se liga más a procesos orgánicos, para los que no se cambia el tipo de atención con este método.

Se midieron también **indicadores de calidad asistencial**, indicadores indirectos de malestar. Se seleccionaron porque los síndromes del malestar son trazadores de la sobrecarga en los servicios. La mejoría de estos indicadores es un dato de interés gerencial por el alivio de la sobrecarga asistencial y del consumo de fármacos y se obtienen buenos resultados, beneficios que las profesionales notaban enseguida antes de confirmarse con este estudio.

El aumento de la **satisfacción** de profesionales y pacientes es el mejor resultado. En el **95,7%** de los casos, la profesional está más satisfecha; y el **90%** de los y las pacientes declara estar más satisfecho.

El **90,6%** dejan **de usar múltiples pruebas complementarias**.

El **83,3%** dejan de **hiperfrecuentar** la consulta de atención primaria.

El **78,6%** deja **el policonsumo de fármacos**.

El **74,3%** dejan de **consumir psicofármacos**.

Los porcentajes de mejoría de los indicadores son mayores entre los hombres, hallazgo que ya llamó la atención en anterior estudio de casos con el método BPS modificado (Murcia, 2007).

20. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La satisfacción de los y las profesionales que pasan por la formación de este Programa, así como el impacto y los beneficios sobre su práctica clínica ha sido comprobada en el mismo Programa realizado en otras comunidades autónomas[18] [19], y en este mismo (1ª parte de este informe).

Sin embargo, si bien en la evaluación de casos realizada en la Región de Murcia en 2005, ya se comprobaron notables efectos positivos en la clínica de los 432 casos estudiados[20], nos planteamos que era necesario volver a valorar los efectos del método sobre la salud de los y las paciente en el Departamento Valencia Clínico Malva-Rosa, esta vez mejorando el método de estudio, tratando de solucionar las limitaciones y debilidades anteriores.

Para ello, contando con los y las profesionales de AP del Grupo Clave, que pertenecen a los 4 centros de salud piloto del Departamento del Clínico y algunos del Departamento de La Fe. Diseñamos un estudio de casos y controles utilizando un protocolo de registro del estado del paciente antes y después del tratamiento con el método BPS modificado.

21. OBJETIVOS

Los objetivos del estudio de casos se dirigen a evidenciar los efectos que se espera conseguir en la salud de los y las pacientes con síndromes del malestar tratados con el método biopsicosocial modificado por Velasco (2006). En la hipótesis, se esperan los siguientes efectos:

4. Favorecer cambios en los factores psicosociales y cambios de posición subjetiva de pacientes.
5. Obtener mejoría clínica en los y las pacientes, tanto en síntomas somáticos como anímicos.
6. Obtener mejoría en la calidad de vida.
7. Mejorar los indicadores indirectos de malestar en el uso de recursos:
    a. frecuentación
    b. uso de servicios y pruebas complementarias
    c. consumo de fármacos y consumo de psicofármacos.
    d. satisfacción de pacientes y profesionales.

[18] EUROsocial. Informe de EUROsocial sobre experiencia de buenas prácticas en Europa en 2008. Disponible en: http://epic.programaeurosocial.eu/buscador/listado.php?page=2

[19] Velasco, S. Evaluación del programa de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria. Formación. Área VII-Mieres. Asturias, 2011. Disponible en: http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=e75c47159dcb6210VgnVCM10000097030a0aRCRD

[20] VELASCO, Sara. LÓPEZ DÓRIGA, Begoña. TOURNÉ, Marina. CALDERÓ, Mª Dolores. BARCELÓ, Inmaculada; LUNA, Consuelo. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria". *Femi- nismo/s.* Universidad de Alicante, 2007; nº 10.

22. MÉTODO

Ámbito: Profesionales del grupo clave de los centros de salud República Argentina, Salvador Pau, Meliana, Serrería II y Consultorio Chile del Departamento Valencia-Clínico-Malva-Rosa y profesionales de CS Economista Gay del Departamento La Fe.

Sujetos: - 9 profesionales sanitarios (6 médicas de familia, 1 enfermera, 1 fisioterapeuta y 1 trabajadora social) que han recibido la formación para aplicar el método BPS a estudio en 2010 y 2011.

- 87 Pacientes (75 mujeres y 12 hombres) con síndromes del malestar atendidos con el método BPS modificado.

Indicadores: Se medirán los efectos clínicos mediante tres tipos de indicadores:

1. Estimación de los profesionales sobre la evolución de sus pacientes: cambio de actitudes personales y familiares de los pacientes; mejoría clínica estimada, factores psicosociales asociados.

2. Cuestionario de calidad de vida SF12 que mide 4 campos: salud física, salud mental, dolor y función social.

3. Indicadores de uso de servicio recursos:

- frecuentación; uso de pruebas complementarias; consumo de fármacos, consumo de psicofármacos y satisfacción de profesionales y pacientes.

Fuente: Registro de casos mediante aplicación informática en ACCES elaborada *ad hoc* para el registro clínico de la intervención BPS modificada. Se analizan los resultados con EXCEL y SSP.

22.1 Limitaciones metodológicas sufridas

Nos propusimos estudiar casos con síndromes del malestar atendidos por los profesionales del grupo clave y casos control de profesionales pares del mismo centro de salud, que no tuvieran formación en el tema y, por tanto, utilizaran en sus casos clínicos pares, los recursos terapéuticos habituales, básicamente farmacológicos, comparando resultados.

Se implicaron, en principio, hasta 25 profesionales del Grupo Clave del Programa en este estudio.

Hemos tenido serias limitaciones inesperadas. Por una parte, el estudio coincidió con un concurso de traslado y oposición en el que buena parte del grupo de profesionales cambiaron de centro de salud, por lo que dejaron de tener acceso al seguimiento de sus historias clínicas. Incluso, algunos dejaron la atención primaria. Durante este proceso, varias personas desistieron de participar y se retrasó el estudio.

Por otra parte, la presión asistencial empezó a aumentar drásticamente con la agudización de la crisis económica, y los y las profesionales acusaron la presión de los recortes, lo que impidió a algunas personas más, dedicar tiempo y esfuerzo al registro de casos. Finalmente, también hubo cuatro profesionales con bajas por enfermedad grave. Todo esto redujo a nueve el grupo de profesionales participantes en el estudio.

Por los mimos motivos, fue imposible contar con la colaboración de los profesionales pares que actuarían como controles, y que el concurso de traslado también dispersó, por lo que tuvimos que desistir de este método y, finalmente, realizar un estudio prospectivo de casos sin controles.

La puesta en marcha del registro informático sufrió retrasos y su uso fue difícil de trasladar a los profesionales. Finalmente se terminó de avanzar, pasando el registro a papel y así se recogieron la mayoría de los casos válidos.

23. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

23.1 Muestra de casos y profesionales

La muestra es de 87 casos clínicos válidos (75 mujeres y 12 hombres), tratados por 9 profesionales (6 médicas, 1 enfermera, 1 fisioterapeuta y 1 trabajadora social, todas mujeres), que trabajan en 6 centros de salud (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Número de casos clínicos registrados por Centros de Salud.

Centro de salud	nº de casos
CS Salvador Pau	33
CS República Argentina	29
CS Meliana	13
CS Serrería II	6
CS Serrería I	2
CS Economista Gay (La Fe)	4
Total	**87**

Tabla 2. Número de casos clínicos registrados por profesiones.

Profesión	nº de casos
Médicas	79
Enfermeras	3
T. Social	3
Fisioterapeuta	2
Total	**87**

La **feminización** total del grupo de profesionales no fue intencional, sino resultado de la autoselección que se produce en la formación cuando los temas son "mujer", "género" y "psicosocial" (Susana Covas, 2009; Raúl Soriano, 2012). Es debida a los estereotipos sociales que, aún hoy, desprestigian estos temas y que actúan sobre los y las profesionales de manera no consciente. En este caso, se vio acentuada porque este trabajo ocupó un periodo largo durante el que el interés se pone a prueba una y otra vez.

Tabla 3. Nº de casos atendidos por sexo de los y las pacientes

	nº casos	%
Hombres	12	14%
Mujeres	75	86%
Total	**87**	**100%**

Sin embargo, la feminización de las pacientes, corresponde a la proporción habitual de pacientes con síndromes del malestar que se presentan en la clínica de primaria y que suelen ser en torno al **80% mujeres.** Así mismo, los grupos de edad más frecuentes, entre 45 y 64 años, personas adultas y maduras, corresponden también al perfil de edad habitual con que se presentan en la población las quejas de salud correspondientes a síndromes del malestar (ENS, 2006)

Tabla 4. Número de casos clínicos registrados por nivel de formación* de las profesionales.

Nivel de formación	nº de casos
Nivel básico	10
Nivel avanzado	77
Total	**87**

*__Nivel básico__: 40 horas de formación 2 a 3 sesiones clínicas y supervisión individual de casos.
Nivel avanzado: 104 horas de formación, 8 sesiones clínicas y supervisión individual de casos.

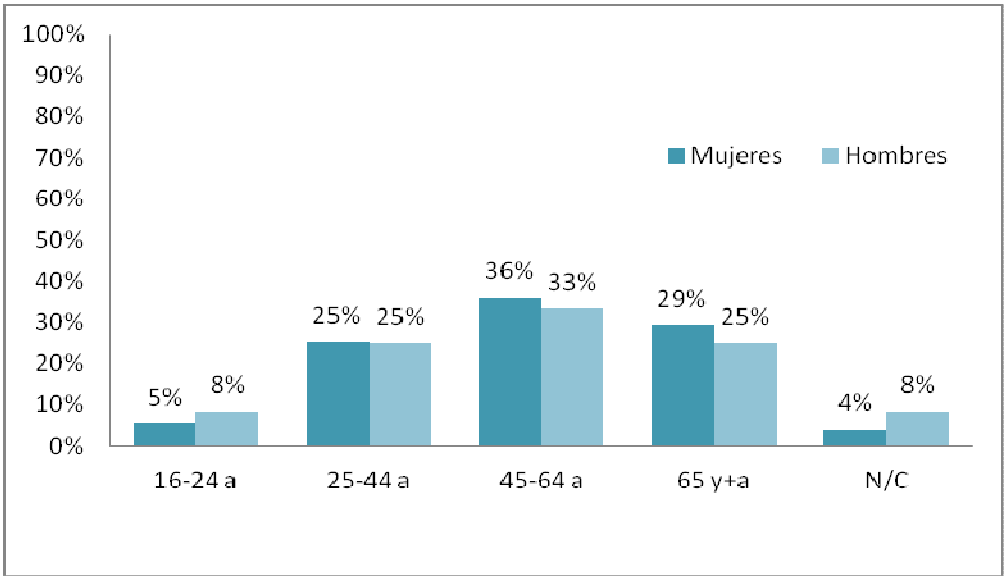
Existen dos niveles de formación dentro del grupo de profesionales: básico y avanzado. El **91%** de los casos han sido tratados por **las médicas** y, sobre todo, por las de nivel de **formación avanzado** (el **89%** de los casos). Algunos resultados son diferentes para ambos subgrupos.

23.2 Perfil socio-demográfico de casos

Tabla 5. Número y porcentaje de casos atendidos por grupos de edad. Base muestral 87 casos. Fuente: Registro de casos del Programa de malestar atendidos con método biopsicosocial modificado, Valencia, 2011.

	Nº						%					
	16-24 a	25-44 a	45-64 a	65 y+a	N/C	Total	16-24 a	25-44 a	45-64 a	65 y+a	N/C	Total
Mujeres	4	19	27	22	3	**75**	5%	25%	36%	29%	4%	100%
Hombres	1	3	4	3	1	**12**	8%	25%	33%	25%	8%	100%
Total	6	22	31	25	3	**87**	7%	25%	36%	29%	3%	**100%**

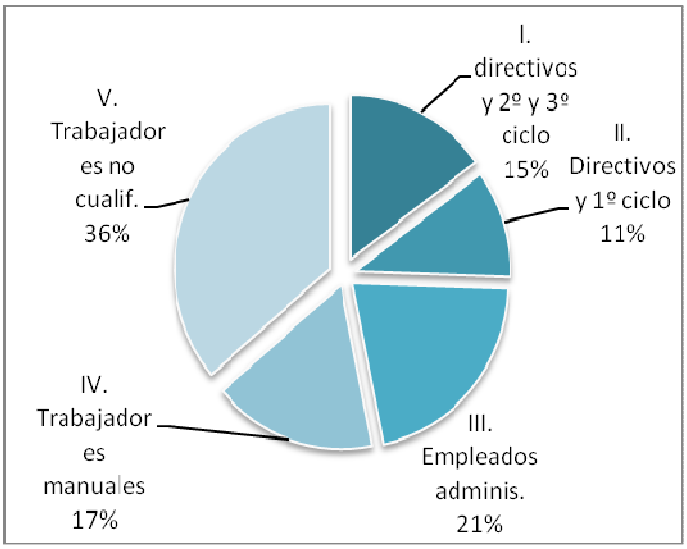
Figura 1. Porcentaje de casos atendidos por grupos de edad. Base muestral: 87 casos (75 mujeres y 12 hombres).



El grupo de edad más frecuente en mabos sexos es de **45 a 64 años**, aunque mayores de 65 y jóvenes de 25 a 44 años, son alrededor de la mitad de la muestra.

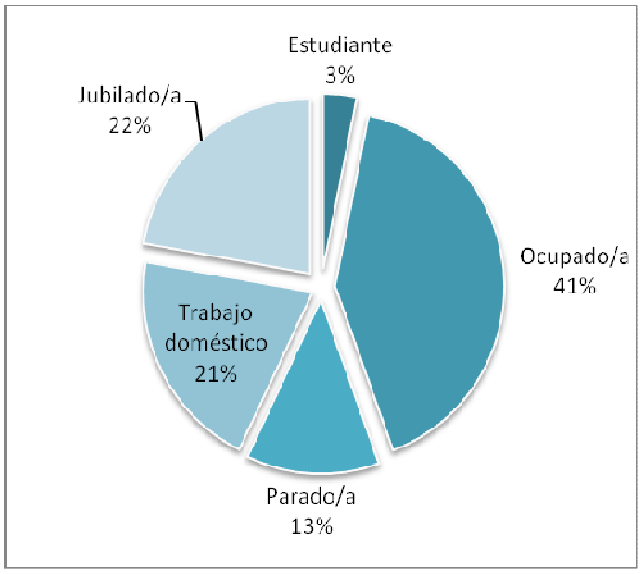
Otros datos sociodemográficos infradeclarados pueden ser aleatorios, como la clase social.

Figura 2. Porcentaje de casos por clase social. Base muestral: 47 casos.



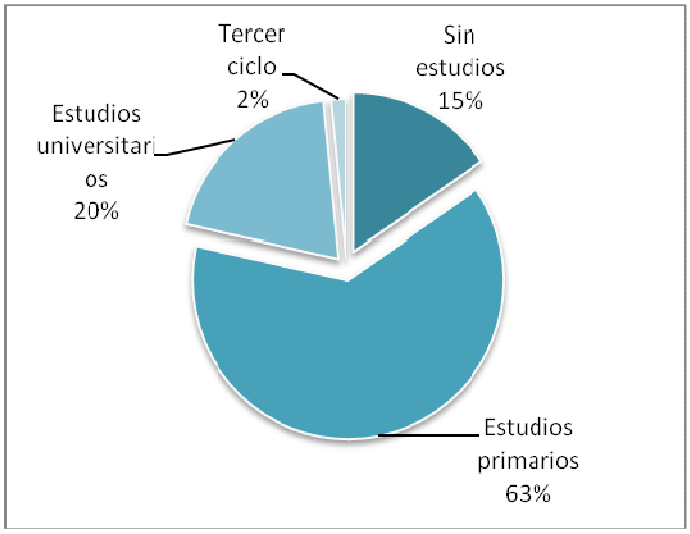
El dato sobre la clase social ha sido recogido sólo en el **54% de los casos**, por lo que la distribución es sólo orientativa y puede estar sesgada. Con cautela, por tanto, decimos que el 25% de los pacientes son de las dos **clases sociales más altas** (I y II) y el **53% de clases sociales bajas**.

Figura 3. Porcentaje de casos por situación laboral. Base muestral 63 casos.



La situación laboral, ha sido registrada en el **72,41%** de los casos y es bastante orientativo de la distribución real en la muestra. El 41% están **ocupados/as**, un 21% son **amas de casa** y 21% **jubilados**. Sólo el 13% está en **paro**.

Figura 4. Porcentaje de casos por nivel de estudios. Base muestral 65 casos.



Está recogido el dato en el **74,7%** de los casos. El 78% de los pacientes tienen **estudios primarios** o **no tiene estudios**, aunque hay un 22% con estudios **universitarios y tercer ciclo**.

En resumen, el **perfil medio del paciente** que consulta por síndromes del malestar y es atendido con el método BPS modificado es el de una mujer adulta o madura, de entre 44 y 65 años, ama de casa o bien jubilada, aunque en algunos casos está ocupada, con estudios primarios o sin estudios. Y este perfil corresponde también al que presenta quejas de síndromes del malestar con mayor frecuencia en la población general, según las encuestas nacionales de salud (ENS, 2006).

23.3 Diagnósticos biomédicos identificados como síndromes del malestar

Se identifican diagnósticos y también síntomas que no han llegado a dar lugar a un diagnóstico.

Debido a que las profesionales tratan los casos que se interpretan como síndromes del malestar, independientemente del diagnóstico biológico, el dato ha sido declarado sólo en el **32%** de los casos (37 mujeres y 2 hombres), sumando 206 diagnósticos (pueden ser múltiples) en mujeres y 31 en hombres.

Tabla 6. Número de diagnósticos biomédicos considerados síndromes del malestar en las y los pacientes tratados. Distribuidos por diagnósticos y síntomas y por grupos de diagnósticos. Multirrespuesta. Mujeres n=206 diagnósticos. Hombres n=31 diagnósticos.

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
Síntomas o diagnósticos	nº de síntomas o diagnósticos	nº en el grupo	nº de síntomas o diagnósticos	nº en el grupo	nº de síntomas o diagnósticos	nº en el grupo
GRUPO: Síntomas de malestar psíquico		**69**		**12**		**81**
Cansancio / astenia	11				11	
Fallos de memoria	7		1		8	
Malestar psicológico	6		1		7	
Alteración de la concentración / déficit de atención	5		1		6	
Apatía / falta de interés	5				5	
Ganas de llorar / llanto incontrolado	4				4	
Nerviosismo	4				4	

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
Síntomas o diagnósticos	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**
Tristeza / decaimiento	4		1		5	
Aislamiento social / soledad / exclusión	4		2		6	
Baja autoestima	4		2		6	
Duelo	3				3	
Estrés	3				3	
Cambios de humor	3				3	
Crisis de identidad	2				2	
Deseo sexual inhibido/impotencia	2		2		4	
Síntomas negativos (descuido personal, falta de aseo …)	1		1		2	
Agresividad	1		1		2	
					0	
GRUPO: Dolor		**43**		**9**		**52**
Dolor músculo-esquelético,...	25		6		31	
Cefalea / jaqueca / migraña	13		3		16	
Dolor abdominal	2				2	
Dolor varios (especificar)	2				2	
Dolor pélvico	1				1	
					0	
GRUPO: Somatizaciones		**43**		**2**		**45**
Mareos / vértigos	9		2		11	
Disnea / dificultad para respirar / falta de aire	7				7	
Dolor torácico no cardiaco	6				6	
Opresión precordial	3				3	
Dispepsia no ulcerosa	2				2	
Somatizaciones varias	2				2	
Náuseas	2				2	
Otros (Especificar)	2				2	
Palpitaciones / taquicardia	2				2	
Prurito o síntomas dermatológicos	2				2	
Síntomas musculo-esqueléticos	2				2	
Dificultades de deglución	1				1	
Disminución del apetito	1				1	
Síntomas urinarios	1				1	
Pérdida de peso	1				1	
					0	
GRUPO: Síndromes funcionales		**16**		**2**		**18**
Síndrome de colon irritable	4		2		6	
Varios síndromes funcionales (especificar)	4				4	
Fibromialgia	3				3	
Síndrome de fatiga crónica	3				3	
Síndrome de piernas inquietas	2				2	
					0	

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
Síntomas o diagnósticos	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**	**nº de síntomas o diagnósticos**	**nº en el grupo**
GRUPO: Ansiedad		**14**		**1**		**15**
Ansiedad	13		1		14	
Miedos / fobias	1				1	
					0	
GRUPO: Insomnio/dificultad para dormir/mantener el sueño	**11**	**11**	4	**4**	15	**15**
					0	
GRUPO: Depresión		**10**		**1**		**11**
Depresión	4		1		5	
Reacción de adaptación	3				3	
Trastornos del ánimo	3				3	
TOTAL	**160**	**206**	**27**	**31**	**187**	**237**

Las profesionales han tratado con igual método los diversos síntomas y diagnósticos una vez que los consideran síndromes del malestar.

Figura 5. Distribución porcentual de diagnósticos biomédicos por grupos de síndromes de malestar. Mujeres, n=206 diagnósticos.

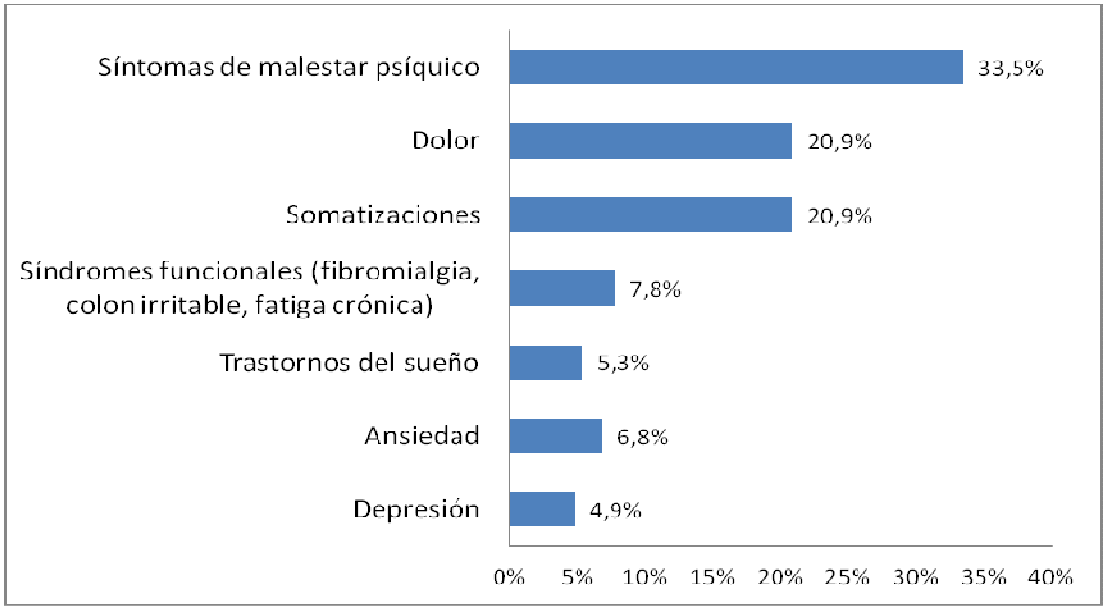
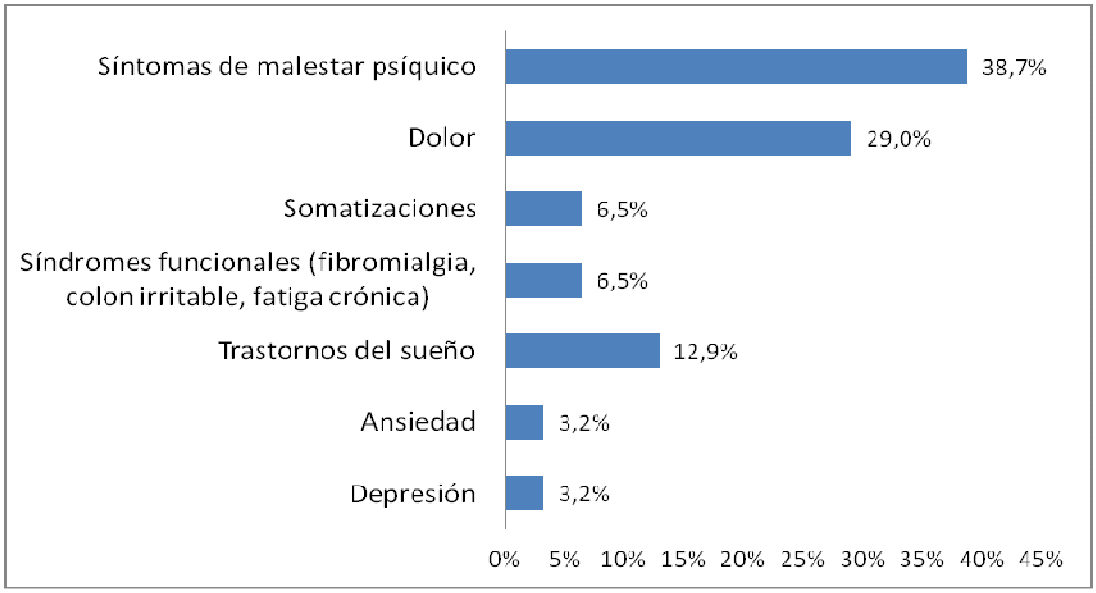


Figura 6.Distribución porcentual de diagnósticos biomédicos por grupos de síndromes de malestar. Hombres, n=31 diagnósticos



Se registran hasta 39 síntomas y diagnósticos distintos. En mujeres y agrupados son el 33,5% **síntomas de malestar psíquico**, 20,9% **dolor** y el mismo porcentaje de **somatizaciones**. Un 7,8% **fibromialgia, fatiga crónica y colon irritable,** 6,8% **ansiedad y** 4,9% **depresión**.

Cuando se proponen métodos para abordar aspectos de salud mental en atención primaria, se suelen tratar sólo los casos de depresion y ansiedad, siguiendo una concepción restrictiva de trastornos mentales comunes. En este estudio, se evidencia que hay un gran número de pacientes que padecen síntomas psíquicos variados, que no llegan a un diagnóstico, dolores diversos y múltiples somatizaciones, así como trastornos del sueño y síndromes funcionales, todos ellos padecimientos de corte psicosomático. Pensar sólo en depresión y ansiedad, deja fuera la mayor parte de los cuadros con síntomas sin causa orgánica, que generan el consumo de psicofármacos, la hiperfrecuentación, la sobrecarga asistencial y la insatisfacción. Este resultado de la variabilidad diagóstica identificada por las profesionales, demuestra que el concepto de

síndromes del malestar es útil para identificar los padecimientos de corte psicosomático que pueden beneficiarse del tratamiento de los factores psicosocilaes y psíquicos. Es una versión ampliada de los trastornos mentales comunes, según plantea Simon Gilbody (2007).

23.4 Factores psicosociales localizados

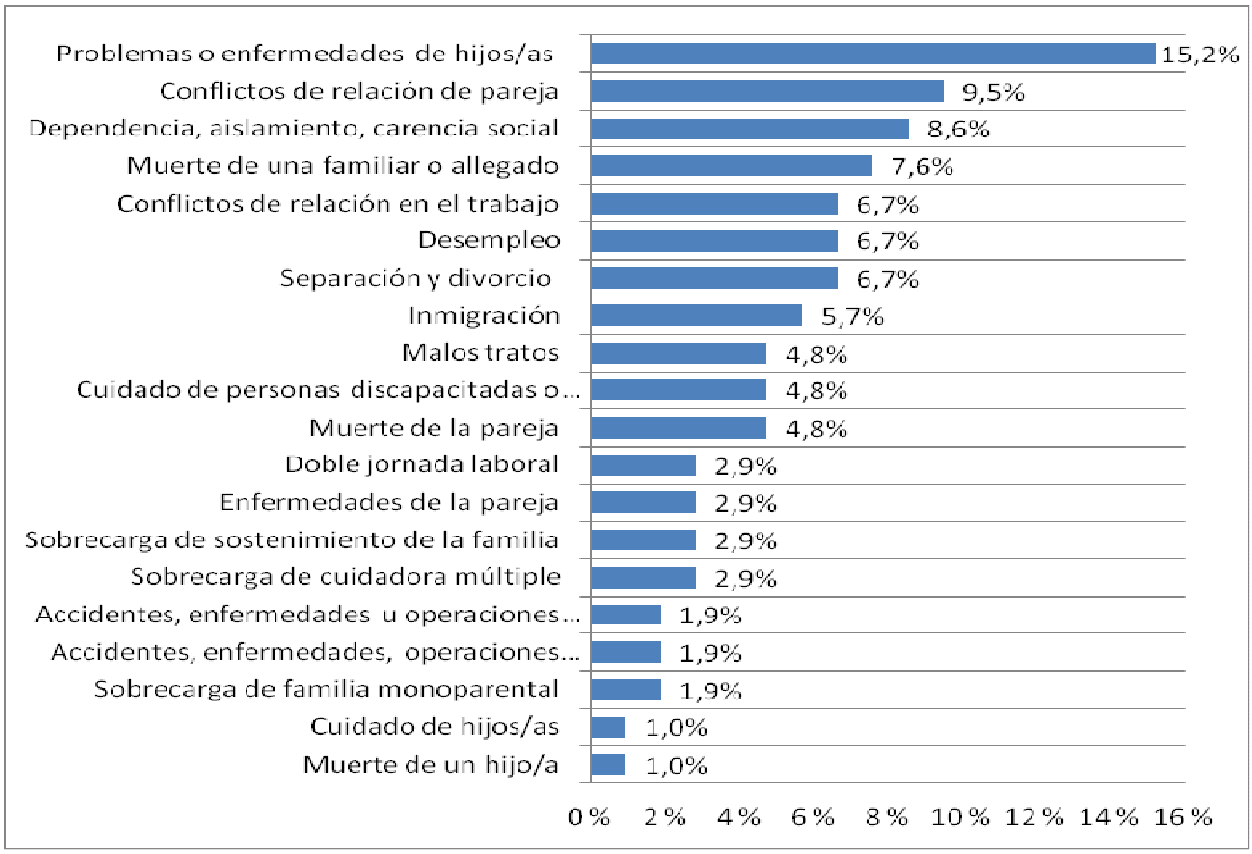
Son localizados durante la intervención con cada paciente. Puede ser más de uno por paciente y aparecen registrados en **70 casos** (en el **61%**) y son multirrespuesta, encontrándose 105 factores distintos en mujeres y 15 en hombres.

Tabla 7. Número de factores psicosociales localizados en los pacientes tratados. Mujeres n=105 factores. Hombres n=15 factores.

	Mujeres		Hombres		Ambos sexos	
Factores psicosociales en mujeres	**nº**	**%**	**nº**	**%**	**nº**	**%**
Problemas o enfermedades de hijos/as	16	15,2%	2	13,3%	18	15,0%
Conflictos de relación de pareja	10	9,5%	1	6,7%	11	9,2%
Dependencia, aislamiento, carencia social	9	8,6%			9	7,5%
Muerte de una familiar o allegado	8	7,6%			8	6,7%
Separación y divorcio	7	6,7%	3	20,0%	10	8,3%
Desempleo	7	6,7%			7	5,8%
Conflictos de relación en el trabajo	7	6,7%			7	5,8%
Inmigración	6	5,7%			6	5,0%
Muerte de la pareja	5	4,8%	2	13,3%	7	5,8%
Cuidado de personas discapacitadas o ancianas a su cargo	5	4,8%			5	4,2%
Malos tratos	5	4,8%			5	4,2%
Sobrecarga por ser cuidadora múltiple	3	2,9%			3	2,5%
Sobrecarga por sostener a la familia	3	2,9%			3	2,5%
Enfermedades de la pareja	3	2,9%			3	2,5%
Doble jornada laboral	3	2,9%			3	2,5%
Sobrecarga de familia monoparental	2	1,9%			2	1,7%
Accidentes, enfermedades, operaciones de algún familiar	2	1,9%	2	13,3%	4	3,3%
Accidentes, enfermedades u operaciones propias	2	1,9%	2	13,3%	4	3,3%
Muerte de un hijo/a	1	1,0%			1	0,8%
Cuidado de hijos/as	1	1,0%			1	0,8%
Acoso laboral	0	0,0%	1	6,7%	1	0,8%
Acoso y fracaso escolar	0	0,0%	2	13,3%	2	1,7%
TOTAL	**105**	**100,0%**	**15**	**0,0%**	**120**	100,0%

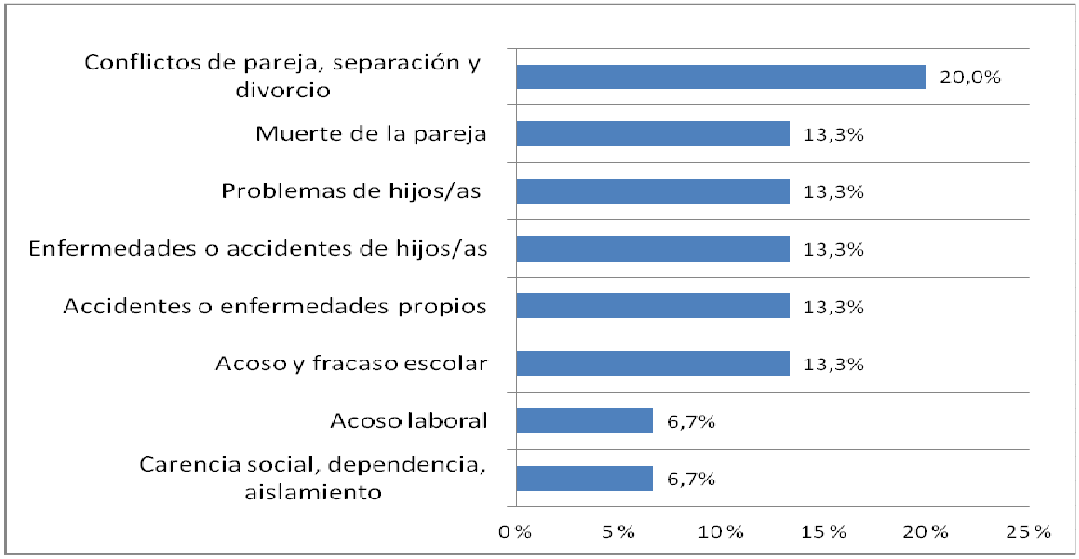
Los acontecimientos vitales que están determinando que las personas se sientan enfermas, como en estudios anteriores (Velasco, 2007), son distintos para mujeres y hombres, que enferman por motivos diferentes.

Figura 7. Distribución porcentual de factores psicosociales localizados. Multirrespuesta. Mujeres N=105 factores.



Los factores más frecuentes en las mujeres, son **los problemas o enfermedades de hijos/as (15,2%), conflictos de pareja (9,5%), dependencia, aislamiento y falta da apoyo social (8,6%).** Son, en realidad, factores psicosociales determinantes de género, ya que son debidos a vivir en el modelo de género tradicional.

Figura 8. Distribución porcentual de factores psicosociales localizados. Multirrespuesta. Hombres N=15.



En los hombres, hay menor variabilidad de factores y no aparecen entre ellos muchos de los encontrados en mujeres. La diferencia por sexos en los aspectos vivenciales que enferman parece grande, aunque no es significativo debido al pequeño número de pacientes hombres.

Si agrupamos los factores por categorías, resultan los siguientes perfiles comparativos para hombres y mujeres.

Figura 9. Distribución porcentual por grupos de factores psicosociales localizados. Mujeres. N=105 factores.

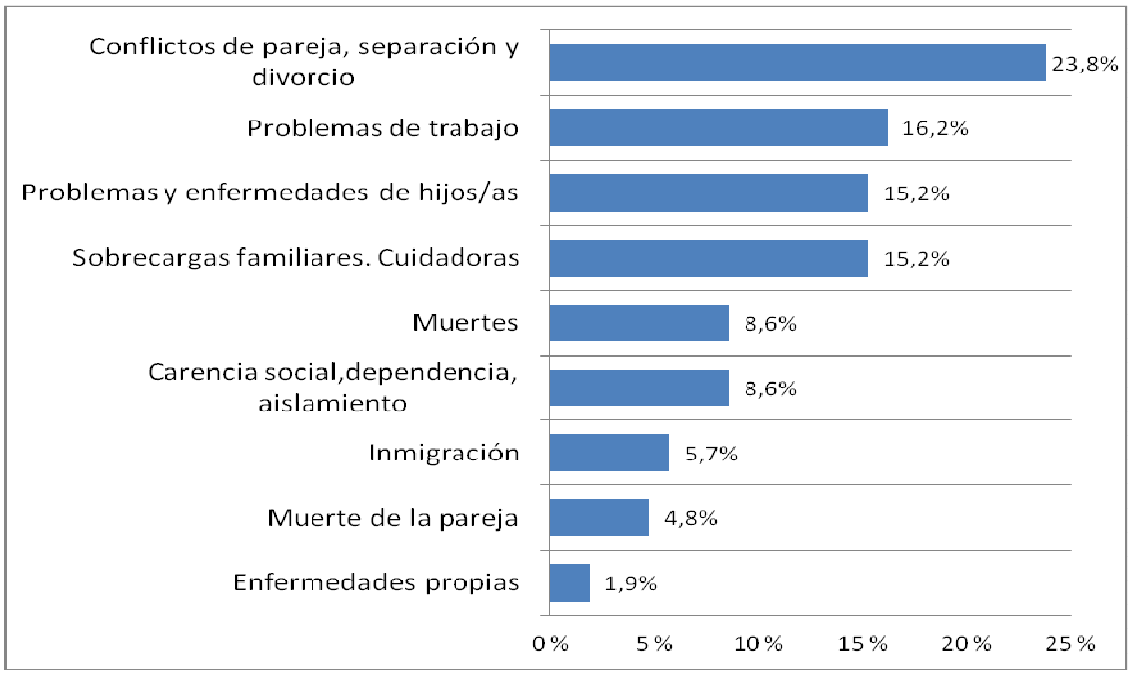
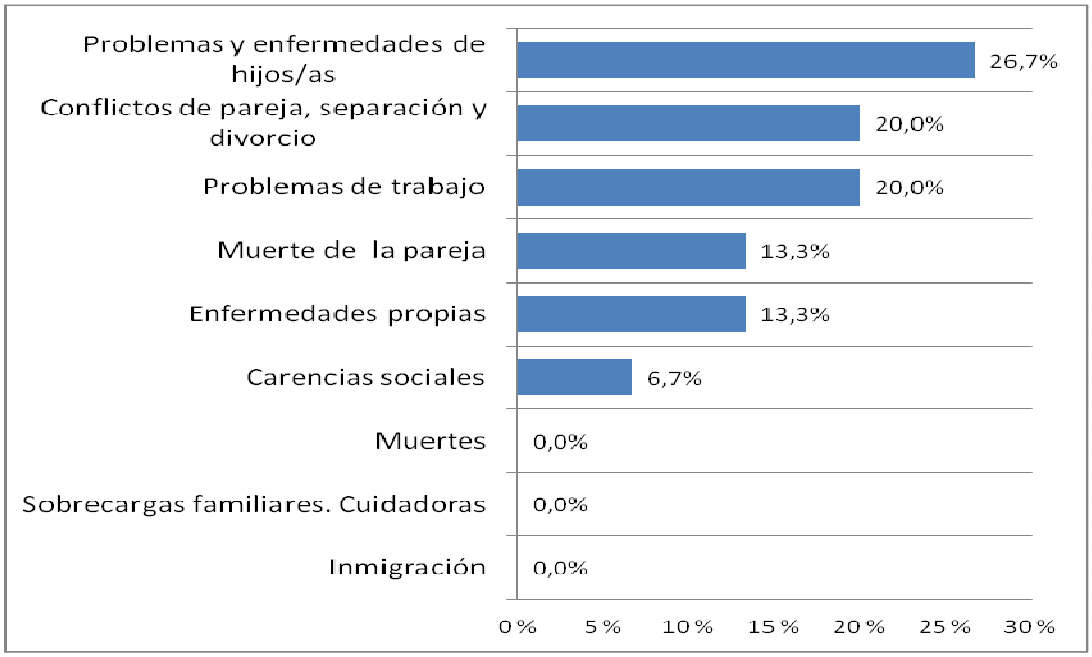


Figura 10. Distribución porcentual por grupos de factores psicosociales localizados. Hombres. N=15 factores.



Las mujeres del perfil sociodemográfico de la muestra sufren, sobre todo, el peso de los problemas y enfermedades de los hijos e hijas, conflictos de pareja, dependencia, aislamiento, carencia de red social, malos tratos, sobrecarga del cuidado de otras personas, en este orden, además de problemas en el trabajo, desempleo o doble jornada laboral, aspectos cuya frecuencia ha aumentado en mujeres por la crisis económica. Hay que destacar que las formas de vida de las mujeres que están determinando el malestar, proceden del modo de vida del modelo de género tradicional, que sigue mostrándose como el que imprime mayor vulnerabilidad. Al mismo tiempo, esta causalidad de género, permite argumentar la necesidad de

incluir en la clínica, acciones que ayuden a modificar estos condicionantes psicosociales de género, como ya decía OMS en 2002, cuando se refería a que cualquier medida que mejore la situación de las mujeres en cuanto a sus servidumbres de género, compensará con una mejoría de su estado de salud mental.

En cuanto a los hombres, la muestra es muy pequeña (12 hombres), pero se observa que lo que más les enferma sigue siendo los conflitos de pareja, seguido de la muerte de la pareja y problemas con los hijos e hijas, como lo era en el estudio de Murcia en 2007.

Tanto en hombres como en mujeres, el orden de factores que enferman, concuerda con los resultados de los dos grandes estudios recientes de factores psicosociales enfermantes en población general (Arnstein Mykletun, 2007 y Abraham Arriyo, 2000).

23.5 Aplicación del método sobre la esfera psíquica

La secuencia del método biopsicosocial modificado para la subjetividad es (ver apartado 5):

1. Escuchar
2. Localizar
3. Descifrar
4. Señalar
5. Causar efectos de sujeto o corrección de la posición subjetiva.

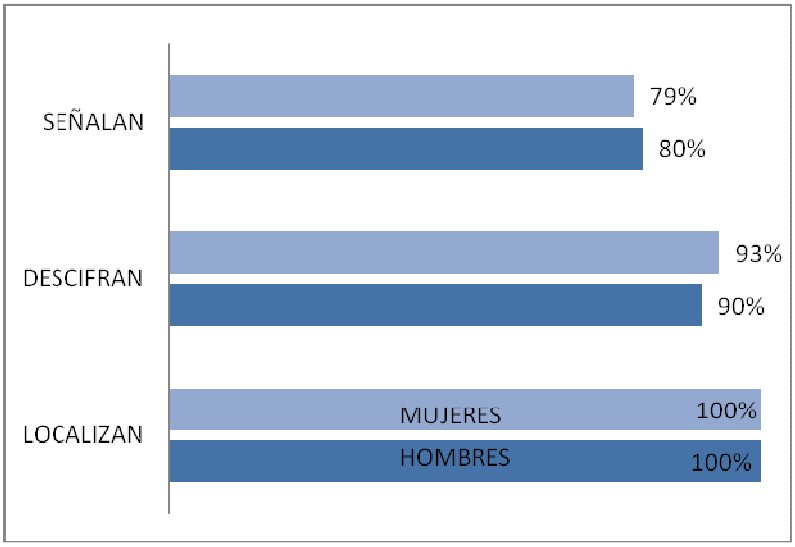
Cuanto más pasos se adelantan en esta secuencia, mayor es la **intensidad** de la intervención y, en consecuencia, más intensos deberían ser los efectos sobre la salud del paciente.

- **¿CON QUÉ INTENSIDAD HAN APLICADO EL MÉTODO LAS PROFESIONALES?**

En el **100%** de los casos han escuchado las esferas psicosocial y psíquica, por lo que no se cuantifica este dato en los gráficos.

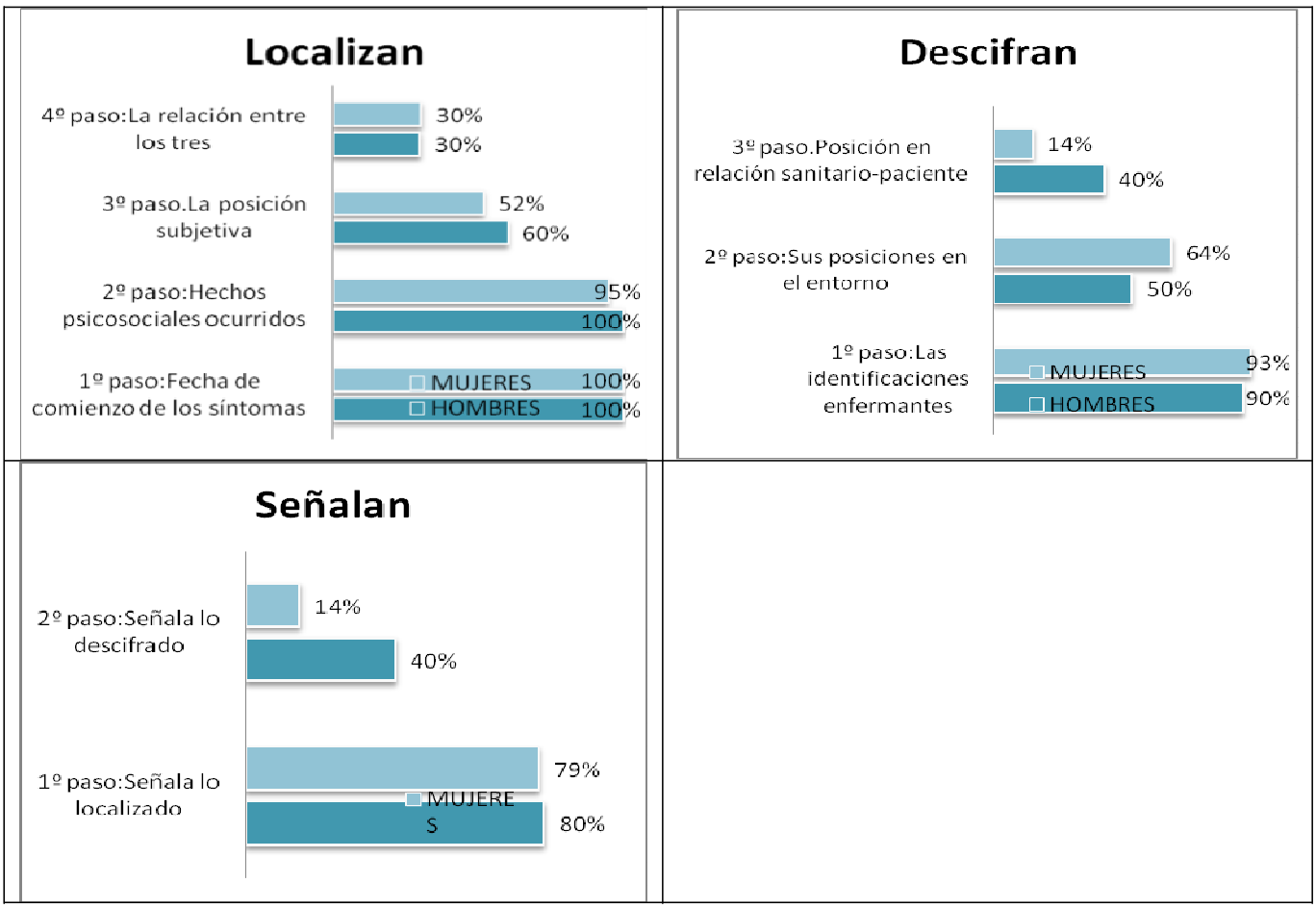
En la Figura 11, se puede interpretar que la intensidad de la aplicación ha sido alta, ya que han l**ocalizado** el factor psicosocial asociado al comienzo de los síntomas en el **100%** de los casos; han **descifrado** las posiciones subjetivas psíquicas hasta en el **93%** de los casos y se lo han **señalado** al paciente hasta en el **80%**. Es decir, con la formación recibida de niveles I y II, han sido capaces de aplicar el método con intensidad alta. Han actuado de forma muy similar en ambos sexos.

Figura 11. Porcentaje de casos en los que las profesionales han dado cada paso del método sobre la subjetividad. Por sexo del paciente**.**



Dentro de cada uno de estos pasos terapéuticos principales, existen varios pasos secundarios. Algunos de ellos suelen ser de mayor dificultad para los sanitarios. Los mas complejos son aquellos que requieren mayor comprensión del funcionamiento del inconsicente y los que implican darse cuenta de la posición subjetiva del propio sanitario y su relación con el o la paciente. En la figura 12, se reflejan estas dificultades.

Figura 12. Porcentajes de pacientes en los que se han dado los pasos secundarios dentro de localizar, descifrar y señalar. Por sexo de los y las pacientes.



Si bien a la hora de localizar y descifrar los factores psicosociales y su relación temporal con los síntomas, lo hacen en el **95%** ó **100%** de los casos, a la hora de localizar y descifrar la posición subjetiva inconsciente del paciente, es decir, el contenido psíquico del conflicto que le ha enfermado, sólo lo consiguen en el **52%** y el **60%** de los casos. Y en menor porcentaje, el **30%**, se localiza y descifra lo que ocurre inconscientemente en la relación sanitaria-paciente.

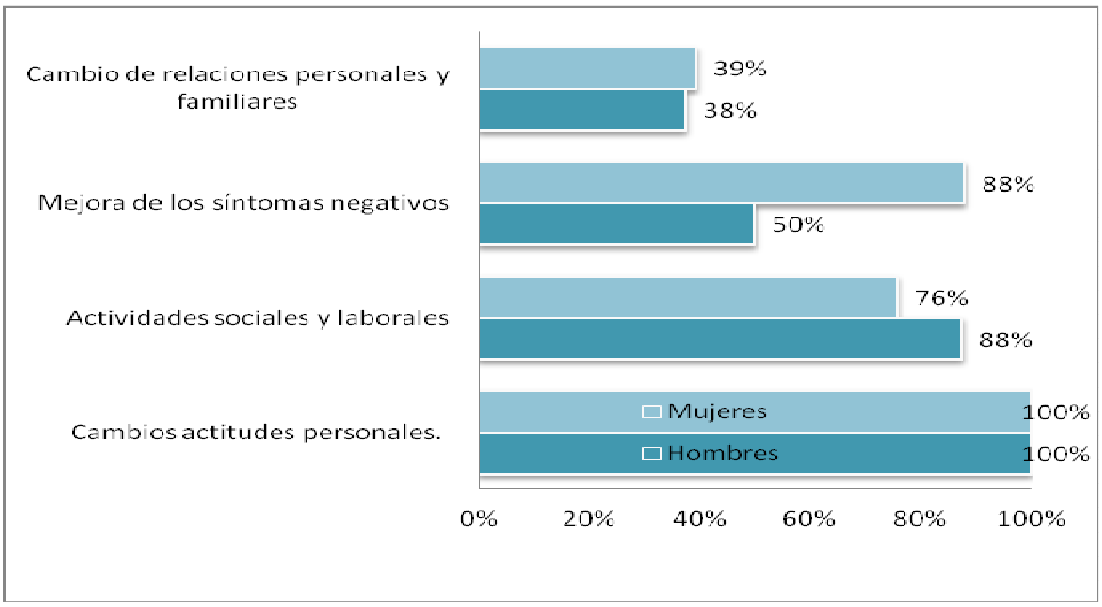
Así mismo, lo que la profesional señala a continuación al pacientes, es lo que ha podio localizar y descifrar. En consecuencia, se señala a los y las pacientes casi siempre lo que se ha localizado, pero mucho menos lo que se descifra de las posiciones inconscientes. Se aprecia además una diferencia muy ligera por sexos. Parece ser que con los pacientes hombres, se llega un poco más lejos al descifrar y señalar los aspectos inconscientes.

Esto nos informa, por un lado, de los aspectos en los que hay que intensificar la formación. Y, por otro lado, y dados los buenos porcentajes de mejoría clínica obtenidos (que describimos en siguientes apartados), podemos confirmar lo que ya sabemos por la información cualitativa obtenida durante las supervisiones y sesiones clínicas: **que el método tiene efectos positivos aunque no se aplique en su totalidad**.

Efectos de sujeto

Por último, calculamos los porcentajes de pacientes en los que se han observado efectos de corrección de su posición subjetiva. De los muchos cambios de actitudes y de ánimo que los sanitarios observan en sus pacientes, hemos registrado aquellos que son más frecuentemente observados.

Figura 13. Porcentaje de pacientes en los que se han producido efectos de corrección subjetiva.



Al cambiar la posición subjetiva enfermante, que siempre es una posición interna pasiva, y dar lugar a una posición activa del sujeto, el paciente se activa en su esfera personal, familiar, social y laboral.

Ha resultado que en el **100%** de los pacientes, tanto hombres como mujeres, se han producido **cambios en sus actitudes personales**. Entre el **76%** y el **88%** de los pacientes empiezan o mejoran sus **actividades sociales y laborales**. Muchos de los hombres (el **88%**), y la mitad de las mujeres (**50%**), mejoran su **cuidado y actitud personal**, mostrándose más alegres. Y el **38-39%** inican cambios en sus **relaciones personales y familiares.**

23.6 Mejoría clínica

La caída de los síntomas y/o mejoría clínica, es un efecto subsiguiente a los cambios subjetivos descritos en el apartado anterior. Es un efecto clínico, producto del efecto de sujeto, que acompaña a la resolución del componente psíquico. **Es la resolución del efecto psicosomático de los síndromes del malestar**. Que el método, que actúa sobre este componente psíquico, sea eficaz, demuestra que los síndromes del malestar tienen un potente componente psicosomático tratable en primaria.

Basamos la estimación de la mejoría clínica, en la mejoría o desaparición de los síntomas y disminución o cese del consumo de fármacos, sobre todo psicofármacos.

Los síntomas de los síndromes del malestar no son orgánicos, sino subjetivos, y son subjetivamente expresados por el paciente y también subjetivamente percibidos por el profesional. Por ello, hemos considerado válido apoyar la constatación de la posible mejoría del paciente, en los mismos términos en que se desenvuelven los diagnósticos y tratamientos habituales: en esta estimación subjetiva de ambos, paciente y profesional.

Las profesionales han registrado la mejoría según los siguientes criterios:

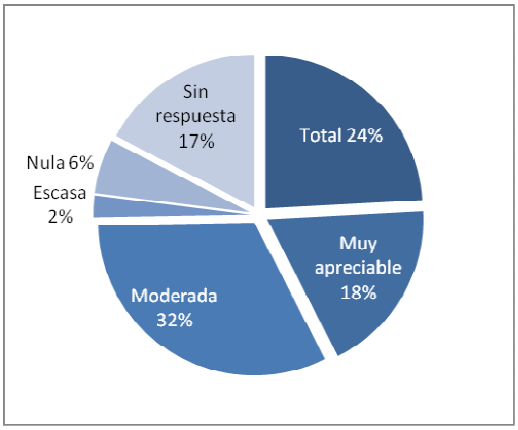
- **Mejoría Total**: desaparición de síntomas somáticos y anímicos y cese del consumo de psicofármacos.
- **Muy apreciable:** desaparición de síntomas somáticos o de los anímicos y disminución de consumo de psicofármacos.
- **Moderada:** disminución del número o intensidad de los síntomas somáticos y/o de los anímicos y/o disminución de uso de psicofármacos.
- **Escasa**: escasa disminución de síntomas y del consumo de psicofármacos.
- **Nula:** ninguna mejoría**.**
- **Sin valorar**: aún no se ha podido estimar el grado de mejoría.

En la figura 14 se representa la mejoría clínica que ha sido **total o muy apreciable o moderada en el 74%** de las **mujeres tratadas y en el 84% de** los hombres. Desagregando **mejoría total** (desaparición de síntomas somáticos y anímicos y cese de consumo de psicofármacos), es del **20%** de las mujeres y **50%** de los hombres

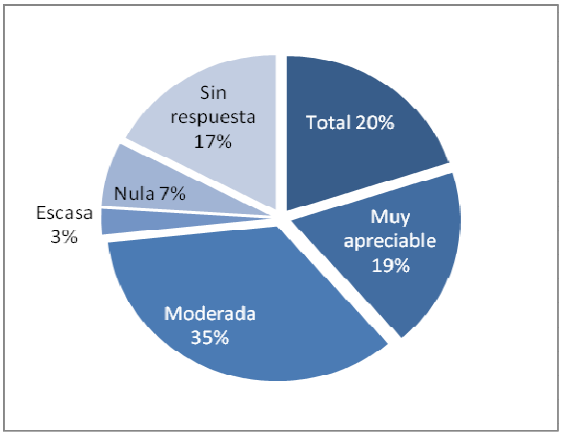
Existe bastante variabilidad por grupos de edad y sexo. Los más jóvenes y los hombres han mejorado más, -el **87%** de los pacientes entre **25 y 44 años** han obtenido mejoría **total, muy apreciable o moderada**. Mientras que en edad madura, de 45 a 65 años, la mejoría total, muy apreciable o moderada ha sido del **68%.** Los más jóvenes y los hombres han mejorado más (Figura 15).

Figura 14. Porcentaje de pacientes que han experimentado mejoría clínica con la intervención[21], para a)ambos sexos, b)mujeres, c)hombres. Mujeres n=75 casos, hombres n=12 casos.

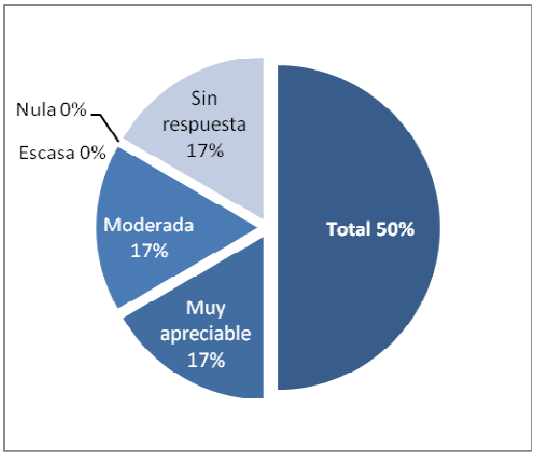
a) Ambos sexos



b) Mujeres

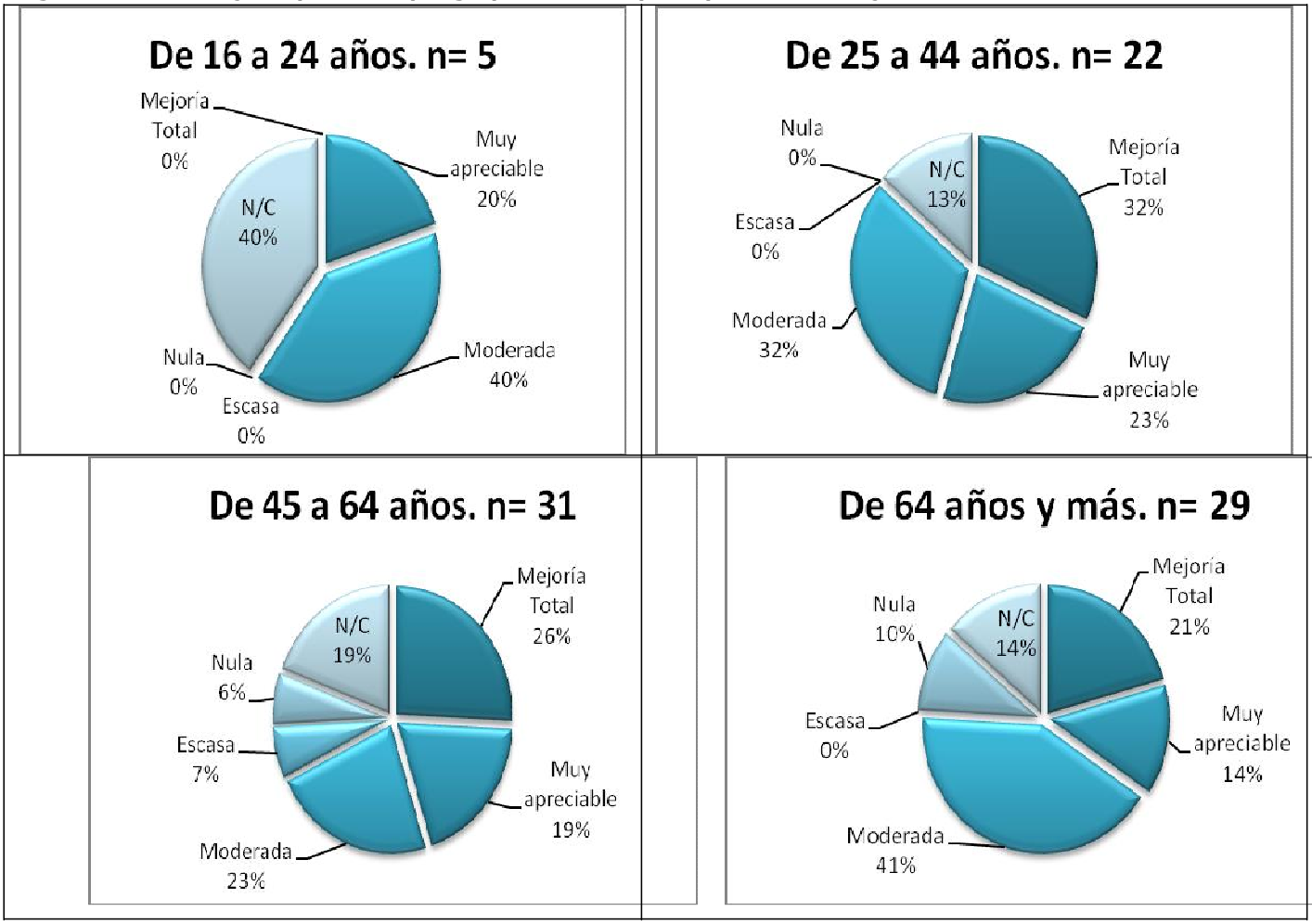


c) Hombres



[21] **Mejoría Total**: desaparición de síntomas somáticos y anímicos y cese de consumo de psicofármacos.
Muy apreciable: desaparición de síntomas somáticos o de los anímicos y disminución de consumo de psicofármacos.
Moderada: disminución del nº o intensidad de los síntomas somáticos o anímicos y/o disminución de uso de psicofármacos.
Escasa: escasa disminución de síntomas y del consumo de psicofármacos.
Nula: ninguna mejoría**.**
N/C: sin valorar.

Figura 15. Porcentaje de pacientes por grupos de edad que experimentan mejoría clínica con la intervención.



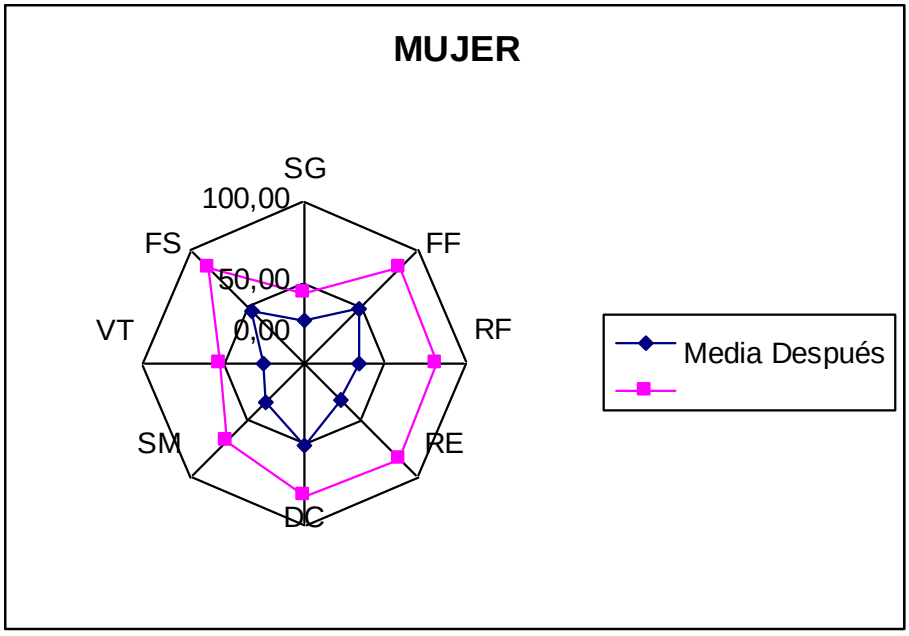
23.7 Test de calidad de vida SF12

Hemos utilizado el test de calidad de vida SF12 (Stefanie Schmidt, 2012). Mide 8 dimensiones: salud general, función física, rol físico, rol emocional, dolor corporal, salud mental, vitalidad y función social. Todas estas dimensiones están afectadas en los síndromes del malestar, ya que su sintomatología suele ser tanto somática como anímica y afecta a la vida social. Así mismo, el dolor, está presente casi siempre, aunque en muchas ocsiones el componente psicosomático de este dolor, es grande.

23.7.1 Puntaciones medias y diferencia antes y después

Se calculan las puntuaciones medias obtenidas en 61 casos válidos (52 mujeres y 9 hombres), antes y después de la intervención. La puntuación del test va de 0 a 100 (100 es la mejor puntuación).

Figura 16. Puntuaciones medias en las 8 dimensiones del test de calidad de vida SF12, antes y después de la intervención, en mujeres y hombres.



SG: salud general; FS: función física; RL: rol físico; RE: RE: rol emocional; DC: dolor corporal; SM: salud mental; VT: vitalidad y FS: función social.

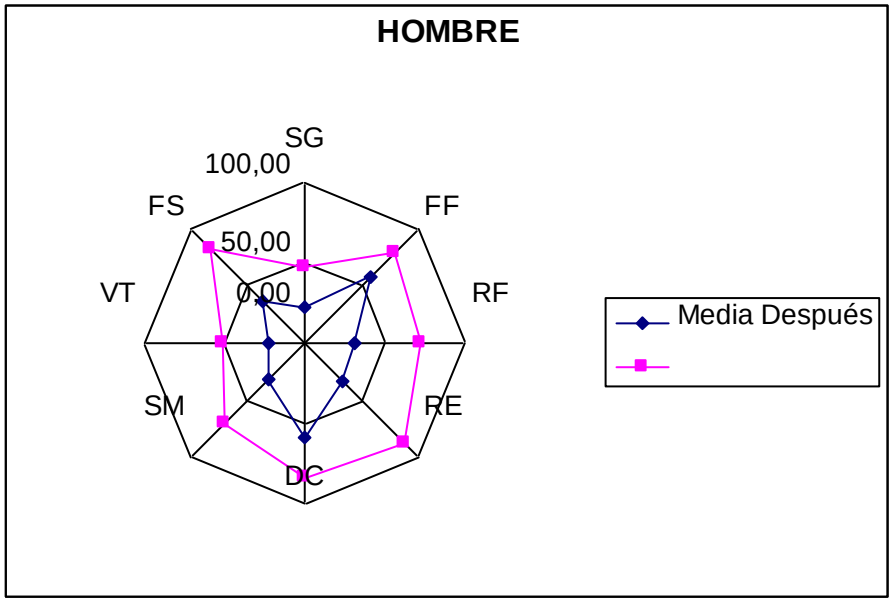


Tabla 8. Puntuaciones medias en las 8 dimensiones del test de calidad de vida SF12, antes y después de la intervención. En mujeres y hombres.

ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Sexo	Dimensión[22]	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	sf12_RF	52	,00	100,00	33,6538	45,07201
	sf12_DC	52	,00	100,00	50,4808	33,39102
	sf12_SG	52	,00	75,00	26,9231	20,31984
	sf12_VT	52	,00	80,00	25,0000	17,65686
	sf12_FS	52	,00	100,00	46,6346	28,45225
	sf12_RE	52	,00	100,00	30,7692	39,79586
	sf12_SM	52	,00	90,00	34,4231	19,34349
	N válido (según lista)	52				
Hombres	sf12_FF	9	,00	100,00	58,3333	30,61862
	sf12_RF	9	,00	100,00	33,3333	43,30127
	sf12_DC	9	,00	100,00	58,3333	35,35534
	sf12_SG	9	,00	50,00	22,2222	23,19902
	sf12_VT	9	,00	60,00	22,2222	18,55921
	sf12_FS	9	25,00	50,00	36,1111	13,17616
	sf12_RE	9	,00	100,00	33,3333	35,35534
	sf12_SM	9	,00	60,00	31,1111	18,33333
	N válido (según lista)	9				

DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Sexo	Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Mujeres	sf12_FF	52	,00	100,00	83,1731	25,10817
	sf12_RF	52	,00	100,00	81,7308	35,73986
	sf12_DC	52	25,00	100,00	80,7692	19,56349
	sf12_VT	52	,00	80,00	51,5385	20,71133
	sf12_FS	52	50,00	100,00	82,6923	16,07158
	sf12_RE	52	,00	100,00	84,6154	32,14316
	sf12_SM	52	30,00	90,00	68,0769	14,69140
	sf12_SG	52	,00	100,00	43,2692	19,24773
	N válido (según lista)	52				
Hombres	sf12_FF	9	25,00	100,00	80,5556	30,04626
	sf12_RF	9	,00	100,00	72,2222	44,09586
	sf12_DC	9	50,00	100,00	83,3333	21,65064
	sf12_VT	9	20,00	80,00	51,1111	22,60777
	sf12_FS	9	50,00	100,00	83,3333	21,65064
	sf12_RE	9	50,00	100,00	88,8889	22,04793
	sf12_SM	9	50,00	90,00	70,0000	12,24745
	sf12_SG	9	25,00	100,00	47,2222	23,19902
	N válido (según lista)	9				

[22] SG: salud general; FS: función física; RL: rol físico; RE: rol emocional; DC: dolor corporal; SM: salud mental; VT: vitalidad y FS: función social.

Calculamos la diferencia de puntuación media antes y después de la intervención.

Tabla 9 Diferencia de puntuación media antes y después de la intervención en las 8 dimensiones del test SF12. Mujeres y hombres.

Mujeres

Dimensión	**Puntos de diferencia entre las medias de antes y después**	**Intervalo de confianza al 95%**	
Salud General	16.34	10.04	22.65
Función Física	35.09	25.92	44.26
Rol Físico	48.07	35.45	60.7
Rol Emocional	53.85	41.6	66.13
Dolor Corporal	30.3	23.08	37.5
Salud Mental	33.65	28.17	39.14
Vitalidad	26.54	20.43	32.65
Función Social	36.06	28.46	43.66

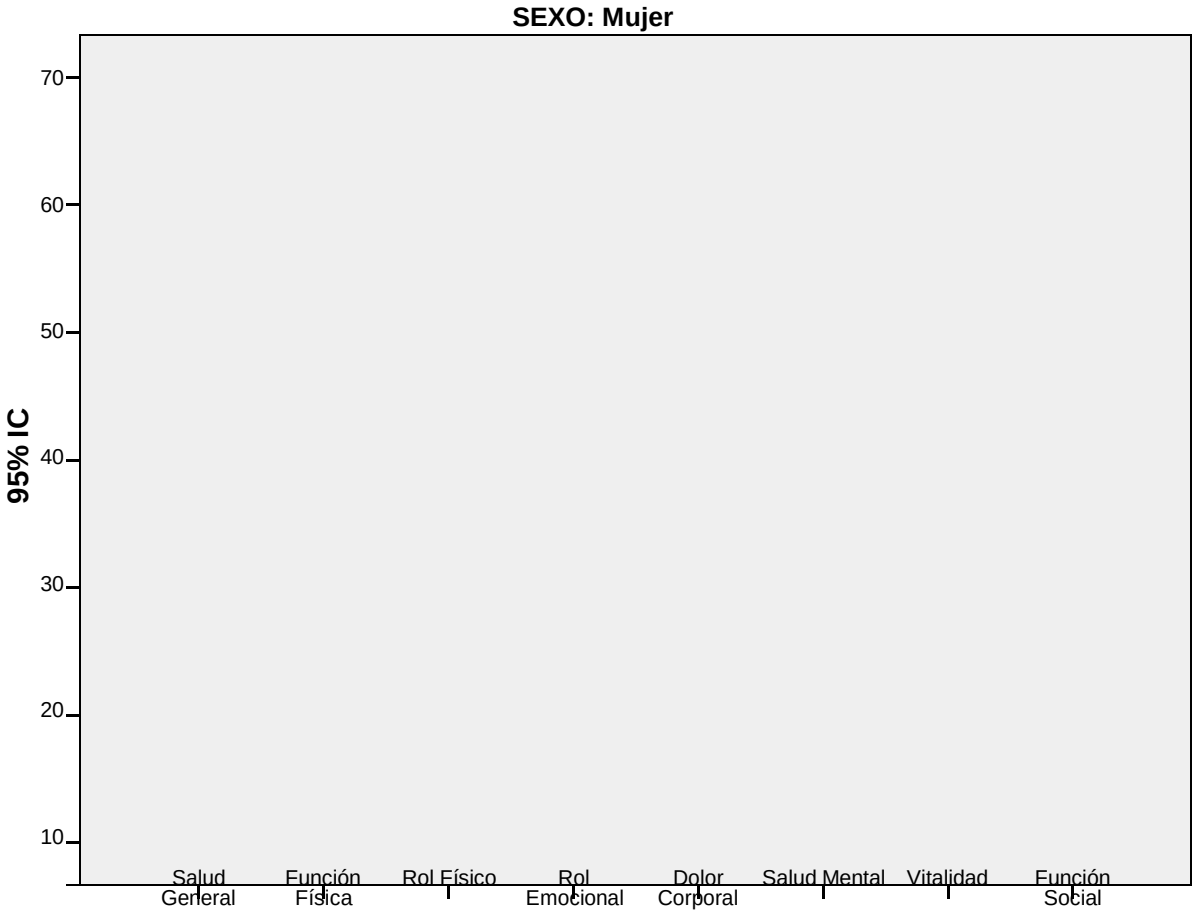
Hombres

Dimensión	**Puntos de diferencia entre las medias de antes y después**	**Intervalo confianza al 95%**	
Salud General	25	1.46	48.56
Función Física	22.22	4.4	40.05
Rol Físico	38.89	-3.11	80.89
Rol Emocional	55.55	25.51	85.6
Dolor Corporal	25	5.78	44.22
Salud Mental	38.89	23.78	54
Vitalidad	28.89	8.4	49.4
Función Social	47.22	27	67.48

Todas las diferencias son positivas, es decir, han mejorado los y las pacientes en todas las dimensiones. Todas las diferencias son estadísticamente significativas (T de Student).

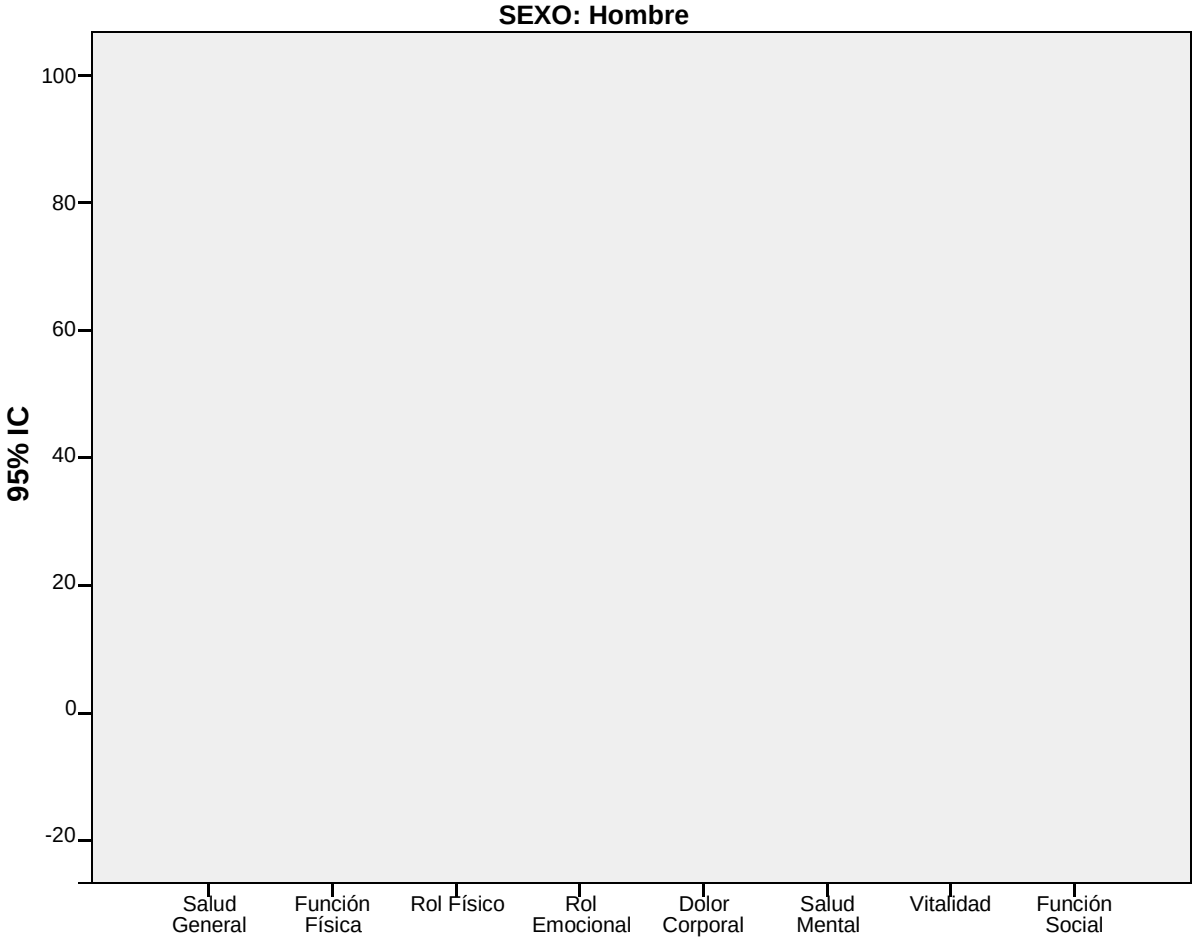
En las siguientes figuras se expresa la misma información que en las anteriores tablas. Se representa el dato de la diferencia entre las medias antes y después, con un círculo. La línea vertical expresa el intervalo de confianza en el que hay un 95% de posibilidades de que aparezca la media de la muestra. Cuanto más corto es el intervalo, más exacta es la media, más parecidas son las puntuaciones de la muestra.

Figura 17. Diferencia de puntuación media antes y después de la intervención en las 8 dimensiones del test SF12. Mujeres y hombres.



La dimensión que más ha mejorado en mujeres es el **rol emocional** (diferencia de 53,85 puntos) seguido muy de cerca por el **rol físico** (48,07). Las siguientes dimensiones que mejoran casi con la misma intensidad, son la **función física** (35,09), la **función social** (36,06) y **salud mental** (33,65), seguidos del **dolor corporal** (30,3), **vitalidad** (26,54) y por último la percepción de la **salud general** (16,34).

Estos resultados son coherentes con el método de tratamiento empleado, porque interviene, sobre todo, en la esfera psíquica, emocional y psicosocial. Por el mismo motivo, las mejorías considerables en las funciones físicas y el dolor, confirma que el componente psicosomático de los padecimientos tratados, es grande. Por último, el método no interviene en aspectos biomédicos nuevos de salud general, por lo que posiblemente los padecimientos orgánicos que causan mala percepción de la salud, no se modifican tanto.



Entre los hombres, hay que tener en cuenta que se trata de una muestra muy pequeña (9 hombres). El orden en que mejoran las diferentes dimensiones es muy similar al de las mujeres, igual que ellas, el mayor cambio es en el **rol emocional** (55,55 puntos), pero mejoran más que ellas en la **función social** (47,22), mejorías iguales en **salud mental** (38,89) y **rol físico** (38,89). La **vitalidad** (28,89) mejora en ellos un poco más que en ellas, y las siguientes dimensiones, **dolor corporal** (25), **salud general** (25) y **función física** (22,22) mejoran en cantidad muy parecida, esta última, más que en las mujeres.

¿Los hombres parten de una mejor calidad de vida que las mujeres?

Para comprobar si los hombres tratados con síndromes de malestar, partían de mejor o peor calidad de vida, hemos comparado la diferencia en las sumas de los test en hombres y en mujeres antes de la intervención y no existe una diferencia significativa (p-valor=0.8785). La diferencia por dimensiones, tampoco es significativa.

Tabla10. Significación estadística de las diferencias entre hombres y mujeres en el test SF12 antes de la intervención (T de Student).

Dimensión	p-valor
Salud General	0.7202
Función Física	0.2221
Rol Físico	0.4673
Rol Emocional	0.354
Dolor Corporal	0.2591
Salud Mental	0.6712
Vitalidad	0.7141
Función Social	0.8719

Se puede matizar que la dimensión en que menor diferencia de partida se apreciaba, era en la función social, y las mayores diferencias estaban en que las mujeres padecían más dolor corporal y síntomas físicos (aún siendo psicosomáticos).

23.7.2 Medianas y cuartiles antes y después de la intervención

Se calculan cinco medidas que expresan la distribución de los valores (puntuaciones de 0 a 100 del test SF12) por medio de cinco medidas: el **valor mínimo** encontrado; **primer cuartil (Q1)** es el valor que deja por debajo de la mediana el 25% de los valores encontrados ; **mediana o segundo cuartil (Q2**), es el punto central de los valores encontrados donde están el 50% de los valores encontrados, ; **tercer cuartil (Q3),** es el valor que deja por debajo el 75% de los valores encontrados, ; y el **máximo,** es el valor máximo encontrado. Cuando hay algún valor, resultado del test, que queda por fuera del resto de los valores encontrados, es un valor atípico.

Los siguientes diagramas de caja y bigotes son una representación que describe las cinco medidas anteriores. Los valores del test encontrados, quedan distribuidos en cuatro partes (los cuartiles) que contienen el mismo número de valores. En el eje vertical se sitúan las puntuaciones del test de 0 a 100. El **valor mínimo** encontrado se representa por el brazo inferior externo al rectángulo-caja. El primer cuartil (Q1) se representa por el lado inferior de la caja. La mediana se representa por la línea gruesa central en la caja. El tercer cuartil (Q3) se representa por el lado superior de la caja. Y el valor máximo, por el brazo superior externo a la caja. Los valores solitarios atípicos alejados del resto, son los pequeños círculos rojos.

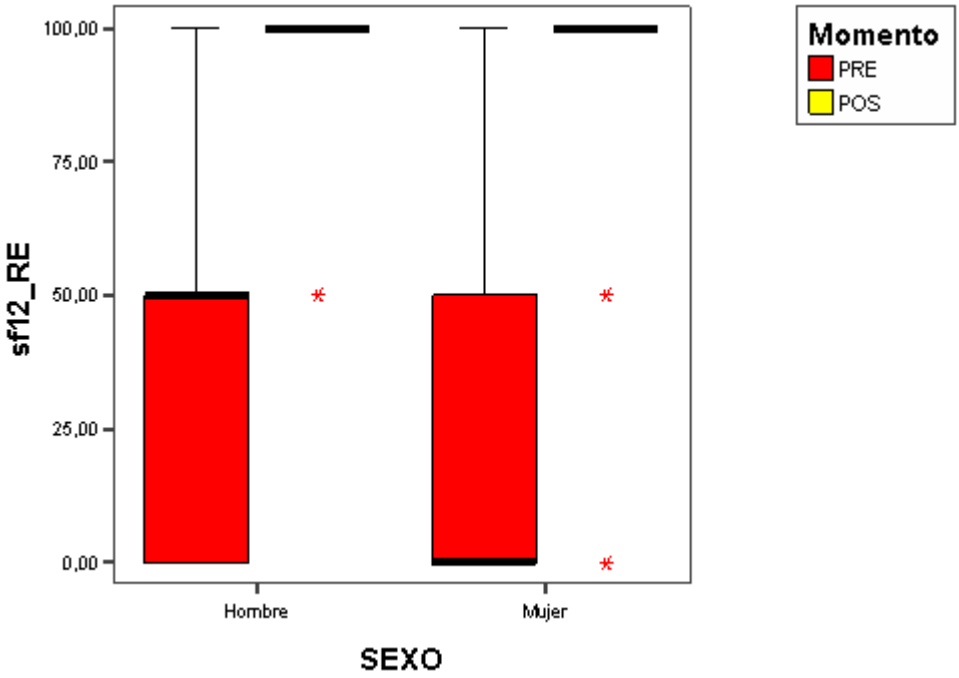
Se visualiza así, al mismo tiempo, información sobre la tendencia central (mediana), la dispersión y la simetría de los datos.

Figura 18. Puntuaciones medianas y cuartiles de las ocho dimensiones del test SF12 antes y después de la intervención. Mujeres y hombres.

Rol Emocional

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	0	0	50	100
Después	0	100	100	100	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	0	50	50	100
Después	50	75	100	100	100

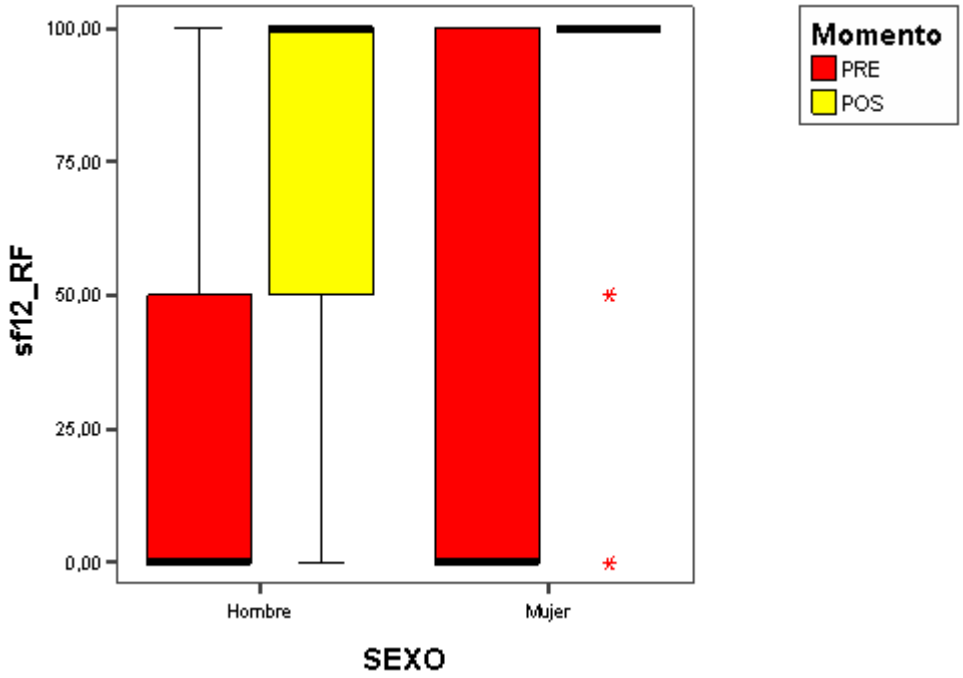


La mejoría en la dimensión del rol emocional es lo más destacado de los efectos sobre la calidad de vida. **Las mujeres pasan de una mediana de 0 a 100 puntos**, unánime además, porque quedan todos los resultados en la mediana máxima, sin ninguna dispersión, igual que en los hombres**. Ellos partían de una mejor situación emocional, con la mediana de 50, que sube también a 100 sin dispersión,** con un solo caso de resultado atípico.

Rol Físico

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	0	0	100	100
Después	0	100	100	100	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	0	0	75	100
Después	0	25	100	100	100

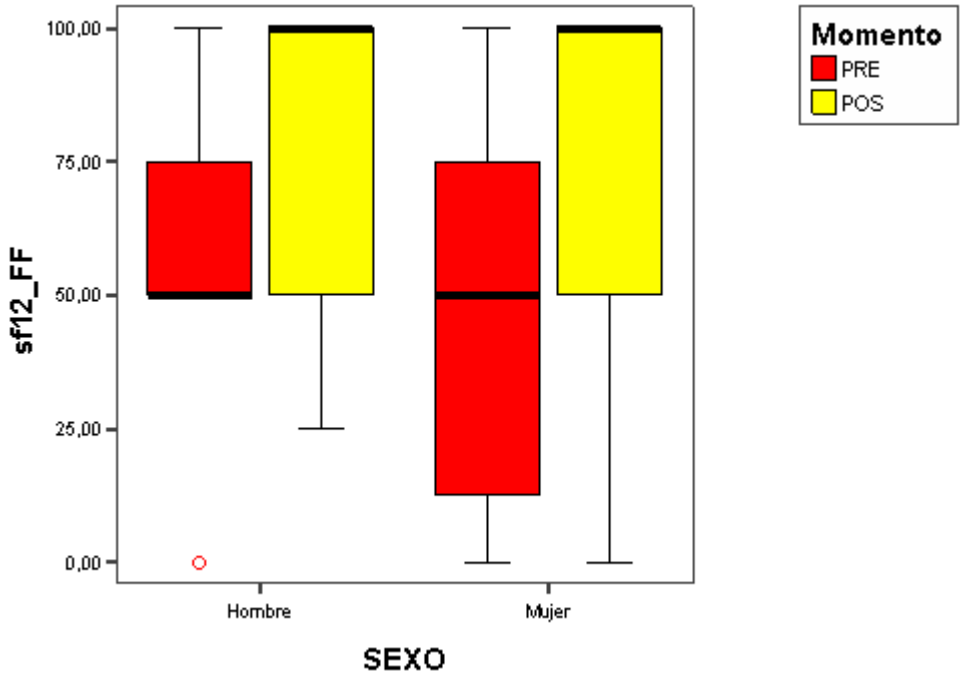


La mediana en el rol físico pasa de 0 a 100 en ambos sexos, aunque los hombres al final tienen casi todos los valores por debajo de la mediana y anteriormente estaban aparentemente peor que las mujeres.

Función Física

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	12.5	50	75	100
Después	0	50	100	100	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	50	50	87.5	100
Después	25	50	100	100	100

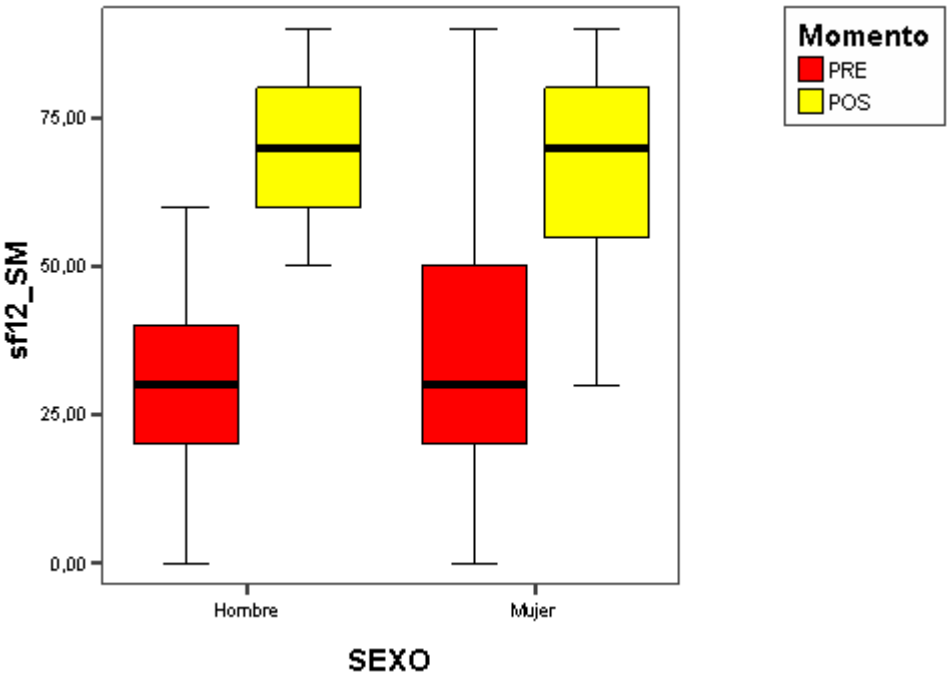


La mejoría en la función física es notable, más ostensible en las mujeres. En ellas, la **mediana pasa de 50 puntos a 100**, quedando los resultados más concentrados de lo que lo estaban antes de la intervención. Los hombres mejoran con una **mediana también de 50 a 100**, aunque sus resultados estaban casi todos por encima de la mediana y quedan después más por debajo.

Salud Mental

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	20	30	50	90
Después	30	52.5	70	80	90

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	20	30	45	60
Después	50	60	70	80	90

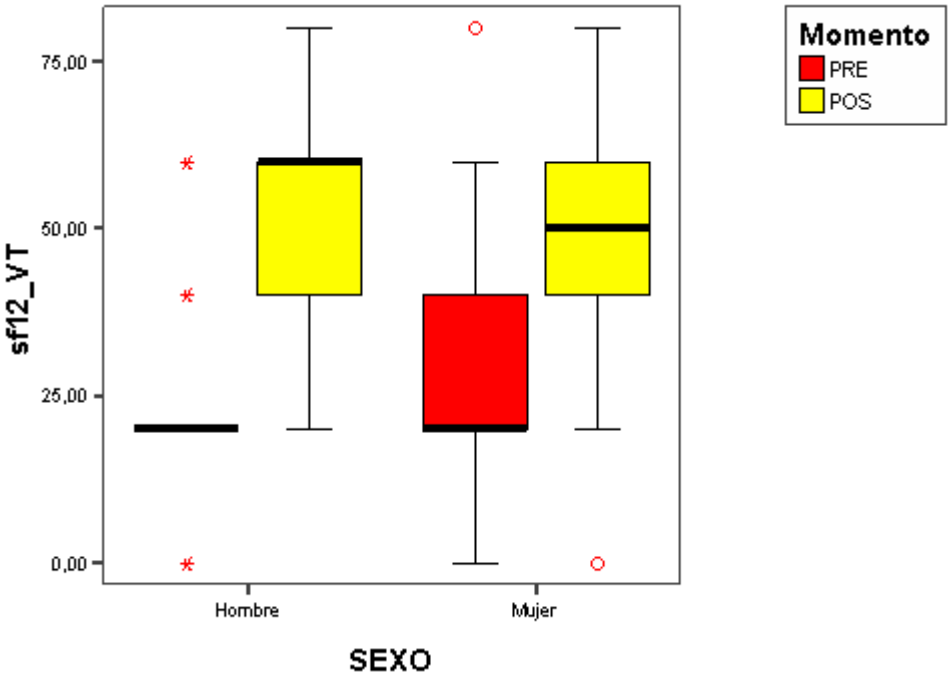


En salud mental, ambos sexos pasan de puntuación mediana en 30 antes, a 70 después. No es una mejoría tan acusada como en otras dimensiones. Además, los valores de las mujeres están un poco más dispersos, lo que quiere decir que, tanto su estado antes como después, es menos unánime entre ellas.

Vitalidad

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	20	20	40	80
Después	0	40	50	60	80

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	10	20	30	60
Después	20	30	60	70	80



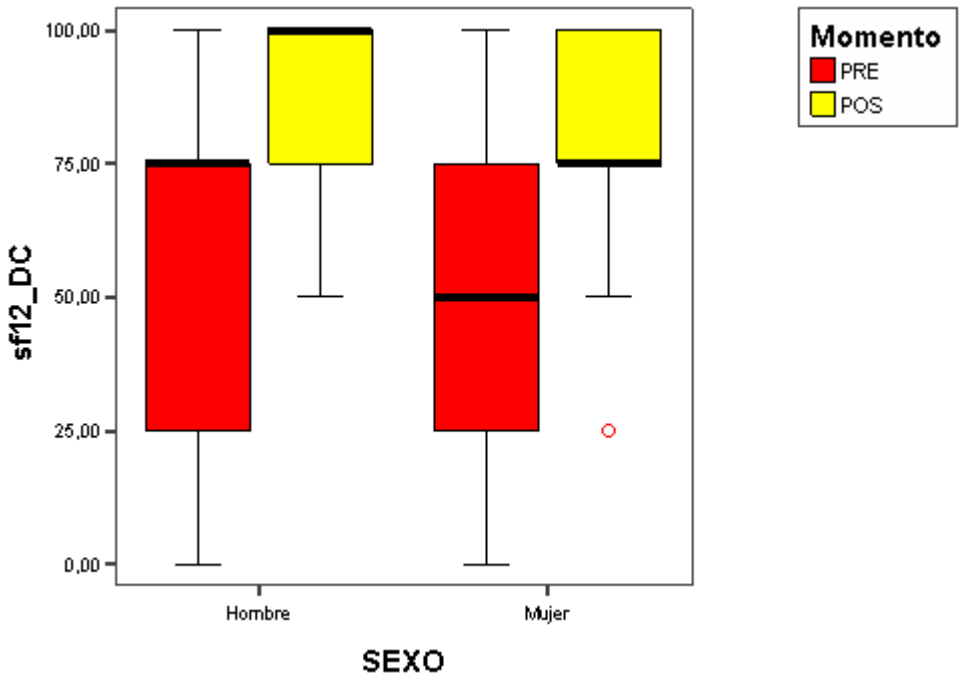
La vitalidad de hombres y mujeres partía de una mediana de **20 que aumenta a 50 puntos**, con mayor dispersión de los resultados después. **Ellos han mejorado algo más, pasando de una mediana de 20 a 60**. Ellas y ellos quedan después concentrados en el mismo intervalo.

Siendo menor que en otras, la mejoría en esta dimensión, **el beneficio es de impacto muy regular en todos los y las pacientes algo más en los hombres.**

Dolor Corporal

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	25	50	75	100
Después	25	75	75	100	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	25	75	87.5	100
Después	50	62.5	100	100	100

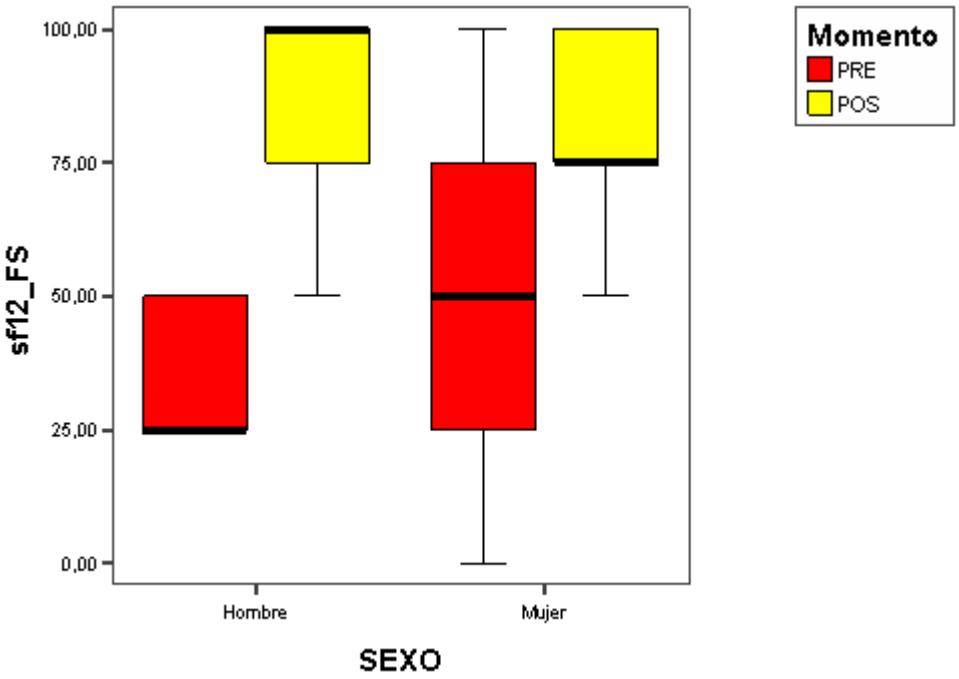


La mejoría del dolor corporal llega a una mediana de 100 puntos para los hombres y de 75 para las mujeres. Ahora bien, el dolor en los hombres era menor (75) y en las mujeres era mayor, con una mediana de 50 y los valores dispersos por encima y debajo de esta mediana. Después de la intervención, los resultados se agrupan mucho más en ambos sexos, lo que quiere decir mayor unanimidad de esta mejoría, aunque por debajo de la mediana en los hombres y por encima en las mujeres. **Todo ello apunta a un mayor beneficio de la intervención en las mujeres para el dolor corporal y menor relevancia de este síntoma en los hombres.**

Función Social

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	25	50	75	100
Después	50	75	75	100	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	25	25	25	50	50
Después	50	75	100	100	100

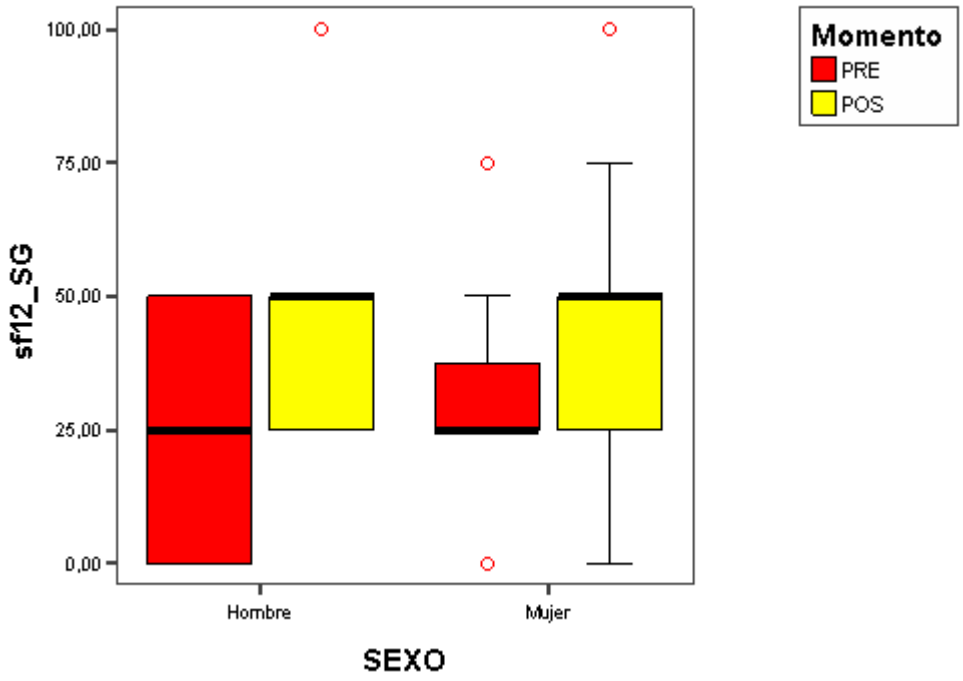


En la función social, mejoran mucho ambos sexos, hasta medianas de 75 ellas y 100 los hombres. Además, ellos partían de una situación peor (mediana en 25 y concentrados en el pequeño intervalo hasta el Q3 en 50). Y las mujeres partían de mediana mayor, en 50, y dispersión de resultados mayor que en ellos, hasta el Q3 en 75. **Ellos mejoran su mediana en 75 puntos, mientras que ellas sólo en 25 puntos**, y distribuidos todos en el mismo intervalo, aunque en hombres por debajo de la mediana y en las mujeres por encima de ella. **En consecuencia, parece que el beneficio relativo del método en la función social es mayor para los hombres.**

Salud General

Mujer	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes(PRE)	0	25	25	43.5	75
Después(POS)	0	25	50	50	100

Hombre	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Antes	0	0	25	50	50
Después	25	25	50	50	100



Se observa una mejora significativa. Tanto en mujeres como en hombres. Antes de la intervención la **mediana estaba en 25 puntos, después sube a 50 puntos**. Aunque los valores de los hombres al inicio están más dispersos tanto por encima de la mediana como por debajo, mientras que las mujeres están casi todas por encima de la mediana. Después de la intervención, son los resultados de las mujeres los que se dispersan, porque la mayoría de los valores queda entre la mediana inicial y la posterior, mientras que los valores de los hombres se quedan casi todos por debajo de la mediana. **Quiere esto decir que la mejoría de los hombres en salud general (percibida) es más homogénea, partiendo de peor situación.**

En resumen, las medianas mejoran de 25 a 100 puntos. Para las **mujere**s, el orden de mejoría es: **rol emocional** (aumenta 100 puntos), **rol físico** (100), **función física** (59), **salud mental** (40), **vitalidad** (30), **dolor corporal** (25), **función social** (25) y **salud general** (25).

Y para los **hombres**, **rol emocional** (100 puntos**), función social** (75), **función física** (59) **rol físico** (50), **salud mental** (49), **vitalidad** (40), **dolor corporal** (25) y **salud general** (25).

23.8 Indicadores de calidad: frecuentación, pruebas complementarias, consumo de fármacos y satisfacción.

Se ha medido antes y después de la intervención, el porcentaje de pacientes que hacían un uso excesivo de recursos, tanto el número de consultas, como uso de pruebas complementarias, consumo de fármacos y, especialmente, psicofármacos, además de la satisfacción de profesional y paciente con los tratamientos anteriores.

Son indicadores de calidad asistencial (Avedis Donadebian, 1989) y, a su vez, son indicadores indirectos de malestar y los malos resultados de esto sindicadores antes de la intervención estaban revelando la escasa eficacia de los recursos biomédicos habituales para los síndromes del malestar; muestran el uso excesivo de los recursos del que hablan los y las profesionales de primaria en todos los sondeos de opinión y, además, demuestran la sobrecarga que producen en los servicios.

Tabla 11. Porcentaje de pacientes que mejoran en los seis indicadores de uso de recursos[23].

	Total	Hombres	Mujeres
Está más satisfecho el/la profesional	95,7%	100,0%	95,0%
Dejan de usar múltiples pruebas complementarias	90,6%	100,0%	89,3%
Pacientes que están más satisfechos/as	90,0%	100,0%	88,9%
Dejan de hiprefrecuentar la consulta	83,3%	100,0%	81,3%
Dejan el policonsumo de fármacos	78,6%	75,0%	79,2%
Dejan de consumir psicofármacos	74,3%	66,7%	75,9%

El aumento de la **satisfacción** de profesionales y pacientes es el mejor resultado. En el **95,7%** de los casos, la profesional está más satisfecha; y el **90%** de los y las pacientes declara estar más satisfecho.

El **90,6%** dejan de usar **múltiples pruebas complementarias**.

El **83,3%** dejan de **hiperfrecuentar** la consulta de atención primaria.

El **78,6%** deja **el policonsumo de fármacos**.

El **74,3%** dejan de **consumir psicofármacos.**

Los porcentajes de mejoría de los indicadores son mayores entre los hombres, hallazgo reiterado que ya llamó la atención en anterior estudio de casos[24].

[23] Los criterios de medida para los indicadores han sido:

Hiperfrecuentación: más de 14 visitas al año.
Múltiples pruebas complementarias: más de las que el médico considera necesarias para el proceso de enfermedad del paciente.
Policonsumo de fármacos: más de 10 fármacos en los últimos 6 meses.
Consumo de psicofármacos: se consumen antidepresivos y/o ansiolíticos en el último año.
Escasa eficacia de los tratamientos habituales: si el profesional considera que la eficacia que se está obteniendo es escasa.
Insatisfacción del paciente: si el profesional percibe que el o la paciente está insatisfecho con los resultados de la atención que recibe.

[24] Evaluación de 432 casos en la Región de Murcia, ya citada.

Figura 19. Porcentaje de pacientes que han mejorado los indicadores de calidad antes y después de la intervención con el método BPS modificado. Mujeres. n=75 casos.

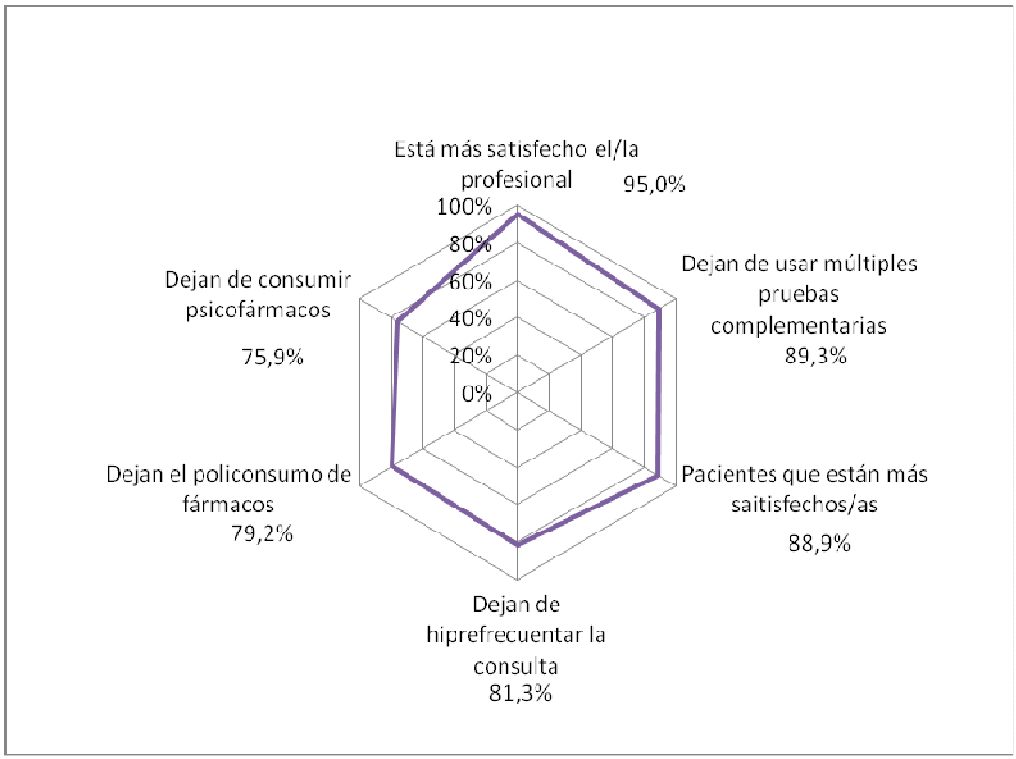
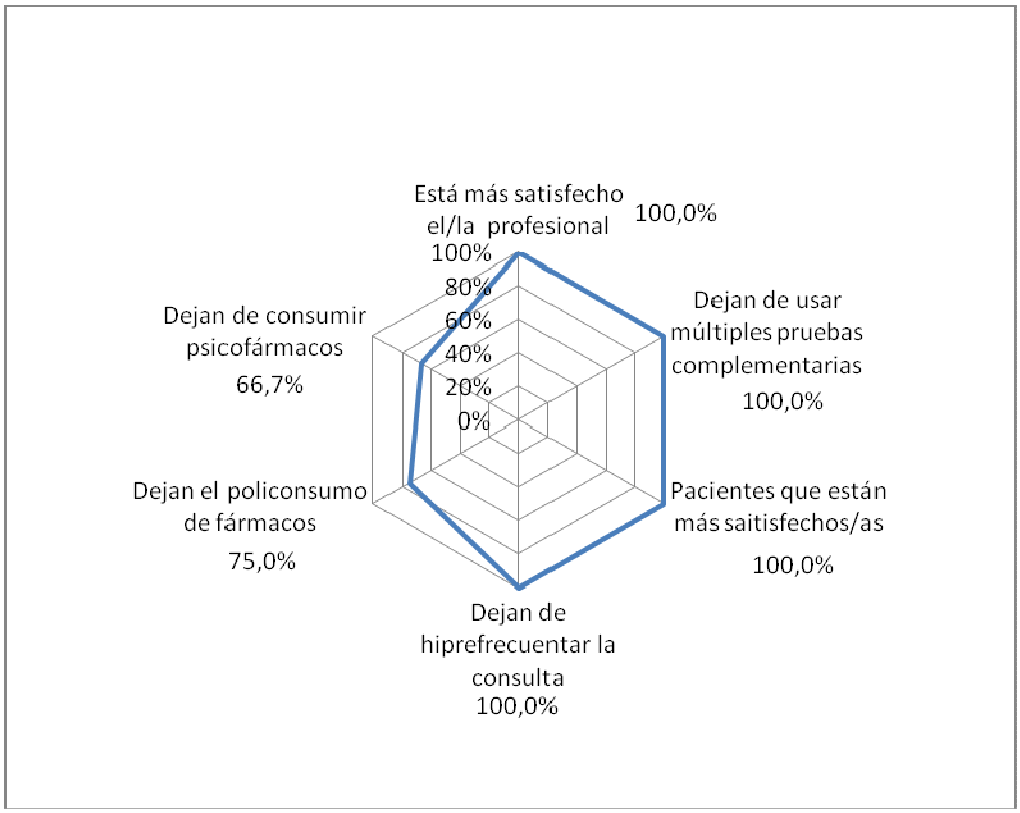


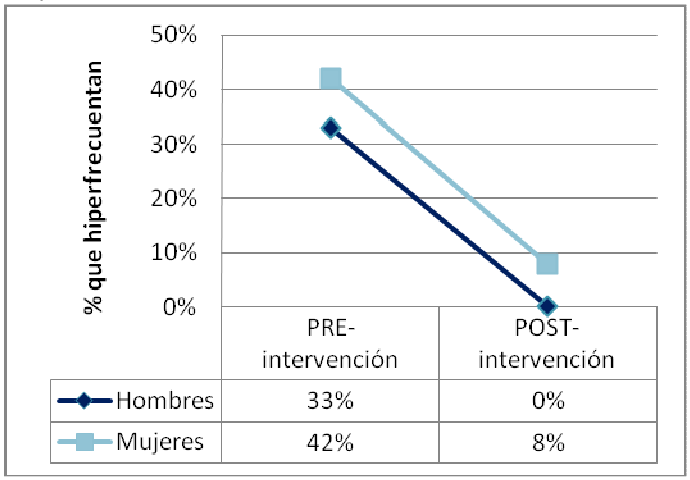
Figura 20. Porcentaje de pacientes que han mejorado los indicadores de calidad antes y después de la intervención con el método BPS modificado. Hombres. n=12 casos.



Los siguientes gráficos muestran los porcentajes de pacientes que hiperfrecuentaban, consumían fármacos, estaban insatisfechos antes y después de la intervención.

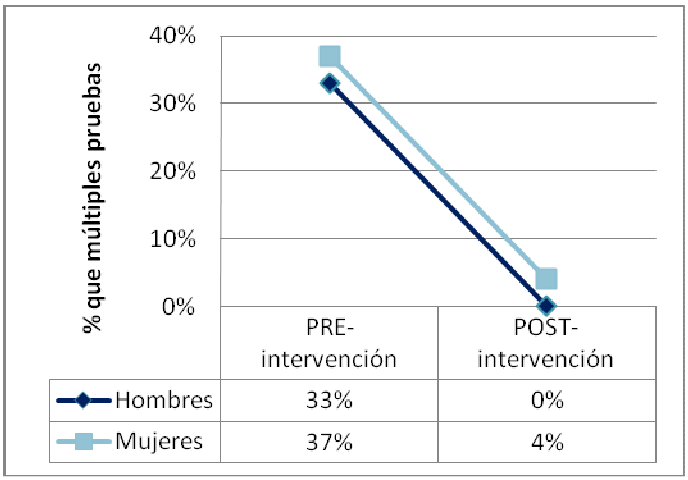
Figura 21. Porcentajes de pacientes que sobreutilizaban los recursos[25] antes y después de la intervención con el método BPS modificado. Mujeres N=75 casos; hombres n=12 casos**.**

Hiperfrecuentaban la consulta de Atención Primaria, antes y después



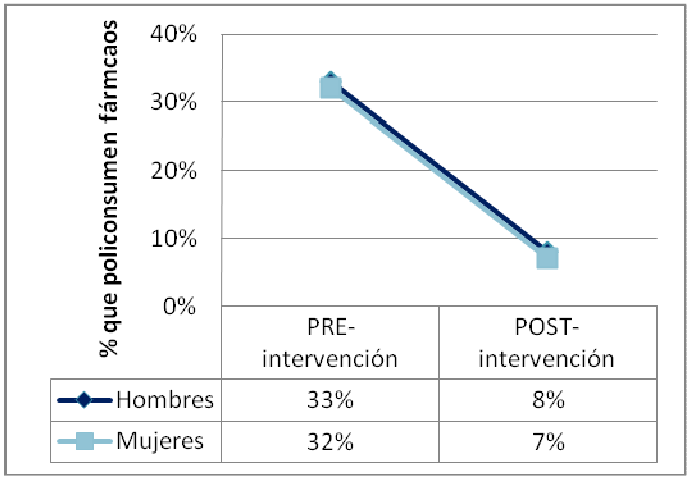
	PRE-intervención	POST-intervención
Hombres	33%	0%
Mujeres	42%	8%

Usaban Múltiples pruebas complementarias, antes y después



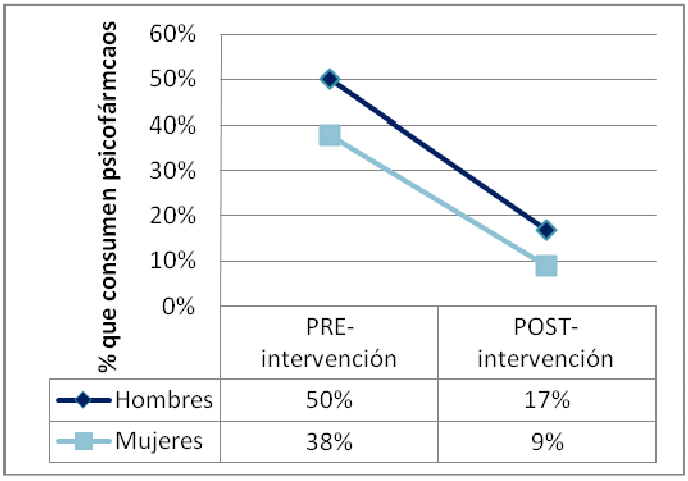
	PRE-intervención	POST-intervención
Hombres	33%	0%
Mujeres	37%	4%

Policonsumían fármacos antes y después



	PRE-intervención	POST-intervención
Hombres	33%	8%
Mujeres	32%	7%

Consumían psicofármacos, antes y después



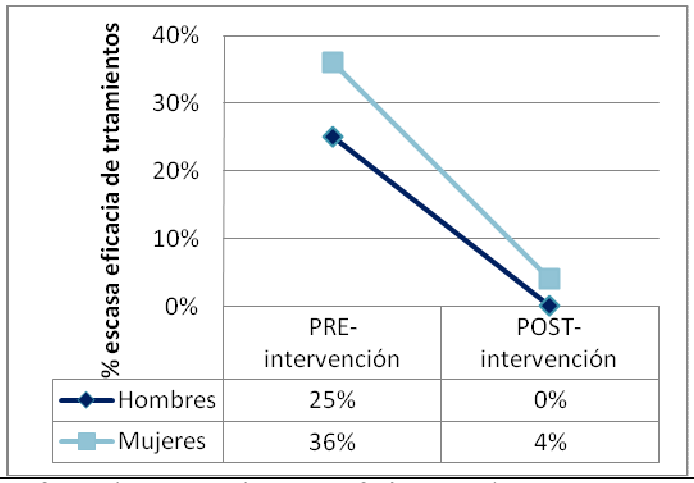
	PRE-intervención	POST-intervención
Hombres	50%	17%
Mujeres	38%	9%

[25] Criterios:

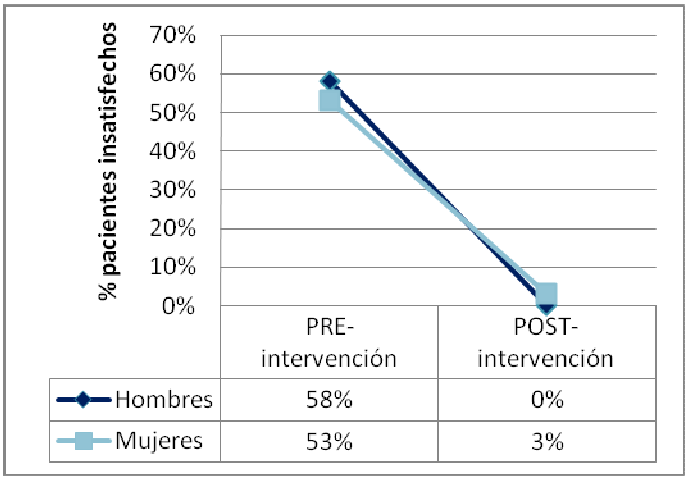
Hiperfrecuentación: más de 14 visitas al año.
Múltiples pruebas complementarias: más de las que el médico considera necesarias para el proceso de enfermedad del paciente.
Policonsumo de fármacos: más de 10 fármacos en los últimos 6 meses.
Consumo de psicofármacos: consume antidepresivos y/o ansiolíticos en el último año.
Escasa eficacia de los tratamientos habituales: si el profesional considera que la eficacia que se está obteniendo es escasa.
Insatisfacción del paciente: si el profesional percibe que el o la paciente está insatisfecho con los resultados de la atención que recibe.

Figura 21 (continuación). Porcentajes de pacientes que sobreutilizaban los recursos[26] antes y después de la intervención con el método BPS modificado. Mujeres N=75 casos; hombres n=12 casos**.**

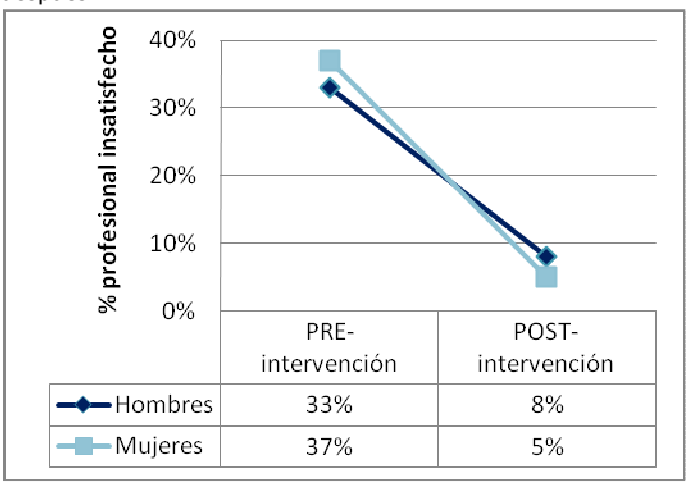
La profesional consideraba poco eficaces los tratamientos anteriores



Pacientes que estaban insatisfechos antes y después



Profesionales que estaban insatisfechos con el paciente antes y después



La mejoría de estos indicadores de calidad es muy acusada, tanto en mujeres como en hombres. Mejorarlos era uno de los objetivos del método clínico ensayado. Ya se había encontrado este resultado en la evaluación de Murcia y se vuelve a encontra aquí en las mismas magnitudes.

[26] Criterios:

Hiperfrecuentación: más de 14 visitas al año.
Múltiples pruebas complementarias: más de las que el médico considera necesarias para el proceso de enfermedad del paciente.
Policonsumo de fármacos: más de 10 fármacos en los últimos 6 meses.
Consumo de psicofármacos: consume antidepresivos y/o ansiolíticos en el último año.
Escasa eficacia de los tratamientos habituales: si el profesional considera que la eficacia que se está obteniendo es escasa.
Insatisfacción del paciente: si el profesional percibe que el o la paciente está insatisfecho con los resultados de la atención que recibe.

24. CONCLUSIONES SOBRE EL ESTUDIO DE CASOS

- Las profesionales que han realizado una **formación** de entre 40 y 100 horas sobre el método de atención biopsicosocial modificado con atención a la subjetividad y a los determinantes de género, diseñado para tratar los síndromes del malestar en atención primaria, son capaces de aplicar y alcanzar buenos resultados clínicos.
- Las profesionales encuentran las **mayores dificultades** en la parte más compleja del método: descifrar el inconsciente. Aún así, los y las pacientes mejoran, aún sin que la profesional llegue a completar los pasos más complejos.
- Se consigue **mejoría clínica** de los y las pacientes, tanto por cambios de actitudes que mejoran la esfera personal, familiar y social, como la mejoría de los síntomas. Todas las mejorías son mayores entre los hombres y las personas jóvenes tratadas.
- Mejora la **calidad de vida**, cuantificada con el test SF12 realizado antes y después de la intervención. Mejoran todas las dimensiones del test y para ambos sexos. Las medianas mejoran como mínimo en 25 puntos (puntuaciones de 0 a 100) a mejorías del máximo de 100 puntos.
- Las **dimensiones del test mejoran en este orden**: la mayor mejoría es en el **rol emocional** en ambos sexos (aumenta 100 puntos la mediana). Para las mujeres, siguen las funciones físicas, la salud mental, vitalidad, dolor corporal, función social y salud general. Y para los hombres, función social, función física, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general.
- Han mejorado **los indicadores de calidad de la atención**, disminuido la hiperfrecuentación, el uso de múltiples pruebas complementarias, el consumo de fármacos, -especialmente psicofármacos-, y ha aumentado la satisfacción de profesionales y pacientes.
- No se han encontrado empeoramientos o efecto adverso alguno, por lo que podemos decir que el método es eficaz e inocuo.
- Todos los resultados son concordantes con el estudio anterior realizado en Murcia en 2005 (seleccionado como experiencia de buenas prácticas por la Comisión Europea en 2008), con un número mucho mayor de casos clínicos (432 casos), pero en el que no se usó test de calidad de vida antes y después.
- Han sido limitaciones importantes para el estudio la imposibilidad de obtener casos control. Y la causa, las dificultades intercurrentes para mantener vinculados a los profesionales participantes por cambios organizativos y por los efectos de presión asistencial sufridos por la crisis económica.
- Líneas de investigación siguientes serían comprobar cómo se mantienen las mejorías en el tiempo y conseguir llevar a cabo un estudio de casos y controles.

25. CONCLUSIONES GENERALES DEL PROGRAMA

- El método BPS modificado con atención a la esfera psíquica y a los determinantes de género, así como sus fundamentos teóricos, son desconocidos previamente por los profesionales. Sin embargo, puede ser aprendido con una formación oscilante entre 40 y 100 horas docentes y con seguimiento de sesiones clínicas y tutorías. Así, puede ser aplicado a la clínica obteniendo buenos resultados.
- El método aplicado en estas condiciones, ha permitido alcanzar, en buena medida, los objetivos clínicos planteados. Se produce un cambio, que parece indeleble, en la práctica clínica de los profesionales, cambio consistente en la capacidad de percepción y manejo de los aspectos psíquicos y de la relación con los pacientes. Se obtienen siempre cambios en las actitudes internas de los y las pacientes que empiezan así a resolver sus problemas personales, familiares o sociales. Estos efectos, se siguen de consistente mejoría clínica, mejoría significativa en todas las dimensiones del test de calidad de vida (SF12), además de mejorar los indicadores de calidad y de uso de recursos (frecuentación, uso de pruebas complementarias, consumo de fármacos y psicofármacos) y mayor satisfacción de profesionales y pacientes.
- En consecuencia el método es viable en primaria, con un buen grado de eficacia.
- Se demuestra que los factores psicosociales asociados, localizados por los y las profesionales y tratados, son una causa principal de los síndromes del malestar.
- Se demuestra que la mejoría clínica se asocia también a los efectos causados sobre la subjetividad de los pacientes, es decir, que el componente psíquico está fuertemente asociado a los síndromes de malestar, confirmando el peso de su componente psicosomático.
- El método, bajo estas condiciones, es capaz de disminuir, en gran medida, el consumo de psicofármacos.
- Sin embargo, existen condiciones de dificultad que hay que vencer para la implantación del método y su sostenibilidad:
    - Compromiso de unidades de salud mental.
    - Continuidad de las sesiones y supervisiones de apoyo clínico para mantener vinculados a los y las profesionales y guiarles en la aplicación del método. Este puede quedar relegado en la práctica, si el profesional se siente solo o afronta una carga asistencial excesiva.
    - Diseñar estrategias de formación e implantación en los servicios.
    - Resolver la enseñanza de formación de formadores.
    - Compromiso mantenido de las instituciones y financiación.

26. BIBLIOGRAFÍA

AIARZAGUENA JM, ARIÑO J. D-E-P-E-N-A-S, hormonas y emociones: una guía práctica para el abordaje del malestar psicológico en atención primaria. *MediFam* 1999; 9(5): 310-316.

AIARZAGUENA, José Maria; GRANDES G, ALONSO-ARBIOl I, DEL CAMPO JL, OLEAGA MB, MARCO J. Abordaje biopsicosocial de los pacientes somatizadores en las consultas de Atención Primaria: un estudio piloto. *Aten Primaria* 2002;29(9):558-561.

ARIYO, Abraham A.; HAAN, Mary; TANGEN, Catherine M., "Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group, Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans", *Circulation.* 2000, 102, págs. 1773.

BORRELL I CARRIÓ, Francesc. "El modelo biopsicosocial en evolución", *Medicina Clínica,* Barcelona, 2002, 119(5), págs. 175-179.

BORRELL Francesc. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas*. semFYC, Barcelona 2004.

BURIN, Mabel; MONCARAZ, Esther; VELÁZQUEZ, Susana, *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós, 1991.

CABRIÁ, Ángeles; PLÁ, Margarita y cols., *Evaluación del Plan de Actuación Salud para las Mujeres 2004-2007*, Observatorio de Salud Pública, Gobierno de Cantabria.

CONDE, Fernando, Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En: DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995, págs. 53-66.

CONDE, Fernando. Evaluación del Programa de prevención del VIH /sida de transmisión heterosexual, 1997-2004. Instituto de la Mujer, 2004 [Inédito].

COVAS, Susana (coord.). *Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. Procesos facilitadores de su compromiso*. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

DE ONÍS, Mercedes y VILLAR, José, *La mujer y la salud en España. Informe básico*, Vols. I-IV, Madrid, Instituto de la Mujer, 1992.

DELGADO, Juan Manuel; GUTIÉRREZ, Juan (eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias Sociales*, Madrid, Síntesis, 1995.

DONADEBIAN, Avedis, "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?", *Jano*, 1989, 36(864), págs. 103-110.

DONADEBIAN, Avedis, "La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?", *Jano*, 1989, 36(864), págs. 103-110.

ENGEL, George, "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 1977, 196, págs. 129-136.

EPSTEIN, Ronald; MORSE, DS.; WILLIAMS, GC. y cols., "Clinical practice and the biopsychosocial model", en QUILL, TE. y cols., *The biopsychosocial model,* New York, University of Rochester, 2001.

EUROsocial. Informe de EUROsocial sobre experiencias de buenas prácticas en Europa en 2008. Disponible en: http://epic.programaeurosocial.eu/buscador/listado.php?page=2

GARCÍA-CAMPAYO, J.; SANZ-CARRILLO, C.; PÉREZ, MJ. y cols., "Trastorno por somatización en atención primaria: aspectos clínicos diferenciales", Medicina Clínica (Barc), 1995, 105, págs. 728-733.

GILBODY, Simon; BOWER, Meter, "Problemas psiquiátricos frecuentes en atención primaria: objetivos políticos y base de evidencia", en KANO, Martín y cols., *Salud Mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental*, Or-

ganización Mundial de la Salud, Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, 2007. Versión castellana: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, Mª Asunción. *Feminidad y masculinidad. Subjetividad y orden simbólico,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1998.

MALTERUD, Kirsti. "Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women", *Family Medicine*, 2000 Oct; 32(9), págs. 603-611.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, 2009.

MYKLETUN, Arnstein; BJERKESET, Ottar; DEWEY, Michael y cols., "Anxiety, Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study", *Psychosomatic Medicine, 2007,* 69, págs. 323-331.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Gender and women`s mental health. 2001*. Disponible en: www5.who.int/mental_health.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe de Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. [On line] www.who.org

SCHMIDT, Stefanie; VILAGUT, Gemma; GARIN, Olatz; CUNILLERA, Oriol; TRESSERRAS, Ricard; BRUGULAT, Pilar; MOMPART, Anna; MEDINA, Antonia; FERRER, Montse; ALONSO, Jordi. Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña *Medicina Clínica*, 2012, Volume 139, Issue 14, Pages 613-625.

SORIANO, Raúl. *Causas y consecuencias de la distribución por sexos del alumnado y cuerpo docente en programas de formación sobre género y salud. España, 2006-2012*. Trabajo final del Diploma de Salud Pública y Género, Escuela Nacional de Sanidad, 2012.

TIZÓN, Jorge Luís, *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.

VAN DEN BRINK-MUINEN, Atie, "Principles and Practice of Women's Health Care", *Women's Health Issues*, 1998a, 8, 2, Mar-Apr, págs. 123-130.

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 Igualdad, 2006. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/publicaciones/docs/Atencion%20biopsic%20malestar.pdf.

VELASCO, Sara. LÓPEZ DÓRIGA, Begoña. TOURNÉ, Marina. CALDERÓ, Mª Dolores. BARCELÓ, Inmaculada; LUNA, Consuelo. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria". *Feminismo/s.* Universidad de Alicante, 2007; nº 10.

VELASCO, Sara. *Evaluación del programa de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria. Formación. Área VII-Mieres.* Asturias, 2011. Disponible en: http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=e75c47159dcb6210VgnVCM10000097030a0aRCRD

VELASCO, Sara. Evaluaciones del Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria en el Área VII-Mieres. Asturias en Astursalud: http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnextoid=6edb94aa8e760310VgnVCM10000097030a0aRCRD

VELASCO, Sara. *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009, página 19. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/recomendVelasco2009.pdf*

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

27. ANEXOS

ANEXO I. Códigos CIE incluidos en síndromes del malestar

293.84	SÍNDROME DE ANSIEDAD
300.0	ESTADOS DE ANSIEDAD
300.81	TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN
300.9	TRASTORNO NEURÓTICO NO ESPECIFICADO
301.10	TRASTORNO AFECTIVO DE PERSONALIDAD NO ESPECIFICADO
307.6	ENURESIS
309.24	REACCIÓN DE ADAPTACIÓN CON HUMOR DE ANSIEDAD
309.9	REACCIÓN DE ADAPTACIÓN NO ESPECIFICADA
311	TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS
327.0	TRASTORNOS ORGÁNICOS DEL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIO ORGÁNICO]
338	DOLOR, NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS
564.1	COLON IRRITABLE
625	DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS DE ÓRGANOS GENITALES FEMENINOS
724.8	OTROS SÍNTOMAS CON LA ESPALDA COMO PUNTO DE REFERENCIA
728.87	DEBILIDAD MUSCULAR (GENERALIZADA)
729.1	MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO
780	SÍNTOMAS GENERALES
780.5	ALTERACIONES DEL SUEÑO
780.7	MALESTAR Y FATIGA
780.71	SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA
780.93	PERDIDA DE MEMORIA
780.96	DOLOR GENERALIZADO
784	SÍNTOMAS QUE AFECTAN A LA CABEZA Y CUELLO
784.0	CEFALEA
786.5	DOLOR TORÁCICO **(NO)** [786.51 DOLOR PRECORDIAL]
789.0	DOLOR ABDOMINAL
789.06	DOLOR ABDOMINAL EPIGÁSTRICO
799.3	DEBILIDAD NO ESPECIFICADA
799.9	OTRA CAUSA DESCONOCIDA/INESPECÍFICAS DE MORBILIDAD/MORTANDAD
V62.89	OTRO STRESS PSICOLÓGICO O FÍSICO NO CODIFICADO

ANEXO II. Cuestionarios

Cuestionario PRE-CURSO.

Mujer u hombre: ……..Edad:

Profesión: …….Centro de trabajo:…….

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

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

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

4. Observaciones:

Cuestionario POST-CURSO BÁSICO.

Mujer u hombre: ……..Edad:

Profesión: …….Centro de trabajo:…….

7. ¿Han variado en algo las ideas y dificultades que tenías sobre lo que les ocurre a los y las pacientes con síndromes de malestar? Coméntalas brevemente.
8. Qué aspectos nuevos te han impactado más, si los ha habido?
9. ¿Crees que te reportará beneficios? ¿Cuáles?
10. ¿Lo encuentras aplicable? ¿Has aplicado ya lo aprendido a tu práctica clínica?
11. ¿Dónde te parece que está la mayor dificultad del modelo?
12. ¿Te has encontrado bien en la experiencia del curso?
13. Estás dispuesta a seguir la formación en la siguientes parte para formadores/as?
14. ¿Estarías dispuesta/o a impartir esta formación? En caso afirmativo ¿En qué condiciones te gustaría hacerlo?
15. Observaciones:

CUROS BÁSICO DE FORMACIÓN DE FORMADORES/AS SOBRE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

EXAMEN

Nombre: ……..

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

1. Enuncia los bloques teóricos que has captado que son la base del método de atención biopsicosocial a los síndromes del malestar que hemos trabajado en el curso, y añade una corta frase que para ti resuma de qué trata cada bloque.

2. Expón esquemáticamente los componentes del método de atención biopsicosocial con inclusión de la subjetividad y el género.

3. Escribe los criterios de exclusión de para la intervención con el método de subjetividad de modelo de atención biopsicosocial al malestar en atención primaria.
4. Observaciones:

Muchas gracias

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Valencia, 27 de mayo de 2010

Don/Dña. ……

con DNI ……,

participante en el curso de ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL A TRASTORNSO MENTALES COMUNES, FIBROMIALGIA Y DOLOR SIN CAUSA ORGÁNICA, del Departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa, y de la segunda parte del mismo curso, dedicada a FORMACIÓN DE FORMADORES/AS, celebrado del 28 de abril al 2 de junio de 2010 en el CS República Argentina de Valencia,

ME COMPROMETO:

A guardar estricta confidencialidad sobre los casos clínicos que se analicen durante el curso, tanto respecto a la identidad de los y las pacientes, como la identidad de los y las profesionales que los presenten, como sobre los contenidos de dichos análisis de casos.

La única salvedad de comunicación será sobre casos clínicos que un profesional atiende también con otro u otros profesionales del EAP. En este caso podrán hablar del caso para valorar su marcha y estrategias clínicas, como una de las fórmulas de trabajo en equipo.

Fdo.:

Recoge el compromiso la Dra. Sara Velasco Arias, Coordinadora académica y docente del curso.

AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN PÚBLICA DE MATERIAL DIDÁCTICO
CURSO DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL A TRASTORNOS MENTALES COMUNES, FIBROMIALGIA Y DOLOR SIN CAUSA ORGÁNICA,

Valencia, 2 de junio de 2010

Por una parte, Don/Dña. ……..

con DNI…….. ……..Participante en el curso de FORMACIÓN DE FORMADORES SOBRE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL A TRASTORNOS MENTALES COMUNES, FIBROMIALGIA Y DOLOR SIN CAUSA ORGÁNICA, de la ESCUELA VALENCIANA DE ESTUDIOS DE SALUD, impartido desde el 24 de mayo al 2 de junio de 2010.

Por otra parte, SARA VELASCO ARIAS, DNI. 02188287-K, coordinadora académica del curso y docente del mismo, en calidad de autora del curso y de las publicaciones entregadas (Atención Biopsicosocial al Malestar de las Mujeres, Instituto de la Mujer, 2006; Recomendaciones para práctica clínica con enfoque de género. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Recomendaciones para aplicar el enfoque de género en programas de salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008; Sexos, género y Salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid, Minerva Ediciones, 2009).

Así mismo, autora de las presentaciones didácticas de diapositivas en Power Point, cuyo título genérico es "Programa de Atención Biopsicosocial al Malestar en Atención Primaria", dividido en 8 módulos temáticos. Todo este material está registrado en el registro de propiedad intelectual, y sujeto a los derechos de autor según el Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual.

ACUERDAN:

La **cesión del derecho a la comunicación pública del material didáctico**, en forma de presentación Power Point para impartir talleres sobre el tema en su centro de salud, como actividad para la que ha sido formada y dentro del PROGRAMA DE ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL AL MALESTAR EN ATENCIÓN PRIMARIA. TRASTORNOS MENTALES COMUNES, DOLOR Y SOMATIZACIONES, del Departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa en 2010.

Para el uso o comunicación pública en otros espacios distintos a los de este acuerdo (otros cursos, jornadas, congresos, seminarios, etc.) deberá pedirse autorización expresa a la autora.

Explícitamente, **no se ceden derechos de transformación, reproducción o edición** por cualquier medio (papel, electrónico, internet o cualquier otro).

En todos los casos, tanto en el uso de las presentaciones de diapositivas, como de la cita o referencia a partes del material publicado, ya sea en material visual digital, como publicaciones, deberá respetarse el derecho de cita de la autora, citándose la referencia completa de la correspondiente publicación.

Fdo.: Sara Velasco Arias
Autora docente

Fdo.:
Discente Formador/a

ANEXO III. Preguntas del test de calidad de vida SF12

SG Salud General:

Pregunta 1. Salud general: En general, usted diría que su salud es:

FF. Función física:

Pregunta 2. Su salud actual ¿le limita para hacer esfuerzo a moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Pregunta 3. Su salud actual ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

RF. Rol Físico:

Pregunta 4. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

Pregunta 5. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer y tareas de su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

RE. Rol Emocional:

Pregunta 6. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso?

Pregunta 7. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso?

DC. Dolor Corporal:

Pregunta 8. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

SM. Salud Mental:

Pregunta 9. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia se sintió calmado y tranquilo?

Pregunta 11. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia se sintió desanimado y triste?

VT. Vitalidad:

Pregunta 10. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia tuvo mucha energía?

FS. Función Social:

Pregunta 12 Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?