

**CONSEJERÍA DE SALUD
COMUNIDAD AUTÓNOMA REGIÓN DE MURCIA**

**PIAM
PROGRAMA INTEGRAL ATENCIÓN MUJER
*ATENCIÓN AL BIENESTAR BIOPSIKOSOCIAL
DE LAS MUJERES***

AUTORÍA

Coordinadoras:

- Gea Serrano, Amor. Trabajadora Social Centro Salud de Santomera y Centro de Salud de Espinardo.
- Jiménez Pérez-Muelas, Juana Teresa. Trabajadora Social Centro Salud Barrio El Carmen y Centro de Salud Floridablanca.

Comisión elaboradora:

- Corrales Rodríguez, Gemma. Matrona. C.S. Torre Pacheco Oeste (Antonio Cózar)
- Garriga Puerto, Ascensión. Psicóloga Clínica. Unidad de Docencia, Investigación y Formación de Salud Mental. Gerencia de Salud Mental.
- Gil Sánchez, Alfonso. Ginecólogo. Psiquiatra Centro de Salud Mental Adultos Molina de Segura.
- López Benavente, Yolanda. Enfermera. Subdirección General Programas, Cuidados y Cronicidad. Servicio Murciano de Salud
- Marín López, Josefina. Médica de Familia. Subdirectora General Programas, Cuidados y Cronicidad. Servicio Murciano de Salud
- Muñoz, Nieves. Matrona. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano
- Palazón Rodríguez, Josefa Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Infante.
- Piqueras González, Remedios. Enfermera. Responsable de Enfermería del Centro de Salud Bº del Carmen
- Sánchez Bahillo, Ángel. Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Cartagena.

REVISIÓN DEL PIAM 2018. SUBPROGRAMA ATENCIÓN AL BIENESTAR BIOPSIKOSOCIAL DE LAS MUJERES

ATENCIÓN AL BIENESTAR BIOPSIOSOCIAL DE LAS MUJERES

INDICE

- 1.- SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO**
- 2.- OBJETIVOS**
- 3.- POBLACIÓN DIANA**
- 4.- ESTRATEGIAS DE DETECCIÓN Y ATENCIÓN**
 - 4.1.- ATENCIÓN INDIVIDUAL**
 - A.- Detección: exploración psicosocial.**
 - B.- Ante la demanda manifiesta: atención a los síntomas.**
 - C.- Ante la demanda latente: la escucha**
 - D.- Atención interdisciplinar, coordinación sociosanitaria.**
 - E.- Atención a la Violencia de género**
 - 4.2.- ATENCIÓN GRUPAL**
 - 4.3.- ATENCIÓN COMUNITARIA.**
 - 4.4.- INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL**
- 5- REGISTRO DE ACTUACIÓN**
- 6.- EVALUACIÓN**
- 7- BIBLIOGRAFÍA**
- 8.- ANEXOS**

1.- SITUACIÓN Y ATENCIÓN ACTUAL DEL PROCESO.

Desde la publicación y puesta en marcha del Programa de Atención Integral a la Mujer en la Región de Murcia (PIAM), se siguen implantando de forma progresiva los diferentes subprogramas de que consta en las nueve Áreas de Salud. El primero de ellos, ahora denominado **“Atención al Bienestar Biopsicosocial de las Mujeres”** requiere de un especial cuidado en su implementación, al plantear un nuevo paradigma de intervención sanitaria.

Atención al Bienestar Biopsicosocial de las Mujeres



Este Subprograma tiene como objetivo **promover la salud de las mujeres**, detectar el malestar psicosocial e intervenir sobre los síntomas y sus causas mediante una escucha adecuada y trabajando la propia mujer con el/la profesional, los diferentes aspectos biopsicosociales con una perspectiva de género. Este subprograma se plantea como una acción transversal a todos los demás subprogramas del PIAM.

En esta revisión se propone una nueva visión del mismo, cambiando el título a otro que integra a **“todas” las mujeres**, siendo el objetivo **la búsqueda del bienestar** desde ellas mismas, con la ayuda de los/as profesionales y contando con los diferentes recursos personales y sociales. Este nuevo enfoque ya está siendo contemplado por profesionales expertas, como Fina Sanz que proponen un cambio de perspectiva: “un modelo de convivencia desde y para el «buen trato». El buen trato ha de crearse en un espacio personal, relacional y colectivo, cuestionando creencias antiguas, valores y comportamientos que reproducen de forma consciente o inconsciente el maltrato” (1).

Este subprograma pretende incorporar de forma consciente el patrón diferencial respecto a la forma de enfermar y morir de las mujeres, debido a las distintas asignaciones socio-culturales de género. Tal es así, que se hace imprescindible tener en cuenta los factores que pueden influir tanto en la fisiología como en la psicología de las mujeres, como son el contexto socioeconómico y cultural, los acontecimientos vitales y el significado subjetivo de las experiencias vividas, lo que nos permitirá ofrecer una atención integral de las mismas.

Las diferencias socialmente asignadas a cada uno de los sexos producen desigualdades que repercuten en un menoscabo en la salud, desarrollo y bienestar de las mujeres respecto a los hombres. Esta diferenciación social de género es necesario contemplarla en todos los programas.

La aparición de signos y síntomas asociados a los factores de género que influyen en los procesos de las mujeres, darían lugar al denominado “**síndrome del malestar**” y que Sara Velasco define como “el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable” (2).

Para poder ofrecer esta atención integral, aprovechando todos los recursos necesarios, es imprescindible una colaboración estrecha entre profesionales, tanto de Atención Primaria, Hospitalaria y Salud Mental, así como una efectiva **coordinación** socio-sanitaria.

A lo largo de todo el Subprograma, cuando se utiliza el término profesional, se refiere a todas las categorías laborales: medicina, enfermería, trabajo social, psicología clínica, fisioterapia, matronas, celadores, auxiliares, etc.

2.- OBJETIVOS.

Objetivo general:

Incorporar el abordaje biopsicosocial y de género en la atención a las mujeres, en el Servicio Murciano de Salud, para procurar su máximo Bienestar.

Objetivos estratégicos:

- **Sensibilizar a profesionales** en el abordaje integral a las mujeres para que puedan percibir sus necesidades emocionales, físicas, psicológicas y sociales.

- **Formar a profesionales** en el abordaje biopsicosocial con perspectiva de género.
- **Detectar precozmente los factores psicosociales y de género** que pueden estar interviniendo en los procesos de enfermar de las mujeres.
- **Atender a las mujeres considerando los factores psicosociales**, acompañándolas en la toma de decisiones libres e informadas en relación a su bienestar.
- **Fomentar el uso adecuado de los recursos** sociosanitarios disponibles para conseguir una atención de calidad a las mujeres.

3.- POBLACIÓN DIANA.

Todas las mujeres atendidas en el Servicio Murciano de Salud, con independencia de que soliciten atención para ella u otra persona, y en particular, aquellas que presenten ciertos “signos de alarma”. Estos signos de alarma pueden ser un malestar anímico o síntomas somáticos sin causa orgánica demostrable cuyo origen son factores psicosociales y/o de género (sobrecarga de tareas, acontecimientos vitales estresantes, violencia de género, etc.).

4.- ESTRATEGIAS DE DETECCION Y ATENCIÓN.

4.1. ATENCIÓN INDIVIDUAL

A. DETECCIÓN. EXPLORACIÓN BIOPSIOSOCIAL.

La relación profesional-mujer es un encuentro entre personas, donde la entrevista es la pieza clave para la detección precoz de los aspectos psicosociales que podrían pasar desapercibidos. Los momentos iniciales de este encuentro, ya suponen la adopción de una o más decisiones sobre la respuesta terapéutica en los que la mujer ya debe implicarse de forma activa. La mujer tendrá un nuevo papel en esta relación; ya no es una simple receptora pasiva de la información proveniente del/la profesional, sino protagonista activa que trabajará junto a éste para alcanzar fines comunes.

Para que la mujer pueda contestar con tranquilidad y sin ningún tipo de presión **la entrevista de la exploración se procurará realizar a solas**, con independencia de que se mantengan otras entrevistas acompañada. Si acudiera acompañada, para evitar herir susceptibilidades se podrá comentar que “necesitamos que nos conteste a alguna pregunta a solas” y/o que “esto se hace así siempre en todos los casos”. Si la persona que la acompaña insiste en

estar presente, deberíamos dejar las preguntas para la siguiente entrevista programada, especialmente si preguntamos sobre violencia de género y aprovechar para observar la situación. En caso de dificultades en el idioma se le puede proponer que acuda con una traductora de confianza.

La relación profesional-mujer en la entrevista clínica basada en lo biopsicosocial, debe cumplir tres condiciones básicas, que son:

a) **Establecer una relación integral profesional-mujer**, la posibilidad de escuchar lo que es significativo para ella, es integrar las demandas explícitas (orgánicas) e implícitas (biografía, acontecimientos vitales significativos, factores psicosociales y subjetivos asociados a la enfermedad...), posibilitando que cambie actitudes. Esto es posible creando un vínculo entre personas.

Ejemplo: En una consulta de ecografía ginecológica, una médica recibe a una paciente que relata una historia de dolor pélvico. La paciente está preocupada, ha pasado por varios especialistas (Atención primaria, Aparato Digestivo, Urología, Ginecología), por lo que se siente y se expresa de forma confusa, nerviosa, relata desordenadamente los síntomas que cada profesional ha valorado de forma diferente... La médica podría centrarse sólo en los síntomas biológicos objeto de la demanda explícita (dolor pélvico), no interesándose por conocer quién es la paciente, no mirándola, no implicándose con ella y girándose hacia la pantalla del ecógrafo cuando la paciente dice algo de su vida personal o manifiesta su angustia. Esto sería ignorar la posible demanda implícita, impidiendo la expresión de lo psicosocial (dificultades laborales, familiares y conyugales, preocupación, tristeza, malestar...), y dificulta que se establezca una relación integral profesional-paciente. Sin embargo, lo que hace es escucharla tratando de conectar con ella y dejando que exprese lo que le genera angustia. Manteniendo una mirada atenta cuando la paciente comenta que desde que su hermana falleció por un cáncer de mama, ha perdido su trabajo y está atravesando una crisis de pareja, el dolor ha empeorado. Le devuelve una pregunta sobre cómo le está afectando a ella, señalándole que existe una preocupación de persona a persona y que se puede crear un vínculo entre ambas. Ya no sólo hablan del dolor pélvico, sino que reconoce que el proceso de enfermar es complejo e intervienen también aspectos psicosociales. Escuchándola con atención es posible que la paciente se dé cuenta y pueda después responsabilizarse de ello. Se establece una relación no sólo "técnica", sino también "humana", que permite dar un significado integral a los hechos biológicos y biográficos asociados, facilitando ya una intervención posterior por parte de otros profesionales.

b) **Atención centrada en la mujer**, es decir se pregunta y escucha qué le pasa: a qué lo atribuye, con qué lo relaciona y qué cree que podría hacerse para cambiarlo. Siendo por lo tanto ella quien aporta la fuente del conocimiento en la entrevista y no sólo el/la profesional.

Ejemplo: Una mujer consulta por dolores de cabeza, frecuentes e intensos. Su médico/a centra la exploración en los síntomas físicos, haciéndole preguntas concretas dirigidas exclusivamente al dolor de cabeza, las características del mismo, si cursa con vómitos, si es de tipo tensional, etc., con la finalidad de descartar o confirmar patología orgánica. Si la paciente hace algún comentario como que piensa demasiado las cosas y se preocupa por todo, el/la médico no prestará atención y seguirá interrogando sobre lo explícito, es decir, sobre la queja somática de la mujer. La entrevista va dirigida por el interés del médico/a hacia el cuerpo físico, no hacia la paciente, por lo que dejará de lado cualquier otro aspecto subjetivo de la misma. El resultado de una intervención así sería probablemente medicar para el alivio sintomático y/o su posible derivación a otro especialista. Pero si el/la médico centra la atención en la paciente, el rumbo de la entrevista puede ser otro. Preguntaría a la mujer a qué atribuye sus dolores de cabeza, cómo se siente cuando los padece, qué cosas pueden estar ocurriendo a su alrededor que le preocupan y a las que les da vueltas en su cabeza, qué hace para que se le alivie, si hace crítica a su forma de ser que la lleva a preocuparse por todo. Con independencia de que se descarte o confirme causalidad orgánica al síntoma de la mujer, si centramos la entrevista en su persona abre la posibilidad de que tome conciencia de aspectos de sí misma relacionados con el síntoma que la lleve a responsabilizarse de ellos y abra en ella la posibilidad de cambiar, así como de recibir ayuda por parte de otros/as profesionales.

c) **Tener presente e identificar los procesos de vulnerabilidad de género** como potenciales determinantes asociados a la enfermedad (Anexo II. Roles y estereotipos de género y Anexo III Necesidad de incorporar el análisis de género en las consultas de Atención Primaria). Por ser más vulnerables al maltrato, van a requerir una atención especial las mujeres embarazadas, las que tienen una discapacidad física, psíquica o sensorial, las mujeres inmigrantes, de minorías étnicas, las mujeres que viven con el VIH, las que se encuentran en situación de exclusión social o las que viven en entornos rurales”.

Emilce Dio Bleichmar (3) destaca los siguientes roles tradicionalmente asociados a la feminidad:

- **Dependencia**
- **Pasividad**
- **Falta de firmeza o asertividad**

Gran necesidad de apoyo afectivo

- **Baja autoestima o indefensión**
- **Incompetencia**

Ejemplo: Una mujer que en las primeras semanas de embarazo presenta unos vómitos incoercibles, con pérdida de peso y estrés, se puede abordar sólo desde el lado biológico y centrar la intervención en la dieta y en la medicación. Pero, para tener más eficacia, habría que conocer cómo es su forma de vida y descubrir, por ejemplo, que es una inmigrante que acaba de volver de su país, que desconoce el idioma, sin relaciones sociales, ama de casa, con graves dificultades socioeconómicas, sobrecargada por el cuidado de dos hijos muy pequeños, con una pareja que no le brinda ayuda en estas tareas, que la mantiene aislada en casa y tiene problemas con el alcohol. Su ideal de buena mujer tradicional depende de seguir cuidando a sus hijos y obedeciendo de forma pasiva a su marido. Y este modo de vida, determinante psicosocial de género, está en el origen y en el mantenimiento de su proceso biológico, por lo que es crucial reconocerlo e incluirlo en la intervención clínica, si queremos resolver la clínica que presenta la paciente.

Se propone una **breve entrevista que facilitará la exploración de los factores de riesgo psicosocial**. Sin embargo, puede ser útil cualquier otra herramienta o entrevista, individual o familiar, incluso sólo alguna de las preguntas propuestas y ello dependerá de nuestra formación como profesionales, de las características de la paciente, del conocimiento previo que tengamos de ella y del contexto en el que trabajemos; ya que no es lo mismo un Servicio de Urgencias que una consulta de Atención Primaria, donde tendremos la oportunidad de otras citas para completar la exploración y realizar un seguimiento. No obstante, con independencia del lugar donde trabajemos, el **enfoque biopsicosocial es el modelo de intervención propuesto**. Así mismo, es importante realizar en el momento y forma que el/la profesional considere oportuno, un cribado de Violencia de Género a todas las mujeres, ya que no existe perfil previo de mujer maltratada, y este es uno de los factores de riesgo psicosocial más determinantes en la salud de las mujeres.

Por lo tanto, se propone realizar una **exploración básica** sobre:

- Acontecimientos Vitales Estresantes Vividos (Anexo IV).
- Valoración de Redes de apoyo significativas: familiares y sociales
- Screening del Malestar psicológico con Preguntas Whooley (4).
- Cribado de Violencia de género: Versión corta del Woman abuse screening tool (5)

BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL (ANEXO V)

1.- ¿Ha vivido algún acontecimiento en los últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?

2- ¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

3-¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?

4- ¿En el último mes ha sentido a menudo que no tiene interés por las cosas o que no las disfruta?

(Si la mujer responde sí a cualquiera de estas dos últimas preguntas, hacer la siguiente:)

5.- En relación con esto ¿Siente que necesita o quiere ayuda?.

Cribado de Violencia de género

1.- En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

-mucha tensión. - alguna tensión -sin tensión

2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

-mucha dificultad. - alguna dificultad -sin dificultad

3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: ¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

Si existe dificultad a la hora de realizar la exploración psicosocial, se aconseja realizar consulta a la Trabajadora Social del C.S., valorarlo en una reunión en el EAP como discusión de casos clínicos, y/o realizar consulta a los/las profesionales del Centro de Salud Mental de referencia.

Tras la exploración realizada, será el criterio del profesional quien determine la posterior intervención, seguimiento y/o derivación.

Para reflexionar sobre si nuestro modelo de intervención ha sido biopsicosocial el/la profesional puede hacerse algunas preguntas clave (ANEXO VI Preguntas clave para reflexionar sobre el uso del modelo de intervención biopsicosocial)

B. ANTE LA DEMANDA MANIFIESTA: ATENCIÓN A LOS SÍNTOMAS

Hacer intervenciones sintomáticas sin “poner encima de la mesa” la relación entre los síntomas de la mujer y su situación psicosocial, favorece la iatrogenia y la sobre-medicación, contribuyendo a la opacidad de los problemas y generando la cronicidad del sufrimiento y un gasto sanitario inútil. Por tanto, proponemos la siguiente intervención para atender los síntomas.

- 1. Promover la empatía en el encuentro con la mujer** para establecer las bases de una negociación tanto sobre la comprensión del síntoma como del abordaje terapéutico. Para ello nos pueden ayudar frases como *“entiendo que esté preocupada, me hago cargo de lo difícil de la situación”*.
- 2. Realizar anamnesis adecuada de los síntomas** (6). No negar la sintomatología. Procurar que la paciente se sienta comprendida y que sus quejas orgánicas sean suficientemente atendidas. A la vez que se atiende la demanda manifiesta (el síntoma), hacerse cargo de la demanda latente aunque aún no se satisfaga. Pueden ser de gran utilidad las clásicas pero importantes preguntas: *¿desde cuándo se siente así?, ¿cuándo aparecieron los síntomas? ¿a qué atribuye los síntomas?”*.
- 3. Contener la urgencia del síntoma** y evitar realizar pruebas y derivaciones al especialista innecesarias, incorporando la **negociación**. Esta puede ser del tipo:

“esta prescripción puede aliviar el síntoma pero sabemos que no solucionará los problemas que me has comentado y es necesario que pienses si estás dispuesta a recibir otro tipo de ayuda para estar mejor”

“aunque lo que más te preocupa ahora es aliviar el síntoma con esta medicación, es muy importante que pienses en todo lo que hemos hablado, cómo los aspectos emocionales pueden contribuir en la causa de tu malestar físico y psicológico. Te propongo que acudas de nuevo a una cita programada y/o que acudas a la consulta de la Trabajadora Social del Centro de Salud o Enfermera/o del Centro de Salud para que explore tus hábitos de vida y así conocer su opinión profesional y propuesta de tratamiento”
- 4. Evitar diagnósticos de complacencia** del tipo: “artrosis, cervicales”,... La paciente se aferrará a estos diagnósticos que la colocará en una posición o rol de pasividad (6). En todo caso, siempre será necesario realizar una escucha activa para completar el diagnóstico con los factores psicosociales que la mujer presente.

- 5. Si la paciente presenta una sintomatología ansioso depresiva**, se ha de tener especial cuidado con la prescripción de psicofármacos como única terapia (sobre todo benzodiacepinas) que en muchos casos no resuelve el problema y tan sólo puede añadir otro más como la dependencia (6). En caso necesario recurriremos a la medicación. Si la paciente solicita los psicofármacos, podemos responder:

“Antes de recetarte la medicación que me pides, es importante saber si ese tratamiento es el más adecuado para ti en este momento. Para ello, es necesario conocer tus hábitos de vida o tu dinámica cotidiana...”

“si te parece vamos a valorar otras alternativas de tratamiento más adecuadas a la sintomatología que presentas. Voy a derivarte a la consulta de la Trabajadora Social del Centro de Salud o Enfermera/o del Centro de Salud para que explore tus hábitos de vida y así conocer su opinión profesional y propuesta de tratamiento”

“si te parece, vamos a esperar a una siguiente consulta para recetarte la medicación que me pides. Vamos a explorar tus hábitos de vida y a intentar otras alternativas de tratamiento posibles y con menos contraindicaciones: técnica de relajación, ejercicio, alimentación...”

- 6. Evitar atribuir sistemáticamente cada síntoma a enfermedad mental.**

No precipitarse en la atribución psicológica de los síntomas. Hay que valorar a la mujer, la sintomatología que presenta, y recordar que la paciente con malestar psicosocial invariablemente morirá de una causa orgánica.

- 7. Curar lo curable, aliviar lo aliviabile, evitando sobretratar e infantilizar.**

En ocasiones es necesario “normalizar cierto sufrimiento” que corresponde con circunstancias o acontecimientos de la vida cotidiana y del ciclo vital personal y familiar; ayudando a afrontar los padecimientos que no pueden ser solucionados. Ante la sintomatología asociada a duelos, pérdidas de empleo, separación de pareja, fallecimientos...,etc., es importante dedicar un tiempo de la consulta a explicar los procesos del duelo, las diferentes etapas con sintomatología asociada, normalizar dicha sintomatología, los tiempos probables de recuperación, así como establecer un seguimiento mediante citas programadas.

- 8. Desenfocar los síntomas para permitir la emergencia de la demanda latente.** Este punto se desarrolla más detenidamente en el siguiente apartado del Subprograma; no obstante, recordamos la importancia de emplear al menos la mitad del tiempo de consulta, a demanda o

programada, en la **escucha biopsicosocial**, observando el lenguaje verbal y no verbal y atendiendo otros aspectos del discurso emitido por la paciente como su coherencia y/o contradicciones, silencios, implicaciones, dobles sentidos, etc. Escucharemos si en su discurso existen condicionantes de género (Anexo II Roles y estereotipos de género) y (Anexo III Necesidad de incorporar el análisis de género en las consultas de Atención Primaria), e intentaremos devolvérselos con respeto, para facilitar en la paciente su propia reflexión y que sea ella quien los analice y correlacione con la sintomatología. En las visitas de seguimiento resaltaremos los aspectos positivos y alabaremos progresos:

“es magnífico que hayas comenzado a ir al Centro de la Mujer”

“es muy importante que hayas decidido hacer lo que llevas años pensando, que hayas vuelto a la actividad”,

“¿a qué crees que se debe tu mejoría, qué has hecho o has dejado de hacer?”

” parece una coincidencia que hayas comenzado a mejorar desde que vas al Centro de la Mujer o has empezado a... ¿qué piensas sobre esto?...”.

9. Activar la reflexión del/la profesional para evitar sesgos y abordajes terapéuticos reduccionistas. Ciertos aspectos psicológicos, cognitivos, culturales, familiares, así como la formación académica del/la profesional, pueden conducir a problemas como los siguientes: sobre-prescribir de manera automática obviando otros abordajes alternativos o por limitaciones autoimpuestas por las propias deficiencias estructurales y organizativas del sistema; negar aspectos psicosociales o sobre-psicologizar, para facilitar el abordaje evitando la tensión que supone el manejo de la complejidad del caso o para evitar sentimientos de frustración e impotencia en el/la profesional; etc.

C. ANTE LA DEMANDA LATENTE: LA ESCUCHA

Cuando salen a la luz factores psicosociales que tienen relación con los síntomas, el reconocimiento de los mismos por parte de la mujer no siempre es posible inmediatamente. **Mecanismos de negación**, de identificación con roles de género estereotipados, entre otros motivos puede impedir ver por su parte lo que otros sí ven. La fase en la que se encuentre la mujer para el cambio es un factor muy importante que tenemos que tener en cuenta para saber desde qué lugar hay que trabajar (Anexo VII Mujeres y procesos del Cambio). Así mismo, cuando realizamos abordajes biopsicosociales, podemos ser testigos de situaciones de sobreesfuerzo, indefensión, violencia que con frecuencia nos llevan a **sobre-identificarnos** con la indefensión de las mujeres y a “lanzarnos”

a tomar decisiones por ellas, repitiendo modelos de poder y control (revictimización). Para intervenir adecuadamente es necesario que la mujer vaya tomando conciencia de la relación entre síntomas y factores psicosociales y de la responsabilidad subjetiva de las decisiones que va tomando en su proceso sin delegar en los/las profesionales. **No se trata de vencer sus resistencias, sino de entender las razones por las que muestra sus resistencias e incluso cómo aprovechar estas dificultades para el proceso.**

La intervención debe **aumentar la autonomía de la mujer y no generar mayor dependencia**. Se cree en las potencialidades de la mujer, ayudándole a tomar conciencia y a desarrollarse, sea cual sea su estado.

Preguntamos y queremos saber para actuar; los/las profesionales más allá de la escucha activa, nos colocamos en **posición de acompañamiento**, revisando y renovando las formas y métodos de trabajo, para dar una atención integral y personalizada. No se trata de “incorporar”, de forma directiva, “tú lo que tienes que hacer...”, sino de ayudar a hacer posible que la persona ponga en marcha su propio proceso de cambio, desde la posición del “acompañamiento”. La recuperación será un proceso de **cambio a su propio ritmo**, que permita a la mujer verse de otra manera y gestionarse su vida de otro modo. Mediante este proceso de escucha, acompañaremos a la mujer y el **control por parte del/la profesional ha de ejercerse sobre el proceso y no sobre la mujer**.

El acompañamiento establece una relación de ayuda donde se debe manifestar un **compromiso de confidencialidad** respecto a la información recogida, donde se busca una comprensión de su biografía, el entendimiento de su presente y la proyección de su futuro.

Además de la escucha, será preciso en numerosas ocasiones realizar además una **contención emocional**. La paciente necesita sentirse acogida, respetada y apoyada en la búsqueda de soluciones a su problema. En este proceso, los síntomas pueden ser reinterpretados conjuntamente por la paciente y el/la profesional de la salud. Esta contención requiere:

- Acoger la posible ansiedad y angustia.
- Tolerar expresiones emocionales o relatos perturbadores.
- Mostrar una actitud corporal abierta y tranquila.
- Mantener la mirada y algún contacto emocional.
- Poner límites a lo que puede ser atendido y evitar que profesional o paciente se vean desbordados por el despliegue emocional.
- Evitar el recurso mecánico “al consejo” que refuerza la posición de autoridad del profesional e “impotentiza” o “infantiliza” a las mujeres.

Para facilitar la escucha hay que favorecer inicialmente **encuentros periódicos y programados** con la frecuencia ajustada a las necesidades más o menos urgentes de cada mujer, donde **deberá cuidarse el espacio, el tiempo y la tarea** en la consulta sin interrupciones. Existen **modelos de intervención psicosocial** dirigidos especialmente a profesionales de la Atención Primaria de Salud, diseñados por expertas como Sara Velasco (2) y María Diéguez (7) (Anexo VIII Terapia Interpersonal para Atención Primaria T.I.P.)

Estos encuentros estarán orientados a las siguientes acciones ó estrategias:

- a) Acciones destinadas a resolver sus dificultades más urgentes** para mejorar sus condiciones de vida: salud, economía, situación legal...
- Contener la angustia de la paciente y promover la emergencia de su discurso subjetivo.
 - Identificar su mayor preocupación, así como sus necesidades más urgentes.
 - Conocer que acciones ha intentado para resolverlas y qué cree que puede ayudarla
- b) Acciones destinadas a reforzar su autonomía y autocuidado.**
- Conocer las expectativas del proyecto vital de las mujeres, como sujetos autónomos: qué piensan y sienten, acompañándolas en la búsqueda y establecimiento de un horizonte y una meta tangibles a corto, medio y largo plazo.
 - Identificar las dificultades concretas que encuentra la propia mujer para su propio autocuidado y autonomía,
- c) Acciones destinadas a potenciar, ampliar, generar o reconstruir el vínculo social:**
- Procurar que las mujeres mantengan lazos significativos con los otros fomentando su red social. Ampliar su horizonte de intereses y ponerlas en contacto con diferentes grupos en los que se afiance su sentido de pertenencia (Grupos de mujeres tanto en el Centro de Salud como en su red social).
 - Orientar para una utilización positiva de recursos: gestión del acceso en el momento oportuno, adquisición de conocimientos, habilidades para mejorar la socialización

D. ATENCIÓN INTERDISCIPLINAR Y COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Para que se pueda implantar este Subprograma es necesario un cambio en la cultura profesional:

- Se gestiona la demanda a través del Trabajo en Equipo o la interconsulta, que facilitará el análisis de la demanda más eficaz y con menos coste de estrés.
- Se comparte la ansiedad que generan los casos, recurso que ofrece el Equipo.
- La coordinación en Equipo es una estrategia para el autocuidado de los/las profesionales.

El modelo que se propone es de coordinación sociosanitaria más que de derivación. Es un modelo **centrado en la persona**, que integra y valora en cada momento sus necesidades sociales y sanitarias, y pretende **garantizar la continuidad de la atención** prestada, tanto por los servicios sanitarios como sociales y comunitarios (asociaciones, ONG, etc.), a través de la adecuada coordinación entre las administraciones competentes, quienes deberán establecer los mecanismos necesarios para que dicha coordinación sea efectiva.

Por lo tanto, si se detecta un problema en la mujer que requiera de una intervención más especializada, como si nos sentimos como profesionales incapaces de realizar la intervención básica propuesta o estancados en una intervención o seguimiento con alguna mujer, es importante recordar que **trabajamos en un equipo** con otros/as profesionales (medicina, enfermería, trabajo social, etc.), existiendo además la posibilidad de una **coordinación sociosanitaria** con otras instituciones o recursos que nos orientarán y darán una perspectiva sobre la intervención, y en cualquier caso, siempre tendremos que valorar la posibilidad de la derivación.

Cada profesional decidirá, junto con la mujer el momento más adecuado para realizar una interconsulta y/o derivación de la paciente, según su propia formación y el proceso en que se encuentre la mujer.

Es importante prestar especial atención a la hora de derivar a las mujeres, motivándolas previamente de la necesidad de realizar un trabajo personal de cambio. Hasta que la paciente no haya hecho la adecuada **atribución de los síntomas a aspectos emocionales**, se aconseja que sea vista y controlada por el/la profesional de atención primaria. Una vez haya asumido el origen psicosocial de los síntomas, se aconseja, en función de los problemas detectados, derivación para tratamiento individual o grupal al Trabajador Social de Atención Primaria y/o al Centro de Salud Mental u otros recursos.

La actitud del/la profesional que deriva es fundamental, ya que **“se deriva una relación de confianza”**. Por ello, en algunos casos será necesario preparar conjuntamente estrategias de derivación o de tratamiento, mediante interconsulta con los/las profesionales. Por ejemplo, el hecho de que el personal sanitario aconseje tratamiento psicosocial individual y/o grupal, facilita la disposición de las mujeres para acudir a la Trabajadora Social, dado que en general están acostumbradas a una respuesta farmacológica.

Incluso en aquellos casos de mujeres que hayan sido derivadas a otros/as profesionales, será necesario acordar un **plan de seguimiento en consultas programadas**. Así mismo, dada la complejidad existente en las intervenciones psicosociales con algunas mujeres, recordamos la importancia del trabajo en equipo en el Centro de Salud y de la coordinación con los Equipos del Centro de Salud Mental.

Los criterios de derivación/interconsulta al Centro de Salud Mental o CAD son:

- Gravedad de los síntomas.
- Comorbilidad psiquiátrica.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Tras la valoración del caso entre profesionales de atención primaria, de salud mental y la mujer, se llega a la conclusión de que una derivación es lo más adecuado.

E. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia contra las mujeres fue reconocida como un problema de Salud Pública por la OMS en 1996, poniendo de manifiesto las graves **consecuencias que tiene sobre la salud de las mujeres**.

Cuando se detecta malestar psicosocial en una mujer, es posible que la causa sea el estar sufriendo abusos o maltrato. El contexto en el que aparece con mayor frecuencia la violencia contra las mujeres es la familia (violencia doméstica), siendo la que proviene de la pareja actual o anterior (violencia de género) la forma más común. Existen además, otras formas de violencia sexual contra las mujeres, como la mutilación genital femenina (MGF), la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, entre otras. Estas formas de violencia también son violencia de género, y ante situaciones de sospecha el/la profesional debe realizar una entrevista respetuosa y asegurar la confidencialidad e intimidad adecuadas, teniendo en cuenta las recomendaciones de los protocolos específicos. (Anexo IX. Actuación en Violencia de Género)

La magnitud que ha alcanzado la violencia de género en los últimos años la convierte actualmente en una prioridad para el Sistema Sanitario.

Destacamos las consecuencias para la salud no mortales (8):

- Síntomas inespecíficos (cefalea, dolores de espalda, pelvis o abdomen, artritis, infecciones de transmisión sexual, cansancio, alteraciones del sueño, tristeza, apatía, pérdida de memoria, desórdenes gastrointestinales, síndrome de colon irritable (OMS 1998; Heise 1999)
- Lesiones traumáticas físicas.
- Afecciones genitourinarias.
- Embarazos no deseados y carencia de autonomía sexual.
- Embarazos de alto riesgo y complicaciones.
- Efectos sobre la salud mental
- Patologías agravadas o desestabilizadas
- Síntomas en la salud de las hijas e hijos.

En el Servicio Murciano de Salud, existen **Protocolos de Actuación ante la Violencia de Género** (Anexo IX), tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada donde se detalla la importancia de realizar:

- **detección precoz**
- **analizar el riesgo para la vida** de la mujer y sus hijos/as,
- **cómo actuar** dependiendo de la gravedad y del momento en que se encuentre la mujer
- **ofrecer información y apoyo**, haciendo especial mención a los siguientes aspectos:
 - Reforzar la idea de inadmisibilidad de la violencia.
 - Reforzar la idea de que ella no es culpable y no ha hecho nada que pueda ser castigado con violencia.
 - Identificar la negación del hecho (violencia) como mecanismo de defensa de la mujer.
 - Favorecer la expresión de sentimientos de vergüenza, culpa, lealtad al agresor o de secretos de familia para poder identificarlos como causa de la dificultad
 - Motivarla para que solicite ayuda.
 - Facilitar información sobre recursos de apoyo y/o tratamiento psicosocial y jurídico (CAVIS, Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia. EMAVI, Equipo Municipal de Atención a la Violencia de Género. Oficina de Asistencia a las Víctimas,

en la ciudad de la justicia. Fuerzas y Cuerpo de Seguridad del Estado...)

Por otra parte, hemos de destacar que existe un/a **Responsable de violencia de género** en cada Centro asistencial (Hospitales, C.S., CSM, SUAP...) y los/las profesionales de Trabajo Social de los Centros podrán orientar sobre la intervención con la mujer y sobre los recursos sociales más adecuados.

4.2.- ATENCIÓN GRUPAL

“La intervención grupal aumenta exponencialmente el crecimiento psíquico de las mujeres” (9).

Los espacios grupales complementan o sustituyen otros abordajes terapéuticos como la medicación; siendo para los/las profesionales una herramienta fundamental que permite redefinir y ampliar el concepto de Salud.

La metodología grupal no sólo debe tener en cuenta la educación sanitaria tradicional o la adquisición de habilidades, sino que también se propone como objetivo un “aprender a pensar” un cambio de actitudes y valores, estando ante un **cambio de paradigma** necesario en la intervención con mujeres que propone este Subprograma.

Las mujeres en el grupo:

- recuperan su palabra y a través de ella su subjetividad.
- elaboran sus miedos, problemas, conflictos con sus verbalizaciones
- entienden que no son únicas, el intercambio les permite analizar los problemas comunes.
- aprenden a comunicarse y relacionarse. A valorar su propia experiencia y la de los demás.
- crean relaciones significativas entre ellas.
- abordan el camino para los cambios necesarios
- descubren que sus problemas no son sólo individuales, sino también sociales (10)

Los grupos mixtos con hombres permiten la integración de esa perspectiva de género en una complejidad social más amplia, a la vez que favorece en los varones la comprensión de la perspectiva de género femenina y masculina y su relación con la salud.

Desde un punto de vista práctico, existen distintas técnicas grupales que pueden implementarse en diferentes situaciones por profesionales capacitados. Como ejemplos:

- **Grupos educativos para la salud:** en los que prima la transmisión de información.
- **Grupos cognitivo-conductuales:** orientados al cambio directo de determinadas conductas o modos de pensar.
- **Grupos operativos:** en los que se enfatiza más el papel activo de las participantes, su empoderamiento y la toma de conciencia de elementos subjetivos. En el grupo operativo la tarea es “**el aprendizaje terapéutico**”, “aprender a pensar” desde lo afectivo, relacionándolo con lo que enferma (Anexo X. Grupo Operativo).

Es importante lograr desde una dimensión comunitaria, que las mujeres continúen reuniéndose fuera del Centro de salud, como **grupo de autoapoyo comunitario** o integrándose en otros grupos de la comunidad, en el que consiguen una comunicación que les sigue ayudando a enfrentarse a los problemas cotidianos de una manera más saludable.

4.3.- ATENCIÓN COMUNITARIA.

Desde todos los niveles de nuestro sistema sanitario podemos promocionar la salud de las mujeres potenciando su **dimensión social**, especialmente desde la Atención Primaria de Salud, que es una plataforma capital de lanzamiento de información y de difusión de conocimientos.

El empoderamiento de la mujer y su participación en la comunidad, facilita su comprensión del lugar que ocupa en su contexto familiar y social e inexorablemente todo ello repercutirá en su propia salud y bienestar.

La mujer necesita tener actividades y proyectos propios, que sean fuentes de satisfacción, de aprendizaje y de oportunidades de relación social. Su participación en actividades sociales establecerá un sistema de retroalimentación en el cual, por una parte la sociedad aprovechará el potencial de las mujeres y por otra las mujeres obtienen el reconocimiento del ejercicio de dicho potencial, alimentando su estima y autoconcepto.

Podemos promover la salud de las mujeres:

- **informándoles** de las actividades y recursos de ayuda mutua, asociacionismo y recursos comunitarios que permitan su despliegue y participación en la sociedad
- **motivándolas** para seguir aprendiendo, formándose, para que participen y colaboren en los grupos que existan en su red social: asociaciones de pacientes, ecología, etc, e incluso que ellas creen grupos propios participando en asociacionismo o grupos de ayuda mutua. Facilitar y motivar a las mujeres para una:

- **Formación creativa**, lúdica en Centros comunitarios (Centros de la mujer, actividades o talleres de autoconocimiento, yoga, pilates, comunicación, asertividad, biodanza, pintura, manualidades....
- **Formación académica** para seguir aprendiendo, comenzando o retomando estudios.
- **Actividad laboral** como fuente de realización personal.

Es importante realizar desde el ámbito de la salud, **intervenciones comunitarias con perspectiva de género en toda la población**, no sólo porque debemos devolver a la sociedad lo que observamos en salud, (determinantes psicosociales que están siendo origen de malestar y sintomatología en la mujer), sino también porque debemos contribuir a romper con los estereotipos y las creencias machistas que tienden a perpetuar la división sexual de los roles y evitar la asignación “automática” de los cuidados en el ámbito familiar a las mujeres. Así mismo, es importante valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de los colectivos de mujeres relacionadas con la salud. Todo ello, será de especial trascendencia a la hora de diseñar campañas poblacionales de promoción de salud.

Por otro lado, es necesario reconocer la importancia de la **coordinación con otros servicios de la comunidad**: responsables del ámbito educativo, social, judicial, político, fuerzas y cuerpos de seguridad, asociacionismo, etc. Es necesario prever tiempos dentro del horario laboral para esta tarea, organizar espacios de reunión e intercambio de experiencias y elaborar programas comunitarios para promover la **participación comunitaria**, dando lugar a cambios culturales...., utilizando para ello todos los medios de comunicación, tecnología de la información, publicidad, etc.

4.4.- INTERVENCION INSTITUCIONAL

Las intervenciones prioritarias que se proponen son:

A. LA DESIGNACIÓN DE REFERENTES PROFESIONALES CON ESTE ENFOQUE BIOPSIKOSIAL EN CADA CENTRO DE SALUD, HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD MENTAL.

Estos/as profesionales, conociendo las circunstancias, código cultural y necesidades, podrán predisponer y propiciar este cambio cultural, mediante las actividades más apropiadas, haciendo la dinámica de su entorno más permeable, facilitando con ello la implantación del Subprograma. Así mismo, se

coordinarán y serán apoyados por un/a trabajadora social y un/a profesional de salud mental que garanticen el enfoque biopsicosocial.

- **ACTUACION DEL/LA TRABAJADORA SOCIAL EN EL CENTRO DE SALUD Y HOSPITAL.**

Es importante destacar las funciones de la Trabajadora Social de Salud, como **experta en los determinantes psicosociales de la salud** de las mujeres. Estas profesionales tienen una función de asesoramiento a sus Equipos de trabajo, siendo referentes de perspectivas transversalmente útiles para el trabajo en el Centro, más allá de que se les requiera para intervenciones específicas con alguna mujer.

“Las mujeres acuden a las consultas de atención primaria por un **malestar expresado en síntomas** que pueden ser físicos y/o psíquicos. El/la trabajadora Social de Salud, **facilita un espacio para que los relación en con su vida cotidiana**, siendo una figura CLAVE como recurso para el EAP, ya sea como asesor al resto de los profesionales o en nuestra intervención directa, incrementando recursos y habilidades personales. Se realiza un abordaje mixto, individual, familiar y grupal, diseñando un Plan de Intervención en donde se analiza el malestar y tras esta fase de análisis se inicia una etapa para “aprender a cuidarse”, encontrando claves para afrontar las dificultades” (11)

La intervención consistirá prioritariamente en un **APOYO PSICOSOCIAL**, entendido como “aquel proceso mediante el cual las mujeres verbalizan los acontecimientos vitales que están ocasionando su conflicto, produciéndose la base para su resolución. A lo largo del proceso, individual o grupal, las mujeres analizan y toman conciencia del origen de su malestar, desarrollando capacidades para afrontar su situación; siendo necesario en algunos casos el acompañamiento de la paciente en la movilización de los recursos socio-sanitarios” (11)

Serán susceptibles de **derivación a la consulta de trabajo social** aquellas mujeres que precisen:

- Un espacio de “escucha activa” que les facilite la toma de conciencia de sus dificultades y les permita encontrar las respuestas para su propio bienestar.
- Orientación y acompañamiento para reforzar su autonomía y responsabilidad en su propio autocuidado,

- Información sobre los recursos disponibles para la resolución de su malestar, potenciando sus propios recursos personales, familiares y de su red social.

Así mismo, según Turabian el/la Trabajadora Social se inserta en el equipo de salud como: " generalista de los problemas comunitarios, que valora la salud integral del individuo, grupos y comunidad incluyendo hábitos, creencias y formas de vida, que involucra a los usuarios/as en un proceso de investigación y diagnóstico y en las discusiones respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas; sirviendo de puente de **enlace entre la comunidad y el Centro Sanitario**".

- **ACTUACIÓN DEL/LA PROFESIONAL DE SALUD MENTAL ASIGNADO/A AL CENTRO**

Se designarán referentes profesionales en cada Centro de Salud Mental para cada Centro de Salud u Hospital. Será un/a profesional identificable, tanto para la coordinación respecto al trabajo clínico como para intervenciones sobre el Centro de Salud propiamente dicho, facilitando una alianza natural entre los niveles de intervención.

El equipo de salud mental (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, etc.) asignado/a específicamente al centro de Atención Primaria, puede atender a la población del centro y facilitar la coordinación clínica entre ambos equipos.

Además, si tiene la formación adecuada, puede trabajar sobre el propio centro de salud (sus profesionales y su cultura) y facilitar el desarrollo de una cultura constructiva.

Este trabajo sobre el Centro de Salud debe partir de una oferta de disponibilidad y de una actitud de respeto, a partir de las cuales puede surgir una serie de actividades que probablemente varíen de un centro a otro, en función de sus circunstancias y necesidades particulares. Podemos destacar experiencias de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, como la del "Modelo Mar Menor"(13).

Entre sus funciones, además de la atención a las pacientes del centro de salud (no necesariamente en el centro de salud) y de la promoción de la atención a la subjetividad por parte de los/las profesionales locales, está la contribución a la protección emocional de los profesionales del centro para prevenir la "fatiga de la compasión" o "burnout".

Entre las actividades que el/la profesional de salud mental puede desarrollar se encuentran:

- Escucha activa y empática: los/las profesionales de la salud deben disponer de un espacio donde se beneficien de la escucha activa y empática. Sólo a partir de esta experiencia vivencial podrán asimilar este modelo de relación que luego ofrecerán a sus pacientes.
- Espacios grupales formales y estructurados para promover la cohesión del equipo asistencial.
- Espacios de discusión de casos clínicos desde el punto de vista subjetivo y relacional.
- Las tres tareas anteriores pueden confluir en una única intervención, como el grupo Balint focalizado en el proceso, o desarrollarse como actividades independientes.

B. FORMACION CONTINUADA E INVESTIGACION

La formación es clave para promover una **sensibilización hacia la complejidad** de la problemática que presentan las mujeres con malestar, así como para **capacitar** a los/las profesionales para el abordaje de la sintomatología que presentan.

Esta formación deberá estar incluida y reconocida en el Plan Estratégico de Formación del Servicio Murciano de Salud y tendrá siempre un **enfoque biopsicosocial y una perspectiva de género**.

No solo será importante ofertar una **formación específica** sobre el tema, sino que además, es imprescindible revisar los contenidos, objetivos, metodología, etc. de toda la formación que oferte la Consejería de Sanidad, para que de manera **transversal e integrada** esté incluido tanto el enfoque biopsicosocial como el género, cumpliendo con criterios básicos de calidad propuestos por expertos y organismos internacionales.

Las herramientas para la formación pueden ser:

- a) **Docencia teórica tradicional** sobre objetivos terapéuticos, técnicas de entrevista y escucha, la importancia de la contención emocional y del desarrollo del vínculo interpersonal...
- b) **Aprendizaje experiencial** sobre los aspectos emocionales de la actividad profesional mediante grupos Balint, grupo operativo, psicodrama, etc.

c) Formación sobre la aplicación de **modelos de coordinación y colaboración** entre profesionales (trabajo en red, modelo Mar Menor (12), etc.)

Podemos destacar como **contenidos básicos** de formación: el género, mandatos de género, determinantes psicosociales de la salud, malestar psicosocial, herramientas de detección y valoración, la escucha activa, trabajo con grupos de mujeres, mecanismos de coordinación, aspectos jurídicos y éticos, etc.

Por otro lado, en la medida de lo posible, deberemos impulsar la colaboración con las universidades y demás instituciones relacionadas con la **formación de grado y postgrado**, para favorecer la inclusión de la formación en género en los contenidos formativos de las diferentes titulaciones.

Es necesario hacer mención a la importancia de la **Investigación** en nuestro Sistema sanitario y plantear algunos objetivos fundamentales (12):

- Valorar la necesidad de abrir líneas específicas de investigación en género dentro de la estrategia general de investigación; así como situar la investigación con perspectiva de género entre las áreas de actuación prioritarias
- Formular objetivos específicos y actividades que impulsen la introducción de metodologías de investigación sensibles al género y que reconozcan y eviten los sesgos de género en investigación
- Garantizar que los proyectos de investigación y ensayos clínicos que se promuevan incorporen en su diseño estrategias para incrementar el número de mujeres participantes.
- Considerar la incorporación de este enfoque en el diseño y en el análisis de los proyectos con criterio que puntúe para la concesión de ayudas a la investigación.
- Promover la investigación interdisciplinar, que permitan incorporar la mirada de las ciencias sociales u otras relacionadas con el género y la salud.

5.- REGISTRO DE ACTUACIÓN.-

Es importante **registrar siempre en la Historia Clínica** de las pacientes la intervención realizada, por parte de todos los/las profesionales que intervengan con la mayor coordinación posible.

El registro que ha sido consensuado y aprobado para utilizar en **OMI o SELENE** es la **Breve Exploración Psicosocial**, que deberá estar incluida en todos los programas o protocolos de atención a la mujer.

En este documento de Exploración Psicosocial podremos además:

- registrar los **factores psicosociales detectados, como posible causa** de este malestar.
- registrar la intervención propuesta:
 - **seguimiento** en nuestra consulta o
 - **derivación** en el propio Centro (Trabajadora Social, enfermería...) ó fuera del Centro (CSM, CAVI, CAD, etc.)

Se adjunta una Tabla con posibles códigos CIAP 10 asociados a malestar psicosocial que ofrece OMI para el registro–(Anexo XI. Codificación CIAP.).

6.- EVALUACIÓN

Se proponen los siguientes indicadores de evaluación:

- **INTERVENCIÓN INDIVIDUAL**

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres que se les realiza exploración psicosocial}}{\text{n}^\circ \text{ total de mujeres de la zona básica}} \times 100$

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres a las que se les detecta sospecha de malestar psicosocial}}{\text{n}^\circ \text{ total de mujeres de la zona básica}} \times 100$
--

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres con sospecha de malestar en seguimiento individual}}{\text{n}^\circ \text{ total de mujeres de la zona básica}} \times 100$

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres con sospecha de malestar en coordinación con el TS del CS}}{\text{n}^\circ \text{ total de mujeres de la zona básica}} \times 100$
--

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres con sospecha de malestar en coordinación con recursos otros recursos especializados}}{\text{n}^\circ \text{ total de mujeres de la zona básica}} \times 100$
--

- **INTERVENCIÓN GRUPAL:**

$\frac{\text{n}^\circ \text{ de mujeres con malestar con intervención grupal}}{\text{n}^\circ \text{ de mujeres de la zona básica}} \times 100$

7.- BIBLIOGRAFIA

1. SANZ RAMON, FINA: "El Buentrato como proyecto de vida". Editorial Kairos. 2016
2. VELASCO ARIAS, Sara: "Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres: intervención en Atención Primaria de Salud. Documento Salud nº 9 Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2006.

VELASCO ARIAS, Sara; López Dóriga Begoña; Tourné, Marina y cols. "Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Feminismos nº 10, Centro de Estudio de la Mujer, Universidad de Alicante, 2007.
3. EMILCE DIO BLEICHMAR: "La depresión en la mujer". Temas de Hoy 1991
4. HOWARD, Louise Michele, et al. Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. The British Journal of Psychiatry, 2018, vol. 212, no 1, p. 50-56.
5. FORGARTY Y BROWN (2002). FOGARTY, C.T., & BROWN, J.B. (2002). Screening for Abuse in Spanish-speaking Women. Journal of the American Board of Family Practice, 15 (2), 101-111.
6. Programa de Atención a la Mujer. Área de salud 9 de la Comunidad Autónoma de Madrid. 1999
7. MARÍA DIÉGUEZ, FRANCISCO GONZÁLEZ, ALBERTO FERNÁNDEZ: "Terapia Interpersonal", Editorial Síntesis, 2012
8. "La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública". Documentos Técnicos de Salud Pública nº86. Documento de Apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública. Madrid 2003
9. DIEGO VICO. Revista Área 3. Asociación para el Estudio de temas Grupales, Psicosociales e Institucionales´
10. BLANCO PRIETO, PILAR: "La atención a las mujeres que acuden con frecuencia a nuestras consultas. Necesidad de incorporar el análisis de Género. Revista Salud 2000, nº 95. Enero 2004.
11. Documento de Actividades del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud en Madrid. INSALUD. Madrid 2000.

ITUARTE TELLAECHÉ, AMAYA: II Jornadas de Trabajo Social en Salud. Santa Cruz de Tenerife 1994

ITUARTE TELLAECHÉ, AMAYA (Coord.): Prácticas del Trabajo Social Clínico. 2017

12. AMO ALFONSO, MERCEDES : “Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud: Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud , Sevilla 2008.
13. SÁNCHEZ-BAHÍLLO, Á, CRESPO RAMOS, F. et al. (2015). Modelo Mar Menor. Trabajando desde la subjetividad en la colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental. Madrid: Bubok.

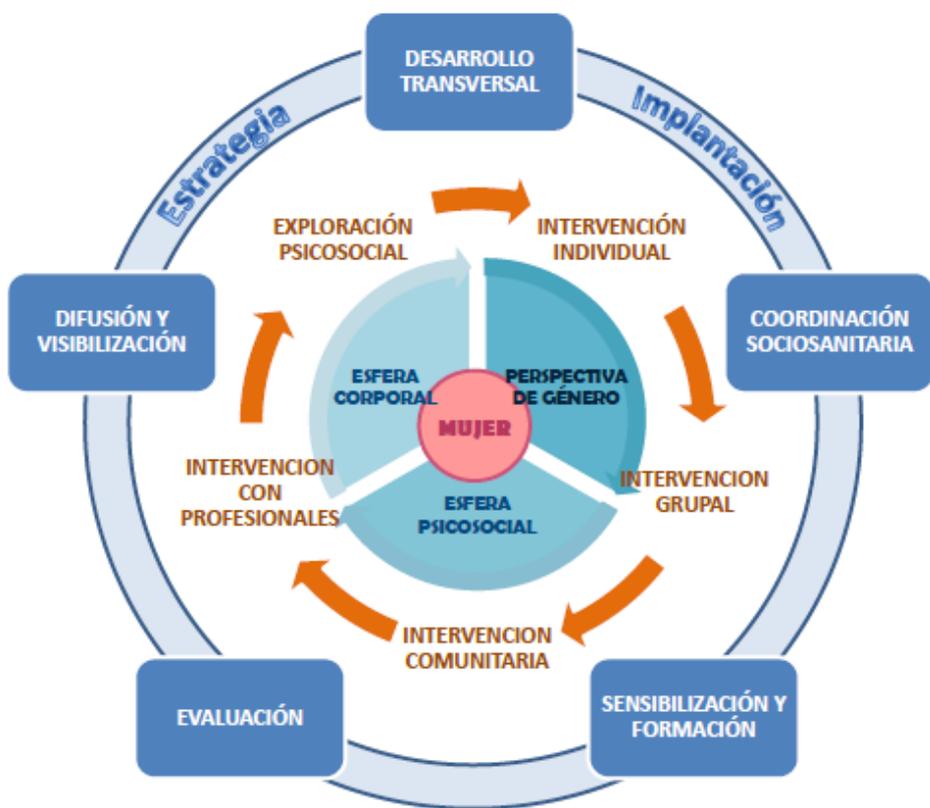
8.- ANEXOS

ANEXOS

ATENCIÓN AL BIENESTAR BIOPSICOSOCIAL DE LAS MUJERES

ANEXO I

ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



ANEXO II

ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO

Emilce Dio Bleichmar "La depresión en la mujer 1991

FEMINIDAD	MASCULINIDAD
DEPENDENCIA	AUTONOMÍA
PASIVIDAD	ACTIVIDAD
FALTA DE FIRMEZA O ASERTIVIDAD	ASERTIVIDAD Y AGRESIVIDAD
GRAN NECESIDAD DE APOYO AFECTIVO	CAPACIDAD DE ACEPTAR RIESGOS
BAJA AUTOESTIMA O INDEFENSIÓN	AUTOESTIMA Y SEGURIDAD
INCOMPETENCIA	COMPETENCIA

ANEXO III

NECESIDAD DE INCORPORAR EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes

(Pilar Blanco)

Algunos aspectos subjetivos y sociales a tener presentes en las consultas pueden ser:

Socio-familiares:

- ¿Tiene proyectos propios o su vida es solo en función de los demás?
- ¿Está sometida a doble jornada?
- ¿Cómo es el reparto de responsabilidades en casa? ¿Disponibilidad permanente de la mujer?
- ¿Tiene tiempos de ocio, diversión, relación social?

Afectivos y psicológicos:

- ¿Se siente querida? ¿Se siente tenida en cuenta? ¿Es cuidada por alguien?
- ¿Tiene amigas en quien confiar?
- ¿Realiza alguna actividad física expresiva o placentera? ¿Disfruta de su sexualidad?
- ¿Cómo se valora ella misma? ¿Cómo se siente con su cuerpo?
- ¿Ha interiorizado lo que se espera socialmente que debe ser una mujer: Obediente, sumisa, pasiva, disponible, atractiva?
- ¿Qué miedos tienen? ¿Miedo a dimensión social? (participación política, conducir, trabajo, salir sola, etc.).
- No siempre hay que intentar resolver los síntomas. Sobre todo, tener presente no medicalizar, no psiquiatrizar, o psicologizar. A veces la persona puede encontrar sus propios recursos.

ANEXO IV

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES (AVES)

Cuando una situación de estrés es muy intensa (fallecimientos, divorcio) o inesperado (despido laboral, cambio de trabajo de domicilio) y la familia cuenta con poco apoyo social es posible que desencadene una crisis, en cambio el mismo estrés en presencia de óptimos recursos familiares facilitará su adaptación y evolución del sistema.

El impacto de los AVE sobre la familia va a depender de los distintos factores como son:

- a) El tipo, la intensidad y las características del agente estresante
- b) La calidad y la cantidad de los recursos familiares
- c) El equilibrio u homeostasis de la familia, las creencias y la percepción frente al estresor.

Escala de evaluación de reajuste social

La evaluación hace referencia a acontecimientos acaecidos en el último año. El evento señalado nos da poca información si no lo complementamos con una entrevista semi-estructurada, ya que es muy importante valorar si los acontecimientos vitales son o no deseados.

Este cuestionario consta de 43 ítems organizados de mayor a menor puntuación. Se considera que cuando la suma es igual o superior a 150 estos cambios pueden afectar a la familia o a la salud de uno de sus miembros.

1 Muerte del cónyuge 100

2 Divorcio 73

3 Separación matrimonial 65

4 Encarcelación 63

5 Muerte de un familiar cercano 63

6 Lesión o enfermedad personal 53

7 Matrimonio 50

8 Despido del trabajo 47

9 Paro 47

10 Reconciliación matrimonial 45

11 Jubilación 45

12 Cambio de salud en un miembro de la familia 44

13 Drogadicción y/o alcoholismo 44

14 Embarazo 40

- 15 Dificultades o problemas sexuales 39
- 16 Nuevo miembro en la familia 39
- 17 Reajuste de negocio 39
- 18 Cambio de situación económica 38
- 19 Muerte de un amigo íntimo 37
- 20 Cambio en el tipo de trabajo 36
- 21 Mala relación con el cónyuge 35
- 22 Juicio por crédito o hipoteca 30
- 23 Cambio de responsabilidad en el trabajo 29
- 24 Hijo o hija que deja el hogar 29
- 25 Problemas legales 29
- 26 Logro personal notable 28
- 27 La esposa comienza o deja de trabajar 26
- 28 Comienzo o fin de la escolaridad 26
- 29 Cambio en las condiciones de vida 25
- 30 Revisión de hábitos personales 24
- 31 Problemas con el jefe 23
- 32 Cambio de turno o de condiciones laborales 20
- 33 Cambio de residencia 20
- 34 Cambio de colegio 20
- 35 Cambio de actividades de ocio 19
- 36 Cambio de actividad religiosa 19
- 37 Cambio de actividades sociales 18
- 38 Cambio de hábito de dormir 17
- 39 Cambio en el número de reuniones familiares 16
- 40 Cambio de hábitos alimentarios 15
- 41 Vacaciones 13
- 42 Navidades 12
- 43 Leves trasgresiones de la ley 11

ANEXO V

BREVE EXPLORACIÓN PSICOSOCIAL

1.-¿Ha vivido algún acontecimiento en los últimos años que le haya causado importante estrés o malestar?

2- ¿Cuenta con personas significativas en su entorno familiar o social que le apoyen?

3-¿Se ha sentido a menudo desanimada, deprimida o sin esperanza durante el último mes?

4- ¿En el último mes ha sentido a menudo que no tiene interés por las cosas o que no las disfruta?

(Si la mujer responde sí a cualquiera de estas dos últimas preguntas, hacer la siguiente:)

5.- En relación con esto ¿Siente que necesita o quiere ayuda?.

Cribado de Violencia de género

1.- En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

-mucha tensión. - alguna tensión -sin tensión

2.- Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

-mucha dificultad. - alguna dificultad -sin dificultad

(Normas de corrección: se asigna una puntuación de "1" a las respuestas más extremas (mucha tensión y mucha dificultad) y una puntuación de "0" a las demás opciones de respuesta. La puntuación final oscila entre "0" y "2" y tanto las puntuaciones "1" como "2" son considerados resultados positivos en el cribado.)

3.- Si en la actualidad no tiene pareja pero la ha tenido, se puede incluir una pregunta acerca de si ha sufrido violencia por su pareja en el pasado, con una pregunta: ¿Hay alguna persona de una relación previa que le haya hecho sentir miedo?

ANEXO VI

Preguntas clave para reflexionar si nuestro modelo de intervención ha sido biopsicosocial

1. ¿Le he preguntado qué cree que le pasa y a qué cree que se debe?
2. ¿Le he preguntado qué es lo que le preocupa ¿Qué teme tener? ¿A qué lo achaca?
3. ¿He escuchado las respuestas cuando estas eran sobre algo no relacionado con los síntomas orgánicos, es decir, sobre aspectos
4. biográficos, o condicionantes de género, o he ignorado lo que decía?
5. ¿He pensado si puede existir alguna relación entre su enfermedad y esos hechos biográficos?
6. ¿Las condiciones que he creado en la consulta, facilitan que la persona pueda hablar?
7. ¿Podría decir si la persona ha empatizado conmigo,...si confía?
8. Y yo, ¿he empatizado?, ¿puedo pensar que he conectado con la persona, que he entablado un vínculo o relación con la paciente?

ANEXO VII

MUJERES Y PROCESOS DE CAMBIO

Fase de cambio	Características de la fase Las mujeres:	Objetivo Terapéutico	Técnicas de Intervención Qué hacer:
<p><i>Fase de precontemplación o no conciencia de la relación entre el motivo de consulta y los factores psicosociales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pueden no ser consciente de cómo intervienen factores psicosociales en sus síntomas/problema, darle poca importancia o aceptarlo como inmodificable o inevitable. - Si solicitan ayuda es para recuperar la salud y seguir respondiendo a las necesidades de su vida - Hay una aceptación de las cosas tal como son. <i>“No merece la pena hablarlo. No va cambiar nada. Las cosas son así”</i> - No es que estén pasivas, están luchando, pero su lucha se centra en ver qué puede hacer para que todo/todos a su alrededor vaya bien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar la conciencia de factores psicosociales problema y de la necesidad de cambiar - Crear o fomentar la duda, aumentando la percepción de la situación como unas condiciones difíciles de aceptar. - Considerar el cambio de conducta como clave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar la relación entre los síntomas y circunstancias psicosociales con mayor detalle. La propia enumeración y exploración es una intervención en sí misma, al aumentar la visibilidad de lo explorado. El énfasis en las diferencias de género y la situación de desventaja de la mujer cobra aquí el mayor protagonismo. - Conectar el estilo de vida con pérdidas de salud - Información acerca de la severidad de los riesgos que tiene seguir así o acerca de las consecuencias positivas de la práctica de ciertos cambios en su estilo de vida. (Por ejemplo, información acerca de la severidad de la diabetes y la utilidad de la reducción del consumo de azúcar y harinas, o información acerca del valor protector de la actividad física.) - Evitar la confrontación directa y las trampas (p. ej.: rol del experto, etiquetado, culpabilizar, etc.), y poner en marcha las habilidades motivacionales para señalar la ambivalencia, trabajar las resistencias y aumentar la autoeficacia y automotivación del cliente.
<p><i>Fase de contemplación o relación con los síntomas cuestionada</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionan la relación entre los síntomas y la situación psicosocial - Ya reconocen la relación para sí, pero no se plantean la posibilidad de cambiarla. Continúan evitando sus sentimientos para protegerse a sí mismas, pero intentan más frecuentemente que los demás asuman su dolor, reconozcan su esfuerzo y hagan cosas para cambiar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Solucionar la incertidumbre a favor del cambio, disminuyendo los inconvenientes del cambio. - Que sean las 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar a través de preguntas, paráfrasis, resúmenes que indaguen la perspectiva de cada mujer, más que a través de afirmaciones*. Buscar preguntas que generen afirmaciones y respuestas de la mujer y sorteen su propia resistencia. - Analizar los obstáculos para el cambio. (Revisar las dificultades actuales, los intentos previos...) Explorar a fondo la idea

	<ul style="list-style-type: none"> - Valoran en profundidad los pros y contras de seguir así o cambiar. - Avanzan a saltos y retrocesos. Es característica la ambivalencia respecto al cambio. Efecto balancín. Resultan contradictorias, por un lado desean el cambio y por otro lo cuestionan. Lo afectivo tiene un enorme peso. 	<p>propias mujeres las que presente las razones para cambiar, y no el/la terapeuta</p>	<p>de que los demás van a cambiar, y ellas pueden cambiarlos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No defender la postura del cambio, intentado persuadir y confrontar ya que aumenta su resistencia. Si nos centramos en la acción y solución de problemas, la ambivalencia es desesperante y frustrante. - Explorar expectativas de futuro y objetivos de cada mujer, que aumente la discrepancia que percibe entre su proyecto y deseo de futuro y su estado actual - Aceptar la posición de cada mujer, no es compartirla sino ser capaces de reconocer que tiene razones, las suyas, para actuar como actúa. Equilibrar esta aceptación con el posicionamiento terapéutico explícito en contra de sobreesfuerzos continuados propios del rol estereotipado de género. - Valorar el impacto de la red social. O están aisladas y la red profesional es su única alternativa. O tienen amistades y familiares cuyas opiniones son importantes. El papel de los hijos e hijas es especialmente importante, si son pequeños no hará nada que les pueda perjudicar, si son mayores su opinión le cuenta. - Contactar con agentes sociales e institucionales. Recursos. Crea red y posibilita el cambio. - Herramientas para la ambivalencia: 1.- Empleo del diario de salud. Autoregistro de frecuencia, intensidad y otros aspectos contextuales de los hábitos a modificar. Ayuda a aumentar la autopercepción sobre la conducta y sus consecuencias. 2.- Hoja del balance decisional o registro de las razones para cambiar, pros y contras.
--	---	--	---

PIAM-Subprograma Atención al Bienestar Biopsicosocial de las Mujeres

<p><i>Fase de determinación hacia el cambio o de preparación</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Piensan en la posibilidad de cambiar el estilo de vida. - Retrasan la decisión de actuar aunque tienen información adecuada, buena percepción de los riesgos y buena expectativa de los resultados, si hay baja percepción de vulnerabilidad, baja autoeficacia iniciar y mantener la acción de salud y percepción de un alto costo personal. - Manifiestan ambivalencias frente al hecho de actuar o de no actuar, de practicar o no una determinada acción. Estas surgen del conflicto entre razones para hacer algo (por ejemplo, las que tiene una mujer con tristeza para salir a una cena de antiguas compañeras del colegio) y las razones para no hacerlo (los argumentos para no salir por preparar la ropa y comida del día siguiente de sus hijos/hijas) - Esta situación puede resolverse con la decisión explícita de no practicar el comportamiento saludable (por ejemplo la decisión de salir con amigas), a pesar del beneficio que pudiera ofrecerle por cumplir con “su mandato de género” (preparar ropa y comida de sus hijos/hijas). - Una decisión de actuar es la manifestación clara de una intención, pero que esa intención no lleva directamente a la acción. - Si resuelven decidiendo iniciar el cambio pasan a la fase de acción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociar un plan de acción para ser implementado a corto plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar acciones de educación para la salud dirigidas a disminuir la percepción de costos y a incrementar la percepción de autoeficacia, y la auto identificación de cada mujer frente al riesgo, pues llevan a la realización de balances favorables a una toma de decisión explícita en pro de actuar. - Cuando las mujeres hacen una valoración realista de los factores psicosociales que dificultan su salud, y su compromiso es sólido y realista, negociar un plan de acción aceptable para cada mujer, con objetivos concretos, operativos, alcanzables y medibles a corto plazo (p.ej.: aumentar el tiempo que dedica a su cuidado, cumplir con horas de sueño adecuadas, etc.). - Es importante estar alerta a las verbalizaciones de las mujeres, el de que verbalice su compromiso de cambio aumenta las posibilidades de éxito, sobre todo cuando habla de planes de futuro <p>Herramientas: 1.- Resúmenes. 2.- Preguntas activadoras</p>
<p><i>Fase de acción.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planifican las medidas a adoptar para pasar de la decisión del cambio a la acción. - Priorizan su seguridad/bienestar e inician cambios, siendo más capaces de reconocer sus sentimientos. - Tienen un ciclo de 3 etapas: 1. Emprenden cambios para vivir 	<ul style="list-style-type: none"> -Comenzar el plan y conseguir iniciar cambios de hábitos. -Aumentar 	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a planificar el autocontrol, entendido como el manejo de las contingencias situacionales que estimulan y refuerzan la práctica del comportamiento saludable que se trate. Contingencias que pueden variar del inicio de la acción al mantenimiento y a su recuperación tras caso de recaída.

	<p>cuidándose, pero el entorno lo vive con queja y malestar.</p> <p>2. El cambio se mantiene y el sistema se reequilibra.</p> <p>3. Prosiguen la reconstrucción vital.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luchan por cambiarse a sí mismas, y no al entorno, para mejorar su situación en la vida, y no tolerar abusos. - Aumentan su autonomía, impiden el abuso y faltas de respeto y aumentan capacidad de decisión, lo que puede aumentar el conflicto. - Tener en cuenta que en el cambio pueden aparecer obstáculos: agresiones, carencias económicas, futuro, miedo a la soledad, pérdida de afectos de la pareja, los posibles perjuicios a los hijos/hijas, a la familia extensa...) 	<p>autoeficacia</p> <p>-Informar sobre modelos que hayan tenido éxito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer un nuevo patrón de conductas por un periodo significativo de tiempo (meses) y reevaluar cada cierto tiempo evolución y posibles dificultades que vayan surgiendo. - Fomentar el sentimiento de autoeficacia y automotivación. Proporcionar apoyo, minimizar la frecuencia de recaídas, analizando precipitantes e instaurar habilidades de afrontamiento - De forma prioritaria, gestión de la respuesta de los demás, y las estrategias que la mujer emplea para minimizar los daños, cuando esta respuesta no es favorable. - Si el cambio es efectivo es el momento para reparar los daños causados. Pueden aparecer miedos intensos e incapacitantes, desconfianza y dificultad en la relación con los demás, altibajos anímicos. Múltiples emociones como la rabia, el miedo y la tristeza pueden presentarse de un modo difícil de asimilar. En el extremo más psicopatológico pueden presentarse Trastorno por Estrés postraumático, sintomatología depresiva, Ansiedad, Pánico o Agorafobia. A nivel relacional conflicto en la crianza de hijos, recuperación de lazos familiares dañados durante el abandono de su vida. - Acompañar en la reconstrucción a nivel personal, familiar, social, económico y laboral - Herramientas: 1.- Preguntas activadoras. 2.- Apoyo narrativo.
<p><i>Fase de mantenimiento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perdura el nuevo patrón de conducta por un extenso periodo de tiempo, consolidándose dentro del estilo de vida de cada mujer. - Puede aparecer una crisis de distinta intensidad tras un primer periodo de cambio, en 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el cambio y consolidar el nuevo hábito a largo plazo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir las recaídas o vueltas al estilo de vida anterior: <ul style="list-style-type: none"> 1.-Analizar e identificar los precipitantes y situaciones de alto riesgo (p.ej.: momentos de conflicto intenso con familiares, enfermedades de alguien cercano, amenazas o chantaje del entorno, encuentros con determinadas personas, etc.)

	<p>que está elevado el sentimiento de autoeficacia. Esta crisis suele acontecer por la adherencia a los mandatos de género, añoranza del refuerzo asociado a la conducta que está abandonando o por el sentimiento de vacío que queda tras suprimir dicha conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uno de los aspectos cruciales de esta etapa será la prevención de recaídas 		<p>2.- Instruir y practicar habilidades de afrontamiento para consolidar la nueva conducta, incluyendo un plan de emergencia para aquellos momentos en los que la recaída es prácticamente inminente**</p>
<p><i>Fase de Recaída</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las recaídas (y las caídas) son un fenómeno muy frecuente y se consideran algo esperable dentro del proceso de aprendizaje de instaurar un nuevo hábito y eliminar otro muy arraigado. Conviene distinguir entre una caída ocasional o desliz y una recaída (mantenida). 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento y prevención de recaídas - Reconstruir positivamente y renovar el proceso - Aumentar autoeficacia y automotivación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar el riesgo de vuelta a los hábitos anteriores o el inicio de unas nuevas conductas perjudiciales como caídas o recaídas previstas, cómo oportunidades de aprendizaje y de puntos de inflexión para retomar las estrategias. - Reconstrucción positiva y revalorización de la situación, se refuerza la autoeficacia y automotivación - Actitudes frente a la vuelta atrás: 1.- Evitar la dramatización. 2.- Contemplarla desde el inicio como algo posible. 3.- Utilizarla como elemento de aprendizaje. 3.- Evitar la culpabilización - Herramientas: 1.- Señalamiento emocional. 2.- Reestructuración positiva

(Adaptación por Garriga, A, 2017)

*Diálogo Estratégico de Nardone y Salvini y la entrevista Motivacional de Miller y Rollnick.

**Marlatt, 1993.

***Marlatt & Gordon, 1985

ANEXO VIII

TERAPIA INTERPERSONAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA T.I.P.

María Diéguez, Francisco González, Alberto Fernández: “Terapia Interpersonal” 2012

“**La terapia interpersonal** en Atención Primaria es una intervención psicoterapéutica especialmente diseñada para pacientes que presentan síntomas de ansiedad o depresión por acontecimientos vitales estresantes y que no tienen un trastorno mental grave.

Se trata de un **Tratamiento Breve** (en torno a 6 sesiones de 30 minutos), focalizada en el funcionamiento psicosocial actual del paciente y que puede ser practicada por profesionales de atención primaria entrenados: **medicina, enfermería, trabajo social**. En ella se presta la mayor atención a cambios recientes en la vida del paciente, a estrés emocional en el entorno familiar, laboral, etc. y a dificultades en las relaciones interpersonales. Se parte de la base de que tales acontecimientos actúan como desencadenantes o mantenedores de los síntomas psíquicos.

El objetivo de la TIP es reducir el estrés y los síntomas, mejorar el funcionamiento social y en última instancia, reducir la utilización inapropiada de los servicios sanitarios, mediante un proceso de escucha con tres etapas: inicial, intermedia y final.

El **supuesto básico** está en considerar que los cuadros depresivos que se van a tratar con de la TIP ella, que ver con problemas que se manifiestan en una de las cuatro áreas problema:

- a) **Duelo,**
- b) **Disputas interpersonales,**
- c) **Transición de rol**
- d) **Déficits interpersonales (soledad y aislamiento social).”**

ANEXO IX

VIOLENCIA DE GÉNERO

- Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud. 2007. <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/101242-genero.pdf>
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2012. www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ProtComActSan_2012.pdf
- Protocolo de Coordinación Interinstitucional en Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia Consejería de Presidencia Dirección General de Prevención de Violencia de Género, Juventud, Protección Jurídica y Reforma de Menores. 2011. [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755\\$m25440](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=17796&IDTIPO=11&RASTRO=c1755$m25440)
- Portal de igualdad y prevención de violencia de género. <http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/web/violenciaeigualdad>
- Guía de práctica clínica de detección y actuación en salud mental ante las mujeres maltratadas por su pareja. Servicio Murciano de Salud. 2010. www.murciasalud.es/recursos/ficheros/211576-guiaresu.pdf
- Mutilación genital femenina. Protocolo para la prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. 2017. <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/376279-Resumen.pdf>
- Página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Mutilación genital femenina. <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/home.htm>
- Trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/trata/home.htm>

ANEXO X

GRUPO OPERATIVO

Se considera el grupo como un recurso imprescindible de **apoyo o contención** ante los problemas de la vida cotidiana. Desde esta metodología, **es básica la interrogación**. No se trata de abordar los problemas de cada mujer, sino a partir de sus experiencias **facilitar preguntas para profundizar**, que lleven a pensar, a darse cuenta y a la acción. Son preguntas para tomar conciencia del estado actual y hacia dónde quieren ir, de cómo se sienten. Las preguntas abiertas hacen que se utilice la propia creatividad, descubran sus recursos y se den cuenta de su propia autosuficiencia, autoconfianza y autoseguridad.

Caen las creencias limitadoras o son puestas en duda, se invita a cuestionar lo que una piensa, se identifican, la experiencia de las demás sirven como espejo y como modelo, se toma conciencia de lo que hay, cómo lo viven. Se señalan **emergentes**, que expresan la latencia grupal, se interpreta lo latente haciéndolo manifiesto.

OBJETIVOS:

- Aprender a pensar en grupo “desde lo afectivo”, para un mejor manejo de los conflictos
- Analizar el malestar y su relación con la vida cotidiana facilitando la identificación y expresión emocional
- Favorecer un espacio de crecimiento personal intercambiando experiencias
- Promover el autocuidado favoreciendo la autonomía, las relaciones en igualdad, así como detectar señales de alarma de no buen trato
- Utilizar adecuadamente los recursos de la red comunitaria, generando grupos de autoapoyo

ENCUADRE:

- Grupo abierto o cerrado (de 8 a 14 personas).
- Mínimo: 8 sesiones.
- Periodicidad: 1 sesión semanal.
- Duración de la sesión: mínimo, 90 minutos.

METODOLOGIA:

- Dinámica grupal.
- Información teórica.
- Ejercicios prácticos.
- Evaluación.

CONTENIDO TEMATICO: Aprender a pensar sobre:

- Modelos de relación: autonomía o subordinación
- Los roles de género y sus efectos en la salud
- La organización del tiempo cotidiano y los espacios personales
- Los cambios en la vida de las mujeres y el “recontrato con la vida”.
- Los límites como forma de cuidado
- El grupo familiar relaciones de apoyo o intromisión
- Como los proyectos en las distintas etapas de la vida se van transformando
- Identidad de la enfermedad, beneficios secundarios de la queja

ANEXO XI

POSIBLES CODIGOS CIAP ASOCIADOS A MALESTAR PSICOSOCIAL

P01	SENSACION DE ANSIEDAD/TENSIÓN/NERVIOSISMO
P03	SENSACIÓN/SENTIMIENTOS DEPRESIVOS
P04	SENSACIÓN SINTIMIENTOS DE IRRITABILIDAD/ENOJO
P06	TRASTORNOS DEL SUEÑO
P07	DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL
P08	AUSENCIA/PERDIDA DE SATISFACIÓN SEXUAL
P25	PROBLEMAS DE LAS ETAPAS DE LA VIDA EN EL ADULTO
Z01	POBREZA /DIFICULTADES ECONÓMICAS
Z03	PROBLEMAS DE VIVIENDA/VECINDAD
Z04	PROBLEMAS SOCIOCULTURALES
Z05	PROBLEMAS OCUPACIONALES/DEL TRABAJO
Z06	DESMPLEO/PARO
Z08	PROBLEMAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL/SISTEMA DEL BIENESTAR
Z12	PROBLEMAS DE RELACIÓN ENTRE CONYUGES
Z13	PROBLEMAS CON LA CONDUCTA DEL CONYUGE
Z14	PROBLEMAS POR LA ENFERMEDAD DEL CONYUGE
Z15	PERDIDA/MUERTE DEL CONYUGE
Z16	PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS HIJOS
Z18	PROBLEMAS POR ENFERMEDAD DE LOS HIJOS
Z19	PERDIDA/MUERTE DE UN HIJO
Z20	PROBLEMAS DE RELACIÓN CON LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
Z22	PROBLEMAS POR ENFERMEDAD DE LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
Z23	PÉRDIDA/MUERTE DE LOS PADRES/OTROS FAMILIARES
Z25	PROBLEMAS DERIVADOS DE LA VIOLENCIA/AGRESIONES
Z29	OTROS PROBLEMAS SOCIALES