

Los grupos socioeducativos: una experiencia de buena práctica metodológica en atención primaria de salud

José Manuel Jiménez Rodríguez

Trabajador Social. Equipo de Salud Mental Comunitaria. Palma del Río. Córdoba

Resumen

La promoción para la salud es considerada una herramienta de intervención donde la implicación entre los distintos agentes (profesionales de la salud, paciente y ciudadanía) se hace patente. La Organización Mundial de la Salud define la promoción para la salud como el proceso por el que se le permite a la persona incrementar el control sobre su salud; de esta forma, se pone en valor el enfoque participativo de los individuos, las organizaciones, las comunidades e instituciones, quienes colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos (Organización Mundial de la Salud, 1986). Desde el momento en que trabajar con la comunidad ganase protagonismo, por tratarse de un activo en salud, las organizaciones internacionales, nacionales y autonómicas han visto la necesidad de impulsan mecanismos que favorezcan esta línea de trabajo y que la misma permanezca en el tiempo. Las experiencias previas y los resultados de un enfoque metodológico basado en la comunidad como grupo, han ido aportando beneficios en el paciente, el profesional, la administración sanitaria y la propia comunidad, que han hecho plantear un nuevo modo de asistir los procesos de salud- enfermedad. Dicho esto, el Servicio Andaluz de Salud apuesta por una iniciativa denominada “grupos socioeducativos” que va a contribuir al mejoramiento de la salud mental de la población general. Esta estrategia que arrancase en el 2012, queda contemplada para este año en el Contrato Programa del Servicio de Salud de Andalucía y hace que sean los trabajadores sociales sanitarios los encargados de desarrollar una novedosa labor intervencionista acorde al perfil profesional con el que estos cuentan. Este modelo de actuación, unitario en contenido y forma para toda la Comunidad Autónoma de Andalucía, descansa en unos objetivos, fines, contenidos,..., unívocos, así como, en una metodología bien especificada que va ha hacer que todos los profesionales de las distintas Áreas Sanitarias y Unidades de Gestión Clínica, actúen de una misma forma y bajo un mismo criterio. Asistimos con ello a un cambio que posiblemente separe el antes y el después de la profesión del Trabajo Social en el campo concreto de la salud.

Palabras claves

Promoción de la Salud Mental, Atención Primaria de Salud, Participación Comunitaria, Trabajo Social.

Abstract

Health promotion is an interventional tool which implies interactions between health professionals, patients and population. The World Health Organization defines health promotion as the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. It moves beyond a focus on individual behaviour towards a wide range of social and environmental interventions. It focuses on the collaboration between individuals, organizations, communities and institutions, in order to create optimum conditions which could guarantee health and wellness (World Health Organization, 1986). Since community work has been recognized as health promoter, international, national and regional organizations have looked for stable mechanisms to favor this line of work. Previous experiences and results based on community methodological approach have shown important benefits to patients, professionals, health administrations and communities. This has been proposed as a new vision for the health-disease process. The Andalusian Health Service has started a new campaign called "Socio-Educational Groups - GRUSE" which will contribute to the improvement of the mental health of the general population. This strategy, which started in 2012, is included in SAS Contract Program and guides Healthcare Social Workers for developing a novel interventional work according to their professional profile. This new model applied in all the regions of Andalucía is based on clear objectives, purposes and contents, together with specific methodology that will help all health professionals to act in the same way and applying the same criteria. Of no doubt, this model will mark a new era for the Social work in health field.

Keywords

Mental Health Promotion, Primary Health Care, Community Participation, Social Work.

INTRODUCCIÓN

Tras la creación y puesta en marcha del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en el año 1986, de acuerdo con lo previsto en el artículo 64 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, la sanidad andaluza se ha visto transformada. Es a partir de este momento que se empieza a trabajar mediante planes y programas autonómicos bien definidos, que permitirán marcar las directrices en materia sanitaria para toda la Comunidad Autónoma de Andalucía. El SAS se halla dotado de una organización, estructura e infraestructura (catálogo de servicios y prestaciones) que posibilita la accesibilidad a la salud a toda la ciudadanía, haciendo uso de la atención primaria (AP) de salud como mejor fórmula para cumplir con este precepto. El paradigma asistencialista que impregnase la profesión médica en el pasado, dará paso a una nueva forma de actuación donde gana protagonismo la comunidad y bajo esta, la promoción para la salud y la participación ciudadana. Es por mandato expreso de las organizaciones internacionales (La Conferencia Alma Ata de 1978, el Informe Lalonde de 1981, la Carta Ottawa de 1986, la Declaración de Yakarta de 1997 sobre promoción de la salud en el siglo XXI, o la Organización Mundial de la Salud con su informe sobre la salud en el mundo 2000) que las administraciones sanitarias de los distintos países se verán obligadas a favorecer las condiciones necesarias para una actuación basada en la comunidad, pilar fundamental en la práctica clínica. Serán estas instituciones sanitarias quienes promuevan

políticas saludables y contribuyan a reforzar la acción comunitaria, generando habilidades personales entre sus miembros y desarrollando entornos específicos que contribuyan a la salud general (López y Aranda, 1999). Gracias a la promoción para la salud se garantizará la responsabilidad social por la salud, se consolidará y ampliará las alianzas estratégicas en pro de la salud, se aumentará la capacidad de las comunidades y empoderamiento de los individuos, etc., poniendo su énfasis entre otros, sobre los factores determinantes de la salud como en el papel de la mujer en el desarrollo de la salud. Mediante esta, la salud adquirirá un nuevo sentido así como nuevas formas de tratamiento que van a permitir al paciente y su entorno, ganar protagonismo en los procesos de salud-enfermedad. Estrategias como los grupos socioeducativos (GRUSE) en AP han pasado a formar parte de una nueva iniciativa intervencionista grupal y/o comunitaria dentro del SAS, que hacen que, lo que antes fuesen grupos de apoyo o ayuda mutua tal y como los conocemos, coexisten con una forma de actuación cuanto menos original e innovadora, encaminada a fomentar y potenciar la salud de los individuos, haciendo para ello, uso de los propios recursos y/o activos personales y de la comunidad (Hernán y Lineros, 2008) (Botello, Et. Al., 2013) De esta forma se empiezan a crear nuevos espacios y foros de participación ciudadana donde el devenir de la profesión de Trabajo Social se entremezcla con los compromisos, inquietudes, necesidades... de la ciudadanía.

PRESENTACIÓN DEL TEMA

Es por ende de las organizaciones internacionales como nacionales, ya sean, la Conferencia Ministerial Europea sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia de alto nivel de la Unión Europea o la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud que, la Consejería de Salud y Bienestar Social (hoy denominada Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales) junto con el SAS, han llevado a cabo medidas de actuación que obedecen a las recomendaciones de dichos estamentos. Culminación de ello, es la puesta en marcha de lo que hoy día conocemos como “*Grupos Socioeducativos en Atención Primaria de Salud*” (World Health Organization, 2005). Estos grupos socioeducativos, o “los GRUSE” como comúnmente se les llama, pasan a formar parte de una estrategia de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales de la población en general y los grupos más vulnerables de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Estrategia enmarcada en el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (2008-2012) y más concretamente en el Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatización, cumple con la encomienda de fomentar activos en salud mental entre sus participantes cuyo fin, será desarrollar y potenciar habilidades personales y de la propia comunidad entre los componentes del mismo (World Health Organization, 2004) (World Health Organization, 2005) (Consejería de Salud, 2008). Los GRUSE se presentan como una herramienta saludable de afrontamiento a las vicisitudes de la vida cotidiana a través de dinámicas teórico-prácticas que, hacen adquirir y/o ponen en valor cualidades, dones y talentos, potencialidades, etc., entre sus participantes, en definitiva, potenciar factores de protección que favorezcan el empoderamiento. De este modo, el grupo socioeducativo será estimado como un espacio óptimo para afrontar, resolver,..., aspectos individuales de la persona y contribuir al mejor funcionamiento social del grupo en sí como de la comunidad en que se inserta (Rossell, 1998) (Hernán, Mogán y Mena, 2013).

DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA

La estrategia GRUSE está diseñada de forma que cualquier trabajador social del ámbito de la salud pueda desarrollar dicha iniciativa independientemente de la formación y habilidad que tenga en manejo de grupos. Su estructura, contenidos, materiales escritos y audiovisuales, los apoyos formales e informales,..., son tan ricos y amplios que permiten iniciarnos y profundizar en un modelo de intervención grupal y comunitario definido en objetivos comunes y resultados prácticos semejantes.

- LOS ANTECEDENTES DE LA ESTRATEGIA

Como ya mencionásemos anteriormente el GRUSE queda enmarcado en la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud y concretamente dentro del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (II PISMA) y su proceso de Ansiedad, Depresión y Somatización (Gómez et al, 2011). Del total de estrategias que identifica este II PISMA, varias de ellas acogerán los GRUSE dentro del ámbito de la AP. Podemos decir que la estrategia: Promoción de la salud mental, prevención y enfermedad mental, salud mental y género y atención a la salud mental de la población andaluza, son prueba manifiesta de ello. No conocemos antecedentes de los GRUSE como práctica específica de intervención del trabajo social en salud aunque, sí es cierto que trabajos previos con cuidadoras, amas de casa y grupos de relajación, han hecho posible la consolidación de este (Consejería de Salud, 2012).

- LA EXPERIENCIA PREVIA

Son las provincias de Málaga (Vélez Málaga y Ronda), Cádiz (Jerez), Sevilla, Jaén (Úbeda) y Almería pioneras en esta materia. Gracias al esfuerzo de las trabajadoras sociales y el apoyo de compañeros de las diferentes Unidades de Gestión Clínica en que se insertan, los GRUSE adquieren solidez y fuerza como el sentido que hoy se la ha dado. Será durante los años 2008, 2009 y 2010 que Málaga lleve a cabo 47 grupos en los que participan 566 mujeres (Consejería de Salud, 2011). Los resultados de estas experiencias precias han hecho que la propia Consejería de Salud y Bienestar Social crea y apueste por esta iniciativa impulsada por esta misma.

- EL OBJETIVO DE LOS GRUSE

Entre los objetivos planteados con las participantes de los grupos socioeducativos destacan los siguientes: 1) Potenciar los factores de protección entre los miembros del grupo como agentes pertenecientes a la comunidad; 2) Mejorar el estado de salud mental de los participantes y la población en que se insertan; 3) Dotar a estos participantes de herramientas, habilidades, cualidades y potencialidades que contribuyan al mejoramiento de su salud; 4) Crean talentos, vínculos,..., que garanticen una verdadera integración en la comunidad, como una red potente de apoyo y ayuda mutua. De esta forma, se podrá garantizar una actuación profesional de éxito que culminará con la actitud y/o posicionamiento de los participantes ante la vida y la comunidad regida por el factor empoderamiento (Fernández y López, 2008) (Fabra, 2003)

- EL MODELO DE ACTUACIÓN

El método utilizado para la consecución de los objetivos del grupo socioeducativo queda encuadrado en el modelo de salud positiva de Antonovsky (1987). Dicho modelo centra su atención en una óptica no patógena, poniendo su interés en el origen de la salud y no en el origen de la enfermedad (modelo salutogénico). Ello, requiere dirigirse hacia lo que

“funciona” y tiene efectos positivos para la salud de la persona como p.e: la autoestima,..., y todos aquellos factores que son buenos para la salud y el bienestar (Morgan, Davies y Ziglio, 2011). Del mismo modo, este modelo emplea para la planificación, aprendizaje y evaluación de las intervenciones en salud el marco general ABCD (Asset Based Community Development) o Desarrollo Comunitario Basado en Activos (Scale y Leffert, 1999). Hablando en términos prácticos se puede decir que los GRUSE harán uso de un *mapa de activos en salud* cuya categorización define los activos en seis niveles. Estos activos quedan representados en: (1) Individuos, (2) Asociaciones y Organizaciones, (3) Instituciones, (4) Economía Local, (5) Cultura Local e (6) Infraestructura y espacios (Hernán, 2011). La figura (1) muestra el modelo de mapa de activos utilizado en los grupos para la consecución de sus objetivos.

- LOS GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS CON MUJERES (GRUSE-M)

En su etapa inicial los GRUSE quedan conformados por grupos de mujeres (mayores de 18 años) cuyos problemas de salud no presentan base sintomatológica específica y que, ante la aparición de un malestar físico y/o emocional no responden a tratamientos farmacológicos. Se trata de grupos de mujeres hiperfrecuentadoras en consulta clínica de AP, cuyo perfil presenta complicaciones personales y/o sociales que actúan como factor de riesgo de enfermedad mental, así como, acontecimientos vitales estresantes que las hace vulnerables ante situaciones problema (Velasco, 2005) (Velasco, 2006). Cada edición GRUSE-M cuenta con 8 sesiones estructuradas de la siguiente manera: una sesión inicial, 6 sesiones de contenido (relacionado con la potenciación de activos en salud mental) y una última de cierre. La temática y contenido de estas sesiones pretende dotar a las integrantes de mecanismos y herramientas que sirvan para enfrentar las dificultades del día a día (Ver figura 2). Para el año 2012, las recomendaciones de los servicios centrales a las Unidades de Gestión Clínica de las diferentes Áreas o Distritos Sanitarios son las de desarrollar al menos una edición GRUSE. Será el profesional *Trabajador/a Social*, el encargado de ejecutar dicha edición en su totalidad con el apoyo del resto de profesionales sanitarios y no sanitarios, como el de los entes y/o agentes locales (Ver figura 3 y 4).

- LA METODOLOGÍA INTERVENCIONISTA

La metodología empleada para la puesta en marcha y desarrollo de los GRUSE puede quedar separada en dos fases bien delimitadas. Su primera fase, está basada en una estrategia formativa y de difusión, como de acercamiento y sensibilización a los profesionales vinculados al SAS. Es aquí donde Consejería de Salud, SAS y Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), aúnen criterios, esfuerzos y líneas estratégicas de intervención que promoverán la puesta en marcha de dichos grupos. Será el cuerpo de trabajadores sociales el encargado de formarse así como de formar e informar al resto de profesionales. Tras este primer contacto, el trabajador social utilizará las medidas oportunas para favorecer la sensibilización de la comunidad y/o la ciudadanía y creen el grupo sobre el que trabajar. La tabla representada en la figura 5 muestra el desarrollo de las secuencias de esta primera fase (Ver figura 5). Por otra parte, la segunda fase de la estrategia GRUSE agrupa aquellas actuaciones (sesiones) llevadas a cabo dentro del grupo una vez constituido, y que van encaminadas al mejoramiento del estado de salud mental de sus integrantes. En esta fase, el trabajador social sigue, dirige, orienta, coordina, impulsa y evalúa al grupo mediante sesiones teórico-prácticas referidas a cuestiones que guardan relación con las emociones, autoestima, percepción, control de pensamientos, solución de problemas, etc. Cada edición constará de 8 sesiones con una duración aproximada de 2 horas cada una de ellas, a realizar

una vez por semana. Durante los dos meses que dura la edición, el trabajador social asumirá un rol de dinamizador- facilitador y adquirirá un estrecho compromiso con el grupo a lo largo de toda la edición. Será al final de esta cuando el trabajador social evalúe el impacto de la estrategia en el grupo como en cada una de las participantes. Ello podrá llevarse a cabo mediante entrevista diseñada y cuestionarios de autovaloración recogidos en los manuales diseñados por la EASP (Manual GRUSE, manual de anexos y manual de argumentarios) y que son una importantísima herramienta para la puesta en marcha, desarrollo y evaluación de los GRUSE. La figura 6 muestra la estructuración y el contenido de esta segunda fase de la estrategia (Ver figura 6). Una vez finalizada la primera edición GRUSE, esta será evaluada mediante jornadas y/o encuentros a propuesta de la Consejería de Salud y Bienestar Social en colaboración con la EASP. Para este año 2013 y desde la EASP se imparte el I Encuentro de trabajo “Grupos socioeducativos en AP” celebrado el día 21 de mayo, donde se analiza el impacto y los resultados de la estrategia a nivel andaluz.

- LA PLATAFORMA Y EL FORO DE PARTICIPACIÓN

La plataforma web es otro recurso, este de nivel informático, con el que cuentan los trabajadores sociales sanitarios. Es aquí donde se comparten momentos, experiencias y recursos mediante foros a nivel provincial como autonómico. Para ello, la EASP previa alta en esta plataforma, registra a los usuarios y asigna un código y una clave personal que autoriza el acceso a la misma. Esta plataforma permite pedir consejo y asesoramiento a compañeros más experimentados, compartir e intercambiar información y materiales, como ver en qué fase de los GRUSE se encuentra en resto de compañeros. Dicha plataforma cuanto menos motivadora, encauza las directrices que se deben seguir cuando el profesional se aleja por un momento del camino a recorrer. En ella se han “colgado” todo el material de las sesiones en formato pdf, power point, audio-visuales,... que harán más sencilla, cómoda y práctica la labor a desarrollar. Para este año 2013 se ha dado un giro de tuerca y la Consejería de Salud y Bienestar Social junto con EASP, ha creado en esta plataforma un acceso para los/as participantes-usuarios/as de los GRUSE. Sin que estos puedan acceder a los foros profesionales, ello permite que los propios usuarios puedan compartir historias de vida, momentos concretos, la experiencia GRUSE (sus expectativas, sensaciones, emociones, recuerdos,...) de forma escrita así como, a través de fotografías y otros documentos audio-visuales.

CONCLUSIONES Y APORTACIONES INNOVADORAS

La estrategia GRUSE en AP es una novedosa forma de intervención sociosanitaria que abarca la dimensión bio-psico-social de la enfermedad. El tomar consciencia de la importancia que tiene el ámbito comunitario como activo en salud y su influencia en el bienestar emocional de las personas, ha hecho plantearnos desde la práctica clínica que trabajar con pacientes va más allá del mero paternalismo asistencialista. Desde el momento en que hacemos partícipe al paciente en su proceso de salud-enfermedad, toma fuerza el compromiso creado entre el profesional y este que hará que, juntos trabajaren en pro de un mejoramiento del estado de salud y una mayor calidad de vida. Muchos estados físicos de malestar son producto de un desequilibrio emocional que no siempre responde a una causa especificada. La estrategia GRUSE engloba un enfoque de trabajo basado en dichas premisas y hace que, utilizando el grupo como herramienta, se creen espacios profesionales donde la dinámica y la sesión práctica vayan sustituyendo la medicalización. La detección

de pacientes hiperfrecuentadores en consultas de AP cuya causa inespecífica hace que no respondan a tratamiento alguno, han dado la voz de alarma para una actuación inmediata por parte de las administraciones sanitarias. A modo de ejemplo, se puede decir que para el año 2012, se han creado en la Comunidad Autónoma de Andalucía 187 ediciones en 194 UGC, lo que representa un 46 % del total de UGC de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAP). De esta iniciativa pionera se han beneficiado 1.489 mujeres de 1.781 que iniciaron la actividad, lo que supone una tasa de fidelización del 84%. Dato importante a tener en cuenta es la reducción del nivel de estrés y ansiedad de los participantes en casi 2 puntos (según test de ansiedad y depresión) al finalizar las sesiones, que permite a corto plazo una mejora del estado de salud emocional. Es por ello que los GRUSE se consideran una estrategia de buenas prácticas que permite tener en cuenta otros aspectos, estos de tipo social, en la salud de la persona. Sin ir más lejos, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad reconoció los grupos socioeducativos como ejemplo de buena práctica en la prevención de la violencia de género, obteniendo la 2ª puntuación más alta en su clasificación; Ello es prueba más que suficiente para seguir trabajando en esta línea tan concreta.

Finalmente, trabajar desde un enfoque de salud positiva a nivel global que integre todos los aspectos del individuo (valores, creencias, experiencias de vida, recursos personales y de la comunidad,...) en sustitución de la farmacología, es una apuesta arriesgada e innovadora que escapa de lo clínico. La perspectiva salutogénica y el sentido de coherencia menos trabajador en medicina hacen de los GRUSE un modelo de intervención apropiado y justo para la ciudadanía, la cual se verá más empoderada y la propia comunidad médica. Asimismo, la profesión del Trabajo Social se ve recompensada con el esfuerzo y dedicación que los trabajadores sociales en salud han desarrollado en el pasado y desarrollan en el ámbito comunitario, no siempre entendido ni reconocido por otras disciplinas.

BIBLIOGRAGÍA

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion: *Health Promotion International*, 11, 11-18.

Botello, B.; Palacio, S.; García, M., Morgalles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J. y Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en la comunidad. España: *Gaceta Sanitaria*, 27 (2) 180-183.

Consejería de Salud. (2008). *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Consejería de Salud. (2011). *Manual para el diseño e implementación de los grupos socioeducativos en atención primaria (GRUSE)*. Sevilla: Secretaria General de Salud Pública y Participación. Junta de Andalucía.

Consejería de Salud. (2012). *Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatización*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Fabra, M.L. (2003). *Técnicas de grupo para la cooperación*. Barcelona: Ediciones CEAC.

Fernández García T., López Peláez A. (2008). *Trabajo Social con grupos*. Madrid: Alianza

Editorial.

Gómez Beneyto, M. (Coord.) et al. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Hernán García, M., y Lineros González, C. (2008). *Los activos para la salud. Promoción de la salud en contextos personales, familiares y sociales*. (Manuscrito no publicado). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Hernán García, M., Mogán A. y Mena Jiménez A.L. (2013). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

López Fernández, L. y Aranda Regules, J.M. (1994). *Promoción de salud. Un enfoque en salud pública*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Morgan, A., Davies, M., y Ziglio, E. (2011). Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action, JAMA, 305 (9) 945-946.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Otawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Rossell Poch, T. (1998). Trabajo social de grupos. Grupos socioterapéuticos y socioeducativos: *Cuaderno de Trabajo de Social*, 11, 103-122.

Scales, P.C. y Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneápolis: Search Institute.

Velasco Arias, S. (2005). *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Velasco Arias, S. (2006). *Atención biopsicosocial al malestar de la mujeres. Intervención en atención primaria de salud*. 1ª Ed. Madrid: Instituto de la Mujer.

World Health Organization. (2004). *Mental Health Promotion* [Internet] Ginebra: Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

World Health Organization. (2005). *Mental Health Declaration for Europe* Ginebra: World Health Organization Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

World Health Organization. (2005). *Mental Health Action Plan for Europe* [Internet] Ginebra: Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf

ANEXOS

Figura 1: Mapa de activos en salud



Fuente: Manual de diseño e implementación de los GRUSE. Secretaría General de Salud Pública. Consejería de Salud, 2011.

Figura 2: Las sesiones de los grupos socioeducativos en atención primaria de salud

SESIONES GRUSE-M	
Sesión Inicial	Presentación
Sesión 1	Autoestima
Sesión 2	Comunicación
Sesión 3	Emociones
Sesión 4	Percepción
Sesión 5	Pensamiento positivo
Sesión 6	Meta/objetivos- Resolución de conflictos
Sesión Final	Evaluación
En la sesión inicial se podrán trabajar aspectos relacionados con los activos en salud. En la sesión final o de cierre de la edición se podrán trabajar aspectos relacionados con el empoderamiento.	

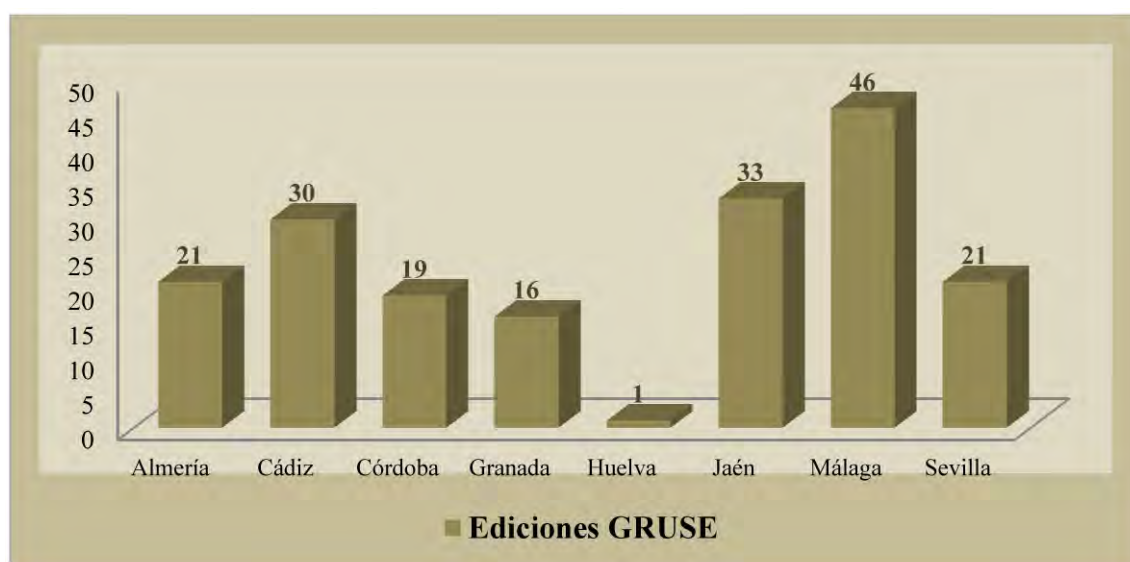
Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos del manual de diseño e implementación de los GRUSE. Secretaría General de Salud Pública. Consejería de Salud, 2011.

Figura 3: Porcentaje de Unidades de Gestión Clínica con grupos socioeducativos implantados

DISTRITO	% UGC	DISTRITO	% UGC
AGS Norte de Almería	10%	Huelva Costa	0%
Almería	72%	Jaén	64%
Poniente de Almería	57%	Jaén Nordeste	100%
AGS Campo de Gibraltar	55%	Jaén Norte	36%
Bahía de Cádiz-La Janda	54%	Jaén Sur	60%
Jerez-Costa Noroeste	100%	A. G. S. Este de Málaga-Axarquía	67%
Sierra de Cádiz	40%	A. G. S. Norte de Málaga	50%
AGS Norte de Córdoba	100%	A. G. S. Serranía de Málaga	40%
Córdoba	0%	Costa del Sol	29%
Córdoba Sur	60%	Málaga	72%
Guadalquivir	86%	Valle del Guadalhorce	86%
AGS Sur de Granada	30%	A. G. S. de Osuna	27%
Granada	33%	Aljarafe	0%
Granada Nordeste	71%	Sevilla	52%
Metropolitano de Granada	25%	Sevilla Norte	43%
AGS Norte de Huelva	0%	Sevilla Sur	14%
Condado-Campiña	13%	X Media	46%

Fuente: SIGAP. Diciembre 2012

Figura 4: Ediciones de grupos socioeducativos realizadas en 2012



Fuente: SIGAP. Diciembre 2012.

Figura 5: Fase de formación e información a los profesionales sobre los grupos socioeducativos

FASE 1ª: DE FORMACION E INFORMACION A LOS PROFESIONALES DEL SAS		
1ª Secuencia	Formación de trabajadores Sociales	En esta primera secuencia es seleccionado desde los Distritos Sanitarios a un trabajador social por cada uno de estos Distrito para ser formado por la EASP sobre GRUSE (Curso de Formador de GRUSE en AP)
2ª Secuencia	Reunión con Delegación de Salud	Tras esta formación, son llamados a reunión estos trabajadores sociales formados, junto con los responsables y los técnicos de promoción para la salud, a fin de establecer puntos fuertes de los GRUSE como el reparto del trabajo.
3ª Secuencia	Formación al total de trabajadores sociales	En esta secuencia son convocados todos los trabajadores sociales para ser formados.
4ª Secuencia	Sensibilización	Una vez formados todos los trabajadores sociales, estos deberán formar/informar a su Unidad de Gestión Clínica sobre las estrategia de cara a establecer la captación, derivaciones, vías de coordinación, apoyos,.. Aquí esta secuencia, en mediante reunión externa, se podrá informar al resto de agentes sociales (Servicios Sociales, Centro de la Mujer, Asociaciones,...).
5ª Secuencia	Captación	Tras ser entrevistadas las futuras participantes y creado el grupo, según criterios de inclusión se pondrá en marcha la edición GRUSE (Culminación del grupo).

Fuente: Elaboración propia tras los datos obtenidos del SAS, 2012.

Figura 6: Fase de puesta en marcha de los GRUSE en AP

FASE 2ª: DESARROLLO DE LA EDICION GRUSE EN AP		
1ª Secuencia	Creación del grupo/ consolidación	Esta etapa culmina una vez captadas, entrevistadas y seleccionadas las participantes del grupo.
2ª Secuencia	Ejecución/ desarrollo de las sesiones GRUSE	En esta secuencia se integran las distintas sesiones teórico-prácticas (las de inicio, contenido y fin) llevadas a cabo por el trabajador/a social. Ver figura 2 (Sesiones GRUSE-M).
3ª Secuencia	Evaluación Final	Ocurre una vez finalizada la edición. Aquí se evaluará el contenido del curso como el impacto de esta en las participantes (test de ansiedad y depresión y encuesta de valoración).

Fuente: Elaboración propia tras los datos obtenidos del SAS, 2012.