

Actitudes de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos

J.C. Duro Martínez

Objetivo. Conocer las actitudes de los profesionales sanitarios sobre el trabajo con grupos en atención primaria.

Diseño. Investigación cualitativa-estructural.

Emplazamiento. Áreas de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Participantes. Médicos generales, médicos especialistas en pediatría, médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, profesionales de enfermería y de trabajo social.

Métodos. Cuatro grupos de discusión y 4 entrevistas abiertas.

Resultados. En el discurso se detectan 3 posiciones de los profesionales: a) los «convencidos», en su mayoría trabajadoras sociales, enfermeras y algunos médicos (más los médicos de familia que los generales), que «creen» en los grupos; b) los «escépticos», médicos, sobre todo, y algunas enfermeras, que defendería un modelo básicamente clínico-asistencial, y c) los «convencibles», que constituyen el grupo mayoritario, sin duda, formado por médicos y enfermeras que estarían dispuestos a hacer grupos si se dieran una serie de condiciones favorables.

Conclusiones. El desarrollo de los grupos de educación para la salud en atención primaria en Madrid está mediatizado por el escepticismo de sus profesionales.

Palabras clave: Grupos. Educación para la salud. Atención primaria. Investigación cualitativa. Actitudes de los profesionales. Grupo de discusión. Entrevista abierta.

ATTITUDES OF PRIMARY CARE PROFESSIONALS IN MADRID IN RELATION TO WORK WITH GROUPS

Objectives. To learn about attitudes of health professionals with regard to work with groups in primary care.

Design. Qualitative-structural research.

Location. Autonomous Community of Madrid.

Participants. General practitioners, pediatricians, specialists in family and community medicine, nurses, and social workers.

Methods. 4 discussion groups and 4 open interviews.

Results. 3 positions were identified in these professionals: the "convinced," mainly social workers, followed by nurses and some doctors (more often the family/community specialists than the GPs), who "believe" in groups; the "sceptics," mostly doctors and some nurses, who defend a basically clinical-care model; and the "convincibles," clearly the largest group, made up of doctors and nurses who, given a series of favourable conditions, would be prepared to make groups.

Conclusions. The development of health education groups in primary care in Madrid is conditioned by the scepticism of professionals.

Key words: Groups. Health education. Primary health care. Qualitative research. Attitudes of professionals. Discussion groups. Open interview.

Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Madrid. Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad Complutense. Madrid. España.

Correspondencia:
Juan Carlos Duro Martínez.
Agencia Laín Entralgo para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios.
Gran Vía, 27. 28013 Madrid. España.
Correo electrónico:
juancarlos.duro@salud.madrid.org

Manuscrito recibido el 14 de marzo de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 13 de septiembre de 2004.

Este artículo es parte de una investigación financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (Exp. 93/0907).

Introducción

El trabajo con grupos en atención primaria en Madrid, especialmente para actividades de educación para la salud, ha ido incrementándose en los últimos años, en muchos casos por iniciativas de los propios profesionales que se han visto reforzadas al incluirse dicha actividad en la Cartera de Servicios^{1,2}. Su puesta en marcha no ha sido (ni es) un camino lineal y fácil ya que, cuando menos, supone un cierto cambio conceptual y del modo de trabajo de unos profesionales que, en su mayoría, han sido socializados durante su formación en modelos exclusivamente individualistas y más bien biológicos³⁻⁵.

Por tanto, no es extraño que las actitudes hacia el trabajo grupal de los profesionales que son, en última instancia, quienes lo van a llevar a cabo influyan decisivamente en su fomento o enlentecimiento y que, a su vez, estas actitudes estén íntimamente relacionadas con la organización institucional, el estatus y el rol profesional, las relaciones entre los diferentes profesionales (médicos, enfermería y trabajadores sociales)⁶, la formación y las experiencias previas⁷, el trabajo en equipo⁸, etc. Con el objetivo general de conocer los discursos de los profesionales de atención primaria de Madrid sobre los grupos se hizo esta investigación, cuyo objetivo específico era conocer sus actitudes sobre el trabajo con grupos.

Participantes y métodos

Diseño

A tenor del carácter y la naturaleza de los objetivos de investigación propuestos, que pertenecen al segundo nivel de la realidad social —el orden del discurso—, se eligió el método cualitativo-estructural como el más adecuado para darles respuesta. Este método de investigación toma como centro a los sujetos-actores (en nuestro caso, los profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria del Insalud de la Comunidad de Madrid) para tratar de captar el mundo subjetivo de los participantes en el estudio. Como técnicas de recogida de datos se utilizaron los grupos de discusión⁹⁻¹² y como complemento, las entrevistas abiertas^{13,14}.

Muestra y participantes

La población objeto de nuestro estudio estaba constituida por los profesionales tradicionalmente considerados como sanitarios (médicos y enfermeros/as) y por los nuevos profesionales (trabajadores/as sociales) que han sido incluidos en los equipos de atención primaria («clases estructurales»).

Los grupos de discusión «representarán» estructuralmente la población de estos 3 segmentos de estudio, y su producción discursiva deberá dar cuenta de las variaciones en las diferentes representaciones presentes en el universo de referencia. Buscar la saturación del discurso a partir de su redundancia dará cierta garantía de su verosimilitud, sin que pretendamos (sería imposible

de todos modos) agotar los posibles matices que sobre el tema tendrán nuestros interlocutores.

Se dividió a la población objeto de estudio en función de diferentes variables relevantes para nuestros objetivos de investigación: profesión, área sanitaria y sexo. El resto de variables hay que tenerlas en cuenta para buscar la mayor heterogeneidad en el discurso de cada clase. Son especialmente relevantes: el tiempo de actividad laboral y, sobre todo, si han tenido formación y/o experiencia de trabajo grupal y/o psicosocial.

Los grupos de discusión se organizaron en función de la variable *profesión*, que tomamos como heterogeneidad excluyente y, dentro de la profesión de médicos, se discriminó entre médicos generales, sin especialidad, médicos especialistas en pediatría y médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (heterogeneidad incluyente). La variable *área sanitaria* se tuvo en cuenta para evitar la excesiva representación de las áreas en las que hubiera un mayor desarrollo de las actividades grupales por diversas razones (mayor formación y experiencias de los profesionales, más potenciación por parte de las gerencias, etc.). La variable *experiencia previa con el trabajo con grupos*, aunque fue tenida en cuenta a la hora de la composición de los grupos, no ha podido ser identificada cuantitativamente en cada grupo debido a que los investigadores no han llevado un registro (es decir, en cada grupo había profesionales con distintos grados de experiencia pero no hemos cuantificado cuántos tenían experiencia y en qué grado), ya que fueron los captadores los que la tuvieron en cuenta a la hora de seleccionar a los participantes en los grupos de discusión. Esta limitación no quita validez a los resultados en tanto que expresan la tendencia del posicionamiento topológico de las opiniones en función de los distintos grados de experiencia.

Para el diseño de la muestra (tabla 1) se tuvieron en cuenta esas variables y requisitos (tabla 2) con el fin de incluir mínimos de homogeneidad y heterogeneidad en cada uno de los dispositivos de producción de datos. El proceso de captación empleado ha sido el método de «bola de nieve» o «red de captación mediante pasos sucesivos», y en un primer paso se han utilizado captadores que, por motivos de amistad, relación profesional, vínculos a través de la actividad docente o varios de ellos simultáneamente tuvieran una buena relación con los investigadores.

Los 4 grupos de discusión (2 con médicos [GDM], 1 con personal de enfermería [GDE] y 1 con trabajadores sociales [GDTS]) y las 4 entrevistas abiertas (2 con médicos generales [EMG] y 2 con trabajadores sociales [ETS]) que forman parte de esta investigación se realizaron en el Centro Universitario de Salud Pública, institución docente vinculada a la Universidad Autónoma de Madrid y a la Comunidad de Madrid y cuya imagen de neutralidad respecto a la institución Insalud a la que pertenecen todos los participantes es una condición metodológica necesaria para la fluidez expositiva de los participantes. La duración de cada reunión de grupo osciló entre 65 y 90 min y el grupo se dio por finalizado cuando, a juicio del preceptor, se había agotado la producción grupal sobre el tema y empezaba a producirse una ostensible redundancia. En todos los grupos y entrevistas se invitó a la discusión mediante la consigna: «*vamos a hablar del trabajo cotidiano que se hace fuera de la consulta en los equipos*», para después, según la guía temática, ir centrando el debate en las actividades o trabajos con grupos una vez eran nombrados de forma espontánea por los hablantes.

Análisis

Todo lo dicho en los grupos de discusión y las entrevistas abiertas fue recogido en cinta magnetofónica y posteriormente tras-

TABLA 1 Diseño de los grupos de discusión y las entrevistas abiertas

Grupo de discusión	Variables de los participantes	Área sanitaria
1	8 mujeres y un varón, profesionales de enfermería, 30-40 años	1, 2, 5, 9, 10 y 11
2	4 mujeres y 3 varones, médicos especialistas de medicina familiar y comunitaria y pediatría, 30-45 años	1, 3, 6, 8, 10 y 11
3	5 mujeres, trabajadoras sociales, 26-35 años	1, 8, 9 y 10
4	5 mujeres y un varón, médicos generales y de familia, 30-40 años	4, 7, 8, 9 y 11
2 entrevistas en profundidad	Médicos, 35-40 años	3 y 6
2 entrevistas en profundidad	Mujeres, trabajadoras sociales, 30 años	2 y 5

TABLA 2 Variables para la composición de los grupos de discusión

Colectivo profesional de pertenencia: médicos generales y médicos especialistas en pediatría, médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria, enfermeros y trabajadores sociales

Área sanitaria en la que se desempeña el trabajo

Varones y mujeres

Un mínimo de 2 años de experiencia en atención primaria

Formación/experiencia en trabajo con grupos

crito de forma literal. Ello constituye el *corpus* de datos discursivos de esta investigación y sobre él se aplicaron el análisis y la interpretación del discurso con el que se pretende dar respuesta a los objetivos del estudio¹⁵.

El análisis y la interpretación de la información recogida fue efectuado, en primera instancia, por el investigador/preceptor que realizó los grupos de discusión y, posteriormente, fue contrastado y supervisado por el investigador principal del estudio. Ninguno de los 2 investigadores conocía ni tuvo contacto previo con los integrantes de los grupos y las entrevistas abiertas, como recomienda el enfoque cualitativo-estructural utilizado en este estudio¹⁶.

Resultados y discusión

Es posible detectar en los profesionales sanitarios 3 actitudes básicas en relación con el trabajo con grupos en atención primaria con las que se podrían conformar 3 categorías: los «convencidos», los «escépticos» y los «convencibles».

Los convencidos: «yo creo en los grupos»

La actitud de defensa y convencimiento del valor del trabajo con grupos aparece de forma más dominante entre los profesionales de trabajo social y enfermería, y de forma más minoritaria entre el colectivo médico. En general, parecen detentar esta actitud trabajadores con experiencia personal en dicha actividad, en gran parte desde la voluntariedad e incluso el voluntarismo. Esta última circunstancia puede explicar el hecho de que la actitud de convencimiento aparezca teñida en algunos casos con un cierto grado de frustración y desánimo (por la percepción de falta de apoyo, reconocimiento, resultados, etc.).

«No solamente no estás incentivado sino que muchas veces eres el tonto del equipo» (GDE).

En este grupo de profesionales se manifiesta la conciencia de ser o haber sido pioneros en este terreno, expresada con enunciaciones que reflejan esfuerzo (*tirar del carro*) en relación con realizar o defender enfoques que vayan más allá de la atención individual.

En el discurso de esta categoría, la necesidad y la conveniencia de llevar a cabo trabajo con grupos en atención primaria son explicadas y justificadas con argumentos relacionados con la creencia y la motivación. A veces se presenta como un argumento de fe, no sujeto a marcos teóricos o explicaciones metodológicas. Esta forma de manifestar la actitud convencida despierta la resistencia y la crítica de los más «científicos» que, por la misma razón, oponen su «ateísmo».

«Los médicos de familia son unos iluminados» (EMG).

Se cree o no se cree, se está motivado o no se está, gusta la actividad como una forma de salir de la rutina o no. La motivación desde la creencia justifica el proceso autodidacta que muchos han seguido para realizar estas actividades y, de manera complementaria, no justifica la parálisis en caso de no tener formación.

«Y luego tú mismo te vas preparando, si es una cosa que te gusta te vas preparando, y a la gente le gusta al final» (GDM).

«Pues siempre que haces algo intentas informarte, documentarte un poquito (...), creo que tampoco hay que paralizarse y decir: hasta que no me den 7 cursos yo desde luego no hago ninguno...» (GDE).

Como otro argumento de la razón teórica aparece la defensa de la realización y utilización de los grupos desde modelos teóricos de educación para la salud. Así, desde los colectivos de enfermería y medicina, uno de los modelos dominantes es el preventivo: la educación en grupo —desde la transmisión de información— tiene efectos a medio-largo plazo en la prevención de enfermedades o trastornos, por aprendizaje de hábitos saludables (y eliminación de los no saludables)¹⁷.

«Hay mucha gente que no hace educación para la salud porque piensa que no sirve para nada (...). Yo soy de los que creo que a base de insistir y de decirlo una vez y otra vez consigues que la gente cambie esos hábitos» (GDM).

Desde la teoría, los profesionales de trabajo social despliegan, por su parte, un modelo más biopsicosocial y ponen el énfasis en el ámbito social, descuidado –según ellos– en la atención primaria. La consideración del ámbito social –entendido como las condiciones de vida y las representaciones sociales, en sentido amplio, de los distintos grupos de población– como génesis de gran parte de los procesos de salud-enfermedad que se atienden en atención primaria justificaría la realización de trabajo con grupos desde un punto de vista integral. En este sentido, los trabajadores sociales observan que «lo social» tiende a olvidarse desde la atención primaria. Este olvido de «lo social» (en el diagnóstico y tratamiento) se vive, también, como el olvido del sentido del trabajo social y, en última instancia, como la falta de reconocimiento de su trabajo en atención primaria. Así, muchos trabajadores sociales dicen ser la «conciencia» de los equipos, que tiene que recordar continuamente, contracorriente y sin mucho éxito, el marco social dentro de un escenario clínico que descontextualiza, según ellos, la enfermedad y su tratamiento¹⁸. Se trata, entonces, de una doble demanda: la de la reconsideración e inclusión de «lo social» como un parámetro contextualizador de las actuaciones sanitarias y la de reivindicar el protagonismo en dicho proceso, para el que precisamente dicen estar formados y preparados. Este protagonismo se concretaría en un lugar profesional y simbólico en el marco de la atención primaria, donde su trabajo fuera reconocido, legitimado y cargado de sentido. Desde este punto de vista, los grupos cobran sentido como una herramienta *ad hoc* y los trabajadores sociales cobran sentido como «asesores»¹⁹.

«Yo, en ese sentido, ahí luchó mucho con los compañeros porque creo que es una parte más, que es una labor más dentro de la atención primaria, el trabajo de prevención y promoción de la salud, ¿no?, abordar eso...» (ETS).

En esta línea, desde el colectivo de trabajo social se sienten en ocasiones como una «invasión» ciertas actuaciones del personal de enfermería. Se dice que realizan incursiones en el terreno de «lo social», más desde la búsqueda de su propia identidad profesional –desde ese relativo vacío de competencias que aparece en otras partes del discurso– que desde una verdadera preparación teórica y metodológica.

«... Creo que enfermería está empezando a tener unos enfrentamientos muy abiertos con trabajo social para llevarse a los pacientes» (GDTs).

También en este sentido, desde el propio colectivo de enfermería surgen algunos apoyos a esta hipótesis desde una lectura crítica de su historia reciente: la consulta de enfermería, observada como una conquista, como un espacio ganado al médico, perdería paulatinamente sentido y sería sustituida por el espacio grupal, en el que el médico tiene menos lugar. La consulta de enfermería y el trabajo con grupos (en sustitución o como actividad añadida) serían, pues, intentos de encontrar un lugar con sentido para el personal de enfermería^{20,21}.

«Y hay otra parte que es lo de la educación a grupos, asistencia a domicilio, otra serie de actividades que deberían de ser más específicas de enfermería» (GDE).

Los escépticos: «los grupos no sirven para nada»

Esta categoría estaría integrada mayoritariamente por profesionales del colectivo médico. La actitud escéptica de éstos estaría sustentada en la defensa de un modelo de atención primaria básicamente asistencial en el que, por tanto, el trabajo con grupos no sólo no aporta nada, sino que incluso resta eficacia (desde el momento en que, de hecho, un número de profesionales se dedica a ellos y no –o menos– a actividades de carácter más marcadamente clínico).

«A mí me encantaría que alguien me dijera si de verdad vale para algo. No, vale mucho más lo que tú le digas al enfermo individualizado que los típicos grupos, los grupos no valen para nada...» (EMG).

En este sentido, estos profesionales critican la, según ellos, postura «mesiánica» de «salvar a la población y situarla en el camino de la felicidad». Desde este punto de vista, esta ambición no sólo no es posible desde el sistema sanitario tal como está organizado –lo que constituiría un argumento de orden metodológico–, sino que no debería ser posible, desde el orden de la definición de la sanidad. Este objetivo correspondería, si cabe, a otras instancias sociales o, en el extremo, sería así en otro modelo de sociedad. De alguna forma, hay una demanda de acotar responsabilidades del sistema sanitario (en aras de su eficacia, aceptando la situación de hecho y descartando el cambio social como algo a perseguir desde la sanidad).

«El trabajo en grupo es... ¡hombre!, yo no es que lo quiera criticar, pero ese rollo idílico de que, bueno, si nos montamos grupos de trabajo cojonudos vamos a hacer que la gente sea feliz, mentira...» (EMG).

Así, es coherente con lo anterior la reivindicación del espacio clínico, de mayores competencias clínicas, que pasan por una mayor especialización formativa, mayores dotaciones de recursos técnicos para diagnósticos y tratamiento, y la reorganización de los recursos humanos (enfermería y trabajo social) en este sentido. Por ejemplo, se demanda

que enfermería se haga cargo de la asistencia domiciliaria a enfermos terminales, o se especialice en técnicas diagnósticas y de tratamiento, dentro del espacio clínico. El lugar concedido, desde aquí, al colectivo de trabajo social sería el de apoyo y consecución de recursos, desde este punto de vista asistencial individual.

Además, la percepción actual de difuminación de los límites claros del ámbito clínico supone una velada amenaza de pérdida del rol médico, entendido en claves asistenciales. Por ello, actividades como las de trabajo con grupos, cuyos resultados no parecen ser directamente asistenciales diagnóstico, prescripción, tratamiento se pueden leer como una «desmedicalización» de la profesión.

«A mí, desde luego, me parece que es desviar nuestra especialidad... pienso que nuestra especialidad tiene que ser mucho más clínica...» (GDM).

Dentro de esta categoría de profesionales, la consideración de que «los grupos no sirven para nada» tiene como consecuencia la desconsideración más o menos agresiva de los que llevan a cabo trabajo con grupos. Así, los profesionales de enfermería y trabajo social que lo hacen reciben críticas que van desde la inquietud profesional «errática» hasta la ignorancia, pasando por el «relleno» de un excesivo tiempo libre, casi como una actitud diletante, un aspecto más de la difícil relación entre médicos y profesional de enfermería²². En el mejor de los casos, este tipo de profesionales médicos no observa beneficio para sí de la actividad de los otros, y en el peor, observa hasta perjuicio. En todo caso, de ello no resulta un reconocimiento del trabajo con grupos que, por tanto, es sancionado en el extremo como carente de sentido. Vemos, de nuevo, que ello pone de manifiesto que, al menos alrededor del trabajo con grupos, no hay un proyecto conjunto o trabajo en equipo que englobe y dé sentido a diversas actuaciones.

«Lo que pasa es que muchas veces los equipos no lo entienden (...), tienen prejuicios de entrada, o sea, es que no se paran a escuchar ni lo que te pide la gente...» (GDTs)

Los convencibles: «¿esto entra en el sueldo?»

Suponen una categoría «intermedia» de profesionales (médicos y también de enfermería) que no despliegan una oposición frontal al trabajo con grupos, pero ofrecen una resistencia a su realización en las condiciones actuales de organización de la atención primaria. Desde un punto de vista pragmático-racional, estos profesionales entienden que si hubiera investigación que demostrara el valor de los grupos (para lo que tendría que haber apoyo de la Dirección en la línea de financiar este tipo de investigación), si se impulsara una serie de cambios organizacionales para clarificar funciones e identidades de los distintos colectivos profesionales, si se apoyara la formación técnico-metodológica de los colectivos para rea-

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El trabajo con grupos en atención primaria supone un cambio conceptual y de modo de trabajo de unos profesionales que, en su mayoría, han sido socializados durante su formación en modelos exclusivamente individualistas y biologicistas.
- Las actitudes hacia el trabajo grupal de los profesionales influyen decisivamente en su fomento o enlentecimiento.
- Estas actitudes están íntimamente relacionadas con la organización institucional, el estatus y el rol profesional, las relaciones entre los diferentes profesionales (médicos, enfermería y trabajadores sociales), la formación y experiencias previas y el trabajo en equipo.

Qué aporta este estudio

- El uso de una metodología cualitativa con entrevistas abiertas y grupos de discusión para el análisis de las actitudes de los profesionales de atención primaria.
- La detección de 3 grupos de profesionales según sus actitudes: los «convencidos», los «escépticos» y los «convencibles» con sus características y sus resistencias al cambio.
- La necesidad del cambio de actitudes del grupo mayoritario (los «convencibles») mediante medidas organizacionales, de mejora de las relaciones entre los profesionales, aumento de la formación en metodologías grupales y del fomento del trabajo en equipo.

lizar grupos desde el conocimiento (y no sólo desde el voluntarismo o la fe), si el trabajo con grupos beneficiara al conjunto de los equipos (y no sólo a unos pocos), entonces estarían dispuestos a integrarse en actividades grupales. Lo contrario sería, según ellos, excederse en sus competencias y realizar actuaciones a las que no se les acaba de ver el sentido. En otras palabras, se demandan garantías de que no es una acción o actividad más, sino que responde a necesidades reales y decisiones (directivas) planificadas con criterios científicos o, al menos, de rentabilidad en sentido amplio. Por último, también desde un punto de vista racional, se demanda la acotación de los objetivos de los grupos y no pretender con ellos más de lo «razonable».

**TABLA
3**

Actitud respecto a los grupos	Profesionales	Características	Sentido de los grupos	Respecto a la institución
Convencidos	Trabajadoras sociales (mayoritario) Enfermeras y algunos médicos (más los médicos de familia que los médicos generales)	«Creen» en los grupos y se lanzan con voluntad a su realización Se autoatribuyen un papel de pioneros	Instrumento para la inclusión de «lo social»	Critican la falta de apoyo recibido
Escépticos	Médicos sobre todo y algunas enfermeras	Defienden un modelo básicamente clínico-asistencial para la atención primaria	Los grupos restarían recursos a la buena atención individual que hay que prestar	Critican al «mesianismo» de los «convencidos» Piden la reubicación de las enfermeras y los trabajadores sociales en la atención a la enfermedad
Convencibles	Médicos y enfermeras (es el grupo mayoritario sin duda)	Estarían dispuestos a hacer grupos si se dieran una serie de condiciones favorables	Favorables hacia el nuevo modelo de atención primaria según estudios cuantitativos	

«Hombre, otra cosa es... entran temas como, bueno, ¿eso entra dentro del sueldo del médico?, ¿entra dentro del tiempo de trabajo del médico?, que también es importante, si tu vas poco tiempo o vas a incorporar tiempo a esto pues también te lo empiezas a pensar, porque está el trabajo clínico» (EMG).

Conclusiones, utilidad y limitaciones

En el ámbito del discurso se detectan 3 posiciones de los profesionales (tabla 3): en la primera podemos situar a los «convencidos», mayoritariamente trabajadoras sociales, luego enfermeras y algunos médicos (más los médicos de familia que los médicos generales), que «creen» en los grupos y se lanzan de manera voluntaria y voluntarista a su realización, por lo que se autoatribuyen su papel de pioneros y critican la falta de apoyo recibido. Los grupos serían un instrumento para la inclusión de «lo social». En la segunda incluiríamos a los «escépticos», médicos sobre todo y algunas enfermeras, que defenderían un modelo básicamente clínico-asistencial para la atención primaria en el que los grupos restarían recursos a la buena atención individual que hay que prestar. La crítica al «mesianismo» de los primeros y la reubicación de las enfermeras y las trabajadoras sociales en función de la atención a la enfermedad (atención domiciliaria, gestión de los recursos sociales, etc.) constituirían parte sustancial de su discurso. En la tercera, los «convencibles», que constituyen el grupo mayoritario, sin duda, médicos y enfermeras que, si se dieran una serie de condiciones favorables (cambios organizacionales, más formación, apoyo, reconocimiento, definición de objetivos «realistas», trabajo en equipo, etc.), estarían dispuestos a hacer grupos. Este grupo de los «convencibles», especialmente los médicos, es probable que, en otros estudios de orden cuantitativo, sea el que muestre una actitud favorable hacia el nuevo modelo de atención primaria²³.

Esta investigación puede servir para sensibilizar a los diferentes estamentos relacionados con la atención primaria, desde gerentes, coordinadores y los propios profesionales, sobre las actitudes de los profesionales hacia el trabajo con grupos, «dando pistas» que propicien cambios en varios niveles, ya sean organizativos y de gestión, del fomento del trabajo en equipo, y para aumentar y reforzar las actividades de formación que propicien cambios de actitudes en los profesionales. En el caso del estudio que presentamos, la principal limitación que encontramos es la actualidad de sus resultados, ya que el trabajo de campo se realizó entre finales de 1995 y comienzos de 1996, aunque creemos que las actitudes de los profesionales han variado poco al respecto, según la información que recogemos en los cursos de formación que habitualmente realizamos. Tampoco podemos generalizar sus resultados al referirse exclusivamente a los profesionales de la Comunidad de Madrid.

Agradecimientos

A Celia Arroyo por su participación en la investigación, al Centro Universitario de Salud Pública de Madrid por posibilitar su realización y a los profesionales de atención primaria porque sin ellos no podríamos hablar nosotros.

Bibliografía

- García Sánchez C, Martínez García C, Alfaro Aroca M, Martínez García F, Huedo Medrano F, López-Torres Hidalgo J. Educación para la salud: repercusión de una programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopáusicas. *Atención Primaria*. 1998;22:215-9.
- Turabán JL, Pérez Franco B. ¿Cuál es el sentido de la educación para la salud y las actividades comunitarias en atención primaria? *Aten Primaria*. 1998;22:662-6.
- Sánchez Candamio M. Educación para la salud en grupo: acotaciones conceptuales y terminológicas sobre un proceso de cambio. *Clínica y Salud*. 1994;5:281-7.

4. Duro Martínez JC. Discursos y prácticas profesionales de psicología social en salud comunitaria (1970-1995). Tesis doctoral. Madrid: Departamento de Sociología y Antropología Social. Universidad Autónoma de Madrid; 1999.
5. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:545-59.
6. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev Esp Salud Pública*. 2003;77:615-27.
7. Bauleo A, Duro JC, Vignale R. Sobre la formación en salud mental. En: Bauleo A, Duro JC, Vignale R, editores. *La concepción operativa de grupo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1990. p. 223-33.
8. Duro JC. El psicólogo clínico y el trabajo en el equipo de salud mental. *Apuntes de Psicología*. 1993;38-39:59-72.
9. Ibáñez J. Más allá de la sociología. *El grupo de discusión: técnica y crítica*. 2.^a edición corregida. Madrid: Siglo XXI; 1979.
10. Alonso LE. El grupo de discusión en su práctica: memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. *Rev Int Sociol*. 1996;13:5-36.
11. Buzzaqui A, Uris J. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación en atención primaria. *FMC*. 1997;4:421-33.
12. Calleja Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:409-22.
13. Alonso LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado JM, Gutiérrez J, editores. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1994. p. 225-40.
14. Ribot C, Fernández Tenllado MA, García de León D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000;25:343-8.
15. Plá M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria*. 1999;24:295-300.
16. Ibáñez J. Cómo se hace una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F, editores. *El análisis de la realidad social*. Madrid: Alianza Editorial; 1990. p. 489-501.
17. Sánchez Moreno A, Ramos E, Sánchez V, Marset P. Estructuras de racionalidad en educación para la salud. *Rev Sanidad Higiene Pública*. 1995;69:5-15.
18. Buzzaqui A. En el campo de lo grupal: grupo, tarea y coordinación. *Trabajo social con grupos. Teoría y práctica en los servicios sociales municipales*. Madrid: Área de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid; 1995. p. 65-86.
19. Turabian JL. El papel del trabajador social en el equipo de atención primaria: elaboremos un sueño (editorial). *Aten Primaria*. 1995;16:15-6.
20. Serrano Gallardo P. Trabajo enfermero con grupos específicos: una prioridad. *Metas Enfermería*. 1998;3:54-60.
21. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2000;25:214-9.
22. Mazarrasa L. Relación entre el personal de enfermería y el personal médico. *Salud 2000*. 1999;74:25-8.
23. Llor Esteban B, Saturno Hernández PJ, Gascón Cánovas JJ, Sáez Navarro C, Sánchez Ortuño M, Grupo de Trabajo del proyecto Actitudes y clima organizacional en APS. ¿Cuál es la actitud de los médicos hacia el actual modelo de atención primaria? *Aten Primaria*. 2001;28:595-601.