



Metodología para el trabajo grupal con mujeres. Salud e Intervención Social.

Máster en Igualdad de Género en el Ámbito

Público y Privado - Especialidad en Prevención de
Violencia de Género.

Curso 2013/2014

**Palabras clave: Mujer, Grupo, Salud, Violencia,
Empoderamiento**

Nieves Pineda Devesa

Tutor: Jordi Ferrús Batiste

Fecha presentación: Septiembre 2014

1. Introducción

2. Breve historia de la Terapia Grupal

1.2. Aproximación al concepto de grupo.

3. Empoderamiento a través de los grupos.

4. Marco del proyecto

4.1. Marco legal

4.1.1. Nivel Mundial

4.1.2. Nivel Europeo

4.1.3. Nivel Estatal

4.1.4. Nivel CCAA

5. Objetivos

5.1. Objetivos generales del proyecto

5.2. Objetivos de las actividades propuestas

6. Metodología del trabajo en grupo.

6.1. Técnicas de trabajo en grupo

6.2. Formación del grupo. Perfil de las destinatarias.

6.3. Rol de la persona dinamizadora del grupo

7. Técnicas de dinamización grupal

8. Actividades

8.2. Calendario de actividades

9. Evaluación de los resultados

9.1. Objetivos de la evaluación

9.2. Procedimiento y recogida de datos para la evaluación

10. Conclusiones

10.1. Propuesta de mejora

11. Bibliografía

11.1. Referencias Web

11.2. Legislación consultada:

12. Anexos

ANEXO 1 - Taller sobre amor romántico y relaciones afectivas

ANEXO 2 - Modelo de registro de reuniones interprofesionales

ANEXO 3 - Modelo de ficha registro de incidentes críticos

1. Introducción

«*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades* (OMS, 1946).» Es positivo que cada persona tome conciencia de su salud, como una cualidad dinámica humana, que es necesaria para crecer y progresar. Mediante el goce de una salud y calidad de vida favorable, las personas van desplegando sus posibilidades, desarrollando habilidades personales, tomando decisiones y participando en la comunidad que vive.

El bienestar de las personas está estrechamente relacionado con la manera de afrontar las prácticas cotidianas, cómo gestionar los recursos de los que se dispone y aprovechar sus competencias al máximo. Así, la salud está vinculada con los pensamientos, sentimientos y el valor que nos otorgamos a nosotros y nosotras mismas.

Ya desde el siglo XVIII, la biomedicina ha aportado a los grupos dominantes la manera de conseguir el control de las poblaciones mediante lo que Foucault denominaba el biopoder. Se ha ido alcanzado disciplinando cuerpos y aplicando procedimientos normativizadores, definiendo lo verdadero y único en contraposición de lo anormal.

Por su parte, la Ginecología a partir de esa época ha monopolizado la mayoría de las teorizaciones sobre el cuerpo de la mujer y, consecuentemente, los profesionales han sido legitimados como los normativizadores principales (Esteban, 2001:28).

La naturalización del cuerpo humano, absolutamente esencialista y biologicista, que afecta a colectivos como las mujeres, negros, homosexuales, etc. y que conlleva su marginación social, suelen caracterizar la práctica-médico sanitaria. Es necesario analizar las relaciones entre salud y género y plantear alternativas, atendiendo a las dimensiones biológica, social y cultural de la salud.

El cuerpo masculino, al contrario, se presenta como el modelo humano por excelencia. Así distintas teorías han explicado las diferencias corporales entre mujeres y hombres, en las cuales, las mujeres han sido definidas siempre en un nivel más bajo de humanidad, más cercana a lo animal (ibídem: 75).

Aunque en la actualidad los discursos se han ido modificando, todavía prevalece el discurso de diferenciación jerárquica entre ambos sexos, subordinando a las mujeres, utilizando el sexo como factor discriminador y que la ciencia asume, polarizando de esta manera al género humano.

Son muchos los factores que afectan a las hora de intervenir con mujeres desde el punto de vista social y sanitario: papel de cuidadora, roles “naturalizados”, aislamiento, no reconocimiento social, triple jornada, falta de espacio propio, dependencia emocional y afectiva, etc.

Desde la perspectiva de género, entendido éste como una construcción sociocultural que otorga a los seres humanos atributos, actitudes, funciones, roles, etc. como si fueran naturales, los riesgos para la salud que padecen las mujeres que sufren violencia surgen de la posición desequilibrada de poder de los hombres sobre las mismas a través de la violencia estructural y sistemática

Es por ello, que el proyecto que se expone a continuación pretende realizar una reflexión apoyada en la metodología grupal como herramienta para la intervención con mujeres. Se entienden los grupos de mujeres como espacios de reflexión y apoyo mutuo, donde las participantes compartan sus preocupaciones y dificultades personales y relacionales, sus vivencias y experiencias para lograr, a través de la reflexión colectiva, que sean protagonistas de su propia vida.

Este proyecto está dirigido a profesionales de los Equipos de Atención Primaria de la Salud, Servicios Sociales de Base y otros organismo o Instituciones que trabajan con mujeres en el ámbito de la salud y la intervención social. Pretende servir de reflexión y herramienta para la intervención en grupos.

2. Breve historia de la Terapia Grupal

Las dinámicas y experiencias grupales forman parte de nuestra historia cultural y relacional. Las emociones y prácticas compartidas forman y han formado parte de ritos mágicos, religiosos, festivos, deportivos, etc. a lo largo de nuestra historia. Asimismo, instituciones como la familia, la escuela o el lugar de trabajo incluyen actividades grupales que nos demuestran la importancia de este método.

La terapia grupal nace en Estados Unidos y se ha generalizado por todos los rincones del mundo. Uno de los pioneros en este ámbito fue Joseph Hersey Pratt (1872-1956), quien trató a pacientes tuberculosos y observó que el proceso grupal parecía tener un efecto terapéutico. Por otro lado, Trigant Burrow (1897-1950), concluía que el mayor mérito del grupo es su capacidad para disminuir la resistencia del paciente, al descubrir que su problema no es único. En esta época, destacan autores como Edward Lazell, Cody Marsh, Louis wender, Paul Schilder, Jaceob Levy Moreno, entre otros/as.

Kurt Lewin (1890-1947) desarrolló en los años treinta, en Alemania, los conceptos de "la teoría del campo" y la "dinámica de grupo" y concibió los procesos grupales como campos estructurados, constituidos por elementos interrelacionados. Tras su muerte en 1947, se difunde el método educacional de los T grupos entre psiquiatras y clínicos con orientaciones freudiana y rogeriana. De esta corriente nacen conceptos de tensión (resultante del conflicto entre necesidad individual y colectividad); clima (percepciones contratransferenciales) y roles o papeles, adoptados por la terapia grupal.

Tras la Segunda Guerra Mundial se multiplicaron los casos psiquiátricos. Wilfred R. Bion, contribuyó al desarrollo del análisis grupal aplicando principios psicoanalíticos a grupos de soldados hospitalizados por neurosis de guerra, con la finalidad de reintegrarlos a sus labores militares lo antes posible.

Por su parte, S. H. Foulkes (1898-1976) inició la nueva práctica (group-analysis) en 1940. Visualizó la totalidad de las comunicaciones grupales como el equivalente de la "libre asociación" del paciente individual. En contraste con Slavson y Wolf y Schwartz, quienes compartían la creencia en la primacía del enfoque individual en la terapia de grupo, Foulkes sostenía una posición centrada en el grupo: "cuida al grupo y el individuo cuidará de sí mismo". Su énfasis tanto en el individuo como en el grupo, le da un lugar intermedio entre los conceptos del grupo como un todo y el psicoanálisis del individuo en el grupo.

Hasta la década de los sesenta, predominan en Francia dos corrientes: una que intenta abarcar al grupo como totalidad, aplicando conceptos psicoanalíticos a las técnicas de Lewin, de Moreno y Rogers y la psicoanalítica, en especial el psicodrama psicoanalítico, que usa al grupo sólo como agente movilizador. Finalmente, en 1963 varios autores criticaron las técnicas lewinianas psicosociales y las morenianas y se va dando un abandono paulatino de las mismas para ceder el paso a un enfoque netamente psicoanalítico.

Tras décadas de predominio el movimiento psicoanalítico, en 1982 se comprendió en Norteamérica que los grupos psicoterapéuticos, con su foco primario en la "reparación" de la patología personal, difieren de las modalidades grupales "terapéuticas" de la salud mental, así como de los diversos grupos de crecimiento personal, entrenamiento y autoayuda.

1.2. Aproximación al concepto de grupo.

El término francés *groupe* proviene del italiano *gruppo* o *gruppo* (nudo), derivado del gótico *krupps* (bulto, masa redondeada). En bellas artes se refiere a varios individuos pintados o esculpidos, sólo hacia mediados del siglo XVIII se refiere a una reunión de personas.

En castellano, tiene otras acepciones como: conjunto de cosas o personas, pluralidad de seres o cosas, asociación, banda, círculo, clan, elenco, equipo, minoría, partida, pandilla, patrulla, pelotón, sección...

Definiciones de algunos/as autores/as más relevantes (Díaz, I. 2000):

- De Homans: "un grupo pequeño consta de determinado número de personas que se comunican entre sí. La cantidad de individuos es lo suficientemente pequeña como para que cada uno pueda comunicarse con los otros, no mediante interpósita persona, sino frente a frente"
- Bales: "un grupo pequeño es un número determinado de personas en interacción individual durante una reunión o serie de reuniones frente a frente, en cuyo curso cada miembro recibe impresiones o percepciones de los otros, a los que considera tan distintos entre sí como le es posible y emite alguna reacción hacia ellos".
- Mainsonneuve, J. (1968): el vocablo grupo abarca conjuntos sociales de talla y estructura muy variadas. En este sentido constituye un "organismo", no un

conglomerado o colección de individuos. En el seno del grupo se desarrolla un sistema de tensiones positivas y negativas que corresponden al juego de deseos y defensas; la conducta del grupo es el conjunto de operaciones tendientes a resolver esas tensiones y a restablecer un equilibrio más o menos estable.

- Slavson S. R. (1953): grupo es la reunión voluntaria de tres o más personas, en una relación libre, cara a cara, sujeta a un liderazgo, con una meta común y que, en relación con ella, genera una relación dinámica recíproca entre sus miembros, de la cual puede resultar el desarrollo de la personalidad. El grupo posee componentes emocionales que se derivan de: 1) vínculos de los miembros con el líder; 2) la red de interacciones recíprocas entre los miembros y; 3) relaciones de los integrantes con las relaciones entre los demás miembros. Esta última dimensión es la que funde a individuos distintos en la entidad unitaria "grupo".
- Grinberg, L.; Langer, M. y Rodrigué, E. (1957): ven en el grupo una zona intermedia entre la realidad interna y la vida exterior.
- Loeser L. H. (1979): distingue al grupo del conjunto de personas sin relación, por las siguientes características: 1) interacción dinámica; 2) meta común; 3) existe una relación entre tamaño y función del grupo; 4) voluntad y beneplácito y 5) capacidad de autodirección.
- Foulkes. S. H. (1964 y 1979): grupo es una matriz básica cuyas fibras son interrelaciones, interacciones y pautas de relación.
- Bejarano, A. (1972): el grupo es físicamente una totalidad, una estructura, que se expresa como tal, además funciona como "objeto" en el inconsciente de cada uno y como "imago" (en el inconsciente individual e incluso colectivo, fuera de toda situación grupal concreta). Los fenómenos de grupo son globales (silenciosos, risas, pánico), el grupo actúa de un determinado modo (se defiende, ataca, se desenvuelve, habla, trabaja) y manifiesta un "clima" específico, debido a las interacciones individuales constantes que constituyen, "la dinámica de grupo".

En definitiva, el "grupo" se presenta como esencial para el desarrollo personal y social de las personas, un lugar donde el individuo internaliza normas y valores colectivos.

3. Empoderamiento a través de los grupos.

Se encuentran referencias al concepto de empoderamiento desde la década de los 60 en el movimiento afroamericano y en la teoría de la conciencia crítica de Paolo Freire. Más tarde, diferentes movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista, reivindican este concepto como fortalecimiento de la autoestima, la confianza y las elecciones en la propia vida de forma individual. Por otra parte, el empoderamiento a través de un proceso colectivo va a permitir influir en los cambios personales y sociales, especialmente en los referentes a las relaciones entre mujeres y hombres.

En la Conferencia Mundial sobre las Mujeres de las Naciones Unidas de Pekín (1995) exponen que *“el empoderamiento de las mujeres y su plena participación en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad, incluida la participación en los procesos de toma de decisión y el acceso al poder, son fundamentales para alcanzar la igualdad, el desarrollo y la paz»*.

Podemos definir empoderamiento como el poder que poseen las mujeres sobre los recursos y las decisiones que afectan a su propia vida. Existen dos modos de ponerlo en marcha:

- De forma *individual*, lo que supone un proceso de toma de conciencia personal sobre sí misma y su propio poder.
- De modo *colectivo*, como parte de un proceso en el cual un conjunto de mujeres se relacionan con un objetivo o interés común.

El trabajo grupal como herramienta para el cambio es una de las formas más eficaces para recuperar la salud física, mental y social de las mujeres en situaciones de violencia y/o factores de vulnerabilidad social (baja autoestima, bajo nivel cultural y económico, problemas en las relaciones afectivas, etc.) El espacio que se construye para la reflexión, las relaciones, el apoyo y la compañía en los procesos personales de cada una, en un entorno seguro y agradable, permiten:

- Expresar la experiencia vivida
- Exteriorizar sentimientos, deseos, dificultades e inquietudes.
- Entender la conexión entre la pérdida de salud y la violencia de género.
- Aprender a administrar un tiempo propio para el autocuidado y el desarrollo personal.

- Establecer relaciones y redes de apoyo.
- Desarrollar habilidades para prevenir y enfrentar a las diferentes formas de violencia.
- Aprender relaciones de buen trato, incorporando el buen trato hacia una misma.
- Desarrollar la autoconfianza y la autoestima personal y colectiva.
- Reflexionar y cuestionar los mandatos tradicionales de género.
- Elaborar un proyecto de vida propio.

El hecho de participar, exponer, escuchar, interiorizar sus propias vivencias e historia y la de las demás, les ayuda a entender qué les ha ocurrido en sus relaciones afectivas, cómo han vivido la violencia, qué tiene que ver con ellas y los otros.

Vivimos en una sociedad en la cual los estereotipos están muy marcados, donde los hombres (género masculino) deben ser agresivos, autoritarios, valientes, arriesgados, poco afectivos, etc.; y las mujeres (género femenino) han de ser tiernas, pasivas, cuidadoras, débiles, muy afectivas, dependientes, etc. Las relaciones están basadas en el poder y dominación del hombre sobre la mujer, relaciones donde la violencia física y psicológica es el instrumento de relación.

La intervención con mujeres se proyecta como un proceso, empezando por el momento en el que toman conciencia de su situación personal y se plantean un cambio positivo, hasta las pautas de actuación que se plantean para lograr avances.

Así, el grupo se erige como un referente de apoyo para la construcción y reconstrucción de vidas que han estado abandonadas por sus propietarias. El grupo como referente para posibilitar esta construcción entre iguales que han vivido situaciones similares, pero cada una desde su diferenciación individual.

4. Marco del proyecto

La OMS establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Esto incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Significa que los Estados deben crear las condiciones que permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible.

Al mismo tiempo, la discriminación por motivos de género limita la consecución de los objetivos internacionales de salud y desarrollo, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los factores que impiden que mejore la salud de la mujer no son de carácter fundamentalmente técnico o médico, son de tipo social y político, y ambos corren parejos (Chan, M., 2009).

Este proyecto se presenta como parte de un proceso integrador de las mujeres en su propio conocimiento y autonomía para mejorar su salud y calidad de vida. El espacio físico desde donde se pretende lanzar la iniciativa se sitúa en el Departamento de Planificación Familiar del Centro de Atención Primaria, como parte de los servicios y recursos que ofrece el Centro de Salud Sexual y Reproductiva. Este servicio se halla coordinado estrechamente con la Trabajadora Social del propio Centro de Salud y con la Concejalía de Igualdad de la localidad, lo que configura una red de servicios que se coordinan para ofrecer una atención integral.

Para asegurar el desarrollo de una salud y sexualidad sana en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales y sociales han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios.

En la actualidad, en la Comunidad Valenciana, los Centros de Salud Sexual y reproductiva desarrollan las siguientes áreas de intervención:

- Educativa-informativa
- Preventiva
- Asistencial

Según el Protocolo de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (Consellería de Sanitat, GVA. 2004), como actividades educativas, podemos encuadrar las que se realizan en la comunidad dirigidas a grupos específicos, en este

caso a mujeres que sufren violencia de género y tienen problemas en sus relaciones afectivas y emocionales.

4.1. Marco legal

4.1.1. Nivel Mundial

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

4.1.2. Nivel Europeo

Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993. Naciones Unidas

41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. En el contexto de la Conferencia Mundial sobre la Mujer y de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como de la Proclamación de Teherán de 1968, la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

4.1.3. Nivel Estatal

LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 12. Prestación de atención primaria

2. La atención primaria comprenderá:

c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

Artículo 13. Prestación de atención especializada.

La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Artículo 15 Sensibilización y formación

1. Las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia.

2. En particular, se desarrollarán programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género a que se refiere esta Ley.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Artículo 3. De los principios generales de acción en salud pública.

a) Principio de equidad. Las políticas, planes y programas que tengan impacto en la salud de la población promoverán la disminución de las desigualdades sociales en salud e incorporarán acciones sobre sus condicionantes sociales, incluyendo objetivos específicos al respecto. Se considerará la equidad en todos los informes públicos que tengan un impacto significativo en la salud de la población. Igualmente, las

actuaciones en materia de salud pública incorporarán la perspectiva de género y prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad.

Artículo 6. Derecho a la igualdad.

1. Todas las personas tienen derecho a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

2. En especial, queda prohibida toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones de salud pública, de acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, así como por la demás normativa existente en esta materia.

Artículo 16. La promoción de la salud.

1. La promoción de la salud incluirá las acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y capacidades de los individuos, así como a modificar las condiciones sociales, laborales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva.

Artículo 19. La prevención de problemas de salud.

1. La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar en la medida de lo posible sus consecuencias negativas mediante políticas acordes con los objetivos de esta ley.

4.1.4. Nivel CCAA

Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Artículo 24 De la mujer

Se proporcionará la atención necesaria a aquellas mujeres que se encuentren en situación de riesgo por malos tratos, carencia de apoyo familiar, ausencia de recursos personales u otras circunstancias.

5. Objetivos

5.1. Objetivos generales del proyecto

- Reflexionar sobre el trabajo con Grupos de Mujeres y su incidencia en la salud y desarrollo psicosocial.
- Proporcionar recursos teóricos y metodológicos a los y las profesionales para promover el desarrollo y autonomía personal de las mujeres.
- Comprender la dinámica de un grupo.

5.2. Objetivos de las actividades propuestas

- Favorecer la toma de conciencia y el desarrollo personal como mujer mediante la intervención grupal
- Impulsar el establecimiento de relaciones y redes de apoyo
- Aumentar la autoestima personal y colectiva
- Prevenir el aislamiento, la violencia y la pérdida de salud
- Dotar de herramientas para la prevención y el enfrentamiento en situaciones de violencia de género.
- Promover el autocuidado y el disfrute individual y colectivo
- Cuestionar la educación, normas y valores sociales que fomentan la violencia

6. Metodología del trabajo en grupo.

Los grupos de mujeres se presentan como una alternativa en la prevención y promoción de la salud. En estos espacios se intercambian sentimientos, experiencias, ideas y perspectivas que permiten a las mujeres obtener una vía de escape, una forma de salir de su aislamiento compartiendo un lugar donde se la escucha y comparten experiencias similares con otras mujeres.

De esta forma, se configura un espacio donde se hace posible la toma de conciencia de su situación actual, su identidad en relación a sus experiencias vitales. Un ambiente donde se propicia el autocuidado de ellas mismas y de las demás. Así, con el apoyo mutuo, se modifica la forma de relacionarse de forma individual y colectiva, colaborando en la construcción de su propia identidad.

Los principios metodológicos de aprendizaje son:

- Inteligencia cultural. Todas las personas tenemos una inteligencia cultural adquirida a lo largo de nuestra vida y la expresamos a través de las interacciones, experiencias, formas de conocimiento y puntos de vista.
- Transformación. Las personas pueden interactuar con el medio para transformarlo.
- Solidaridad. Todas aprendemos de todas, empoderándonos al dotarnos de una autoridad que nos permitirá confrontarnos con los obstáculos y las barreras de nuestra vida.
- Red de apoyo. Utilizar el colectivo para prevenir el aislamiento y la soledad.

Pero, ¿qué implica el trabajo en el grupo?. Se debe contar con:

- Un grupo de personas alrededor de una temática.

El grupo será de unas 15-20 mujeres de diferentes edades y características personales y sociales. Se trata de reunir las en torno a una temática común: el apoyo mutuo, el refuerzo de la autoestima, el aumento de la salud, mejora en sus relaciones, etc.

- Coordinación técnica del taller

Puede ser una o más personas la que coordinen y dinamicen los talleres y sesiones. El rol de la persona que coordine debe ser facilitadora, es decir, transmitir y compartir la información importante, facilitar el diálogo y debate grupal, estimular la participación y la comunicación entre las integrantes, elegir las técnicas más adecuadas para cada actividad, etc.

- Guía de las tareas a desarrollar.

Las instrucciones deben ser claras y concisas. El lenguaje debe estar adaptado para que todo el grupo pueda entender los mensajes.

- Lugar físico, horario y frecuencia de las reuniones.

El espacio debe ser agradable y cómodo, que favorezca la escucha, el encuentro, el respeto y la expresión de los sentimientos. Los horarios deben tener facilitar la participación de las máximas personas posibles.

6.1. Técnicas de trabajo en grupo

Las técnicas grupales son los instrumentos, medios y procedimientos que utilizamos en el trabajo grupal y que sirven para desarrollar sus potencialidades eficacia y conseguir los objetivos determinados.

Para la selección y aplicación de las técnicas más adecuadas se deben seguir los siguientes criterios:

- Los objetivos marcados.
- El tamaño del grupo
- El espacio físico donde se desarrollan las actividades
- El contexto sociocultural
- Las características y el perfil de las participantes
- Las formación de los y las profesionales que intervengan

6.2. Formación del grupo. Perfil de las destinatarias.

Antes de seleccionar a las participantes es conveniente realizar una entrevista personal de forma individual. Se trata de explicarlos e informarles sobre las funciones y objetivos del grupo y qué beneficios pueden conseguir.

Los criterios para la integración de las mujeres en el grupo, deben versar en torno a estos aspectos:

- Mujeres que presenten signos y/o indicadores de violencia de género que no presenten una situación de riesgo¹
- Mujeres con dificultades en su relación o en formar relaciones nuevas sanas
- Mujeres con factores de riesgo y vulnerabilidad como:
 - Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen
 - Bajo nivel cultural
 - Bajo nivel socioeconómico
 - Aislamiento psicológico y social
 - Baja autoestima
 - Sumisión y dependencia
 - Embarazo
 - Desequilibrio de poder en la pareja
 - Consumo de alcohol y drogas

6.3. Rol de la persona dinamizadora del grupo

La dinamizadora del grupo es la persona referente que va a mediar y dirigir todas las situaciones que se planteen a lo largo de la realización de las sesiones grupales. A la hora de resolver los conflictos y problemas, el ofrecer las soluciones no es recomendable, debe ser el propio grupo, desde dentro, el que resuelva la forma más positiva de abordarlo. Las funciones principales de la persona dinamizadora son:

¹ Agencia Valenciana de Salut. Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA). 2009. SIVIO. Generalitat Valenciana..

- Práctica de la escucha activa:
 - escuchar los sentimientos y pensamientos si emitir juicios valorativos.
 - crear un clima de comprensión y confianza, manteniendo una actitud empática.
 - hacerle ver a la interlocutora que se mensaje ha sido entendido mediante el reflejo.
 - interpretar los silencios

- Fomento de la comunicación y participación entre las participantes:
 - animar a las usuarias a probar diferentes tipos de conductas
 - ayudar a las mujeres a buscar sus propias soluciones
 - fomentar la colaboración y solidaridad entre el grupo

7. Técnicas de dinamización grupal

❑ Técnicas de presentación y animación²

Se usan para el fomento de la participación y la creación de un clima agradable y de confianza. Se trata de “romper el hielo” en situaciones nuevas o desconocidas frente a personas que todavía no se conocen.

Dinámica	Descripción
Presentación por parejas	Se trata de contar una persona a la otra datos personales que la describan, como la edad, nombre, nº de hijos/as, ocupación, etc. durante unos cinco minutos cada una. Después cada persona cuenta al grupo lo que ha conocido de la otra.
Rueda de nombres	Para memorizar los nombres de las compañeras, cada una dirá en alto el suyo propio y el de la compañera anterior.
Me presento	Cada participante dice su nombre y una cualidad positiva de ella misma, algo que le gusta, por qué ha venido, etc.
Telaraña	Con un ovillo de lana, la primera persona describe algo sobre ella, después lo lanza quedándose con el extremos del hilo. Así poco a poco se va tejiendo una telaraña. Cuando todas las participantes terminen vuelven a lanzar la bola en sentido inverso para deshacerlo.
Presentación subjetiva	Cada persona se presenta como un animal o cosa con la cual se identifica, explicando el por qué de su comparación.
Autoretrato	Cada participante se dibuja a sí misma, compartiendo así su autoimagen. Se ponen en común.

Tabla 1

² Tabla 1

❑ Técnicas de análisis de un tema de interés³

Mediante este tipo de técnicas se fomenta la participación de las componentes del grupo así como el diálogo interpersonal.

Dinámica	Descripción
Subgrupos de discusión	Dividir el grupo en otros grupos más pequeños para que conseguir la participación de todas las personas. Después se pone en común las conclusiones a través de una portavoz.
Diálogo por parejas	Para reflexionar sobre lo acontecido en el taller.
Tormenta de ideas	Para comenzar a hablar sobre un tema, para que el grupo exprese las ideas que le sugiere y después analizarlo colectivamente.
Mesa redonda	Se exponen ideas diferentes sobre un mismo tema
Resolución de casos prácticos	Se le expone un caso real o ficticio y se les pide que lo resuelvan por grupos para después extraer las conclusiones.
Carteles y murales	Sirve para plasmar ideas y verlas rápidamente de forma gráfica.
Lectura	Leer un texto y reflexionar sobre el tema

Tabla 2

❑ Técnicas dramáticas

Mediante el “role-playing” se pretende analizar las actitudes al enfrentarse a situaciones concretas. Se trata de ofrecer diferentes perspectivas de un mismo conflicto mediante la representación.

❑ Técnicas corporales⁴

Se utilizan para fomentar la comunicación y el contacto entre las participantes.

³ Tabla 2.

⁴ Tabla 3

Dinámica	Descripción
Ejercicios corporales	Buscan la animación del grupo, el disfrute y el contacto con el propio cuerpo. También se puede utilizar para expresar sentimientos y emociones con el movimiento.
Relajación y respiración	Sirven para liberar tensiones y aprender a relajarse. La dinamizadora guiará estos momentos, explicando qué deben hacer en cada momento, con una voz y ritmo suave.

Tabla 3

❑ Técnicas de Cierre⁵

Sirven para evaluar al finalizar la sesión si se han cumplido los objetivos y expectativas propuestos.

Dinámica	Descripción
Mirada retrospectiva	Trata de que la participante exprese los aspectos negativos y positivos de la actividad contestando a estas preguntas: ¿me gustó?, ¿no me gustó? ¿qué aprendí?, ¿qué otras cosas me gustaría aprender?, ¿cómo me sentí?, etc. Sirve de evaluación personal, colectiva y del propio taller.
Poema colectivo	Se le propone al cada persona que elabore un verso sobre la temática tratada, uniéndolos todos para construir un poema. De esta manera, la identificación como grupo se fomenta.

Tabla 4

⁵ Tabla 4

8. Actividades

1. Entrevistas individuales

Las entrevistas se realizarán de manera individual para seleccionar y ofrecer la posibilidad a las usuarias de participar en el Grupo.

Objetivos:

- Conocer las características psicosociales de la persona entrevistada.
- Darles a conocer los objetivos del grupo de apoyo y los beneficios que le aportarían.

2. Talleres de Autoestima

Se trata de conseguir a través de las sesiones que las participantes se autoevalúan en relación a sus sentimientos, comportamientos, actitudes, etc., para potenciar el valor que nos otorgamos a nosotras mismas teniendo en cuenta los factores sociales, culturales, económicos, familiares y personales que influyen en el desarrollo y deterioro de la misma.

Contenido de las sesiones:

- Toma de conciencia de una misma: cómo es nuestro cuerpo, como nos relacionamos. ¿Cómo me gustaría ser? Dificultades.
- Toma de conciencia sobre nuestros sentimientos: ¿para qué sirven?, ¿qué podemos hacer con ellos?, ¿hacia dónde queremos ir?, ¿qué consecuencias tiene no expresarlas, no apreciarlas?
- Reconocer mis necesidades y problemas de relación.
- Identificar los factores favorables y desfavorables que inciden en la autoestima de las mujeres.
- Aceptación corporal.
- Empoderamiento

Objetivos:

- Potenciar la autoconfianza y valor personal de las participantes
- Dotar de herramientas útiles para relacionarse de una manera más saludable.
- Fomentar hábitos de reunión y de ocio e intercambio compartido.

3. Taller de comunicación

Las relaciones sociales son muy complejas y todas las personas tienen la necesidad de comunicarse consigo mismas o con otras personas.

Objetivos:

- Potenciar la ampliación de la red social
- Ofrecer estrategias para reducir la ansiedad en una interacción social.

Contenidos de las sesiones:

- Estilos de comunicación y técnicas de escucha
- ¿Quién me escucha, me siento escuchada?

4. Talleres de relajación

Se trata de practicar la relajación como técnica anti-estrés para poder superar etapas difíciles y sobrellevar mejor las cargas personales y emocionales. Reduciendo la ansiedad el estado mental y físico mejora.

Objetivos:

- Aprender a manejar situaciones estresantes
- Impulsar el autocontrol y el bienestar físico y emocional
- Practicar técnicas de relajación y respiración

5. Taller sobre el amor romántico y relaciones afectivas⁶

Se trata de dar a conocer cómo se construye la idea del "*Amor Romántico*" e identificar los elementos que interfieren en la desigualdad entre hombres y mujeres en las relaciones afectivas.

Objetivos:

- Cuestionar sus roles como mujeres en las relaciones afectivas
- Reflexionar sobre su propia relación, cómo es y cómo le gustaría que fuera.
- Ofrecer pautas para establecer relaciones más saludables
- Aumentar su autoestima
- Conocer los mitos sobre el amor y las relaciones

Contenido sesiones:

- Dinámica de presentación
- Presentación de los contenidos a tratar.
- Afectividad/sexualidad
- Identidad Sexual
- Diferencia sexo/género
- ¿Qué entendemos por amor?
- Dinámica grupal: en un mural cada una va contestando a las siguientes preguntas: ¿qué nos atrae? ¿qué o a quien elegimos? ¿qué quiero, qué deseo, qué necesito? ¿qué tipo de relación esperamos y cuál establecemos?
- Modelos de relaciones amorosas: amor romántico, amor pasión, amor dominación/dependencia, amor igualitario.
- Mitos del amor: media naranja, omnipotencia del amor.

⁶ Anexo 1 - Presentación en Power Point. Preparada durante mi periodo de prácticas en el Centro de Salud - CSSR 1 de Petrer.

- Dinámica de caricias afectivas: en un papel con el nombre de cada una, van poniendo una “caricia” (cualidad positiva) de sus compañeras hasta que al final cada una tiene un listado de “caricias” que les han brindado sus compañeras

6. Taller sobre la historia familiar

Se quiere que reflexionen sobre su estructura familiar, el tipo de relaciones que se establecen, la historia, cómo se ha vivido en ese grupo, etc.

Objetivos:

- Cuestionar sus roles como mujeres en las relaciones familiares
- Reflexionar sobre los valores que le transmitieron su padre y madre .
- Considerar la influencia de su historia familiar sobre la suya propia.

Contenidos de las sesiones:

- Roles por ser mujer, madre e hija. Estereotipos y nuevos modelos.
- Relación madre-hija, padre-hija.
- Árbol genealógico.

7. Taller de Autocuidado

Se pretende analizar la relación entre los conceptos de mujer, género, salud y autocuidado.

Objetivos:

- Reflexionar sobre el tiempo y las acciones que dedicamos al autocuidado
- Ofrecer herramientas para erradicar las trampas de anteponer el cuidado de los demás al de una misma
- Comprender los factores culturales y sociales de los cuidados.

Contenidos de las sesiones:

- Mujeres, género y salud.
- ¿Qué acciones hago para cuidarme?
- Análisis de "primero están los demás". ¿Dónde lo hemos aprendido?

8. Taller "Proyectos de vida"

Se intenta que exterioricen sus deseos y sueños personales para poder comenzar a llevarlos a cabo. La idea es dejar de pensar en los demás por un momento para empezar a pensar en sí mismas, en lo que les gustaría.

Contenidos de las sesiones:

- Nuestro sueño/deseo personal

Objetivos:

- Brindar herramientas para la ruptura con el miedo a la autonomía y al cambio.
- Reflexionar sobre el proyecto personal de vida

8.2. Calendario de actividades⁷

La duración del proyecto es de un curso, desde septiembre a mayo. En septiembre se comienzan con las entrevistas y, no es hasta enero, cuando se comienzan las sesiones grupales una vez por semana. Las sesiones tendrán lugar los lunes de cada semana y con una duración aproximada de dos horas y media. Una propuesta de programación puede ser esta:

Fecha	Actividad
2014	
Octubre-Diciembre	Desde la consulta del CSSR, derivado por la Trabajadora Social del Centro de Salud o por el Técnico de Igualdad del Ayuntamiento, se elegirán a las personas que más se adapten al perfil que nos interesa. Se realizarán las entrevistas necesarias para motivarlas a participar en el grupo.
2015	
12 enero	Taller de Autoestima / Relajación
19 enero	Amor romántico y relaciones afectivas

⁷ Tabla 5

	Taller de Comunicación
26 enero	Historia Familiar / Relajación
2 febrero	Taller de Autoestima / Relajación
9 febrero	Autocuidado
16 febrero	Taller de Autoestima / Relajación
23 febrero	Amor romántico y relaciones afectivas Taller de Comunicación
2 marzo	Proyectos de Vida
9 marzo	Taller de Autoestima / Relajación
16 marzo	Autocuidado
23 marzo	Proyectos de Vida
6 abril	Taller de Autoestima / Relajación
13 abril	Autocuidado
20 abril	Proyectos de Vida
27 abril	Taller de Autoestima / Relajación
4 mayo	Historia Familiar / Relajación
11 mayo	Autocuidado
18 mayo	Proyectos de Vida
25 mayo	Taller de Autoestima /Relajación

Tabla 5

En todos los talleres y sesiones se realizarán diferentes técnicas y dinámicas, adaptadas a cada actividad y al grupo.

9. Evaluación de los resultados

La finalidad de la evaluación es la reflexión, análisis y valoración del total de la intervención que se realice a través de la actividad grupal, con el objetivo de mejorar la práctica profesional y valorar los logros conseguidos y las dificultades encontradas.

9.1. Objetivos de la evaluación

- Detectar la situación de partida inicial comparándola con la final.
- Adaptar los elementos de intervención a procesos de intervención futuros más eficaces y de más calidad.
- Controlar y reflexionar sobre los resultados obtenidos
- Mantener los objetivos no alcanzados para incorporarlos en el posible desarrollo futuro del proyecto
- Reformular objetivos y/o actividades si se considerara necesario para mejorar el proyecto
- Evaluar las habilidades y destrezas desarrolladas por las usuarias
- Valorar el grado de satisfacción, participación e interés demostrado por las participantes.
- Identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del proyecto mediante la técnica DAFO:

Diagnóstico de situación actual



Fig.1

9.2. Procedimiento y recogida de datos para la evaluación

1. Evaluación diagnóstica inicial.

Se realiza al principio de un proyecto de intervención, con la finalidad de recoger información sobre las participantes de la intervención. Esta planteamientos nos va a permitir diseñar la estrategias y adaptar las actividades a la realidad y contexto de cada una de las mujeres. También servirá para evaluar al final del proyecto, si se han cumplido las expectativas y objetivos marcados. Para esta evaluación inicial se utilizarán las siguientes técnicas:

- ❑ Entrevista individualizada con cada mujer.

Tras esta evaluación inicial, se pasa a la evaluación procesual, flexible y continua, la cual nos sirve para mejorar sobre la marcha los procesos de intervención y reorientar o reforzar el proceso en caso necesario. Para este momento de evaluación se plantean las siguientes técnicas:

- ❑ Reuniones interprofesionales mensuales⁸: las cuales ayudan a reflexionar sobre la intervención.
- ❑ Observación participante: observación a las mujeres en el transcurso de los talleres
- ❑ Registro de incidentes críticos⁹: donde se anota alguna conducta o hecho significativo para, posteriormente, poder realizar una valoración de las conductas.
- ❑ Diario de campo: para registrar la información día a día de las actividades y acciones.

⁸ Anexo 2

⁹ Anexo 3

6. Conclusiones

La construcción de la identidad como mujeres la vamos conformando desde la infancia y, poco a poco, va mediatizando lo que nos configura como personas con unos comportamientos y actitudes determinadas. Así, el género como factor clave en nuestro desarrollo personal y social está estrechamente vinculado con lo que somos, cómo nos sentimos, etc.

Las desigualdades entre mujeres y hombres hacen que, desde la primera socialización, se relegue a las mismas al interior del hogar y se les excluya de los espacios públicos de poder y participación. Las mujeres viven de esta forma una identidad muy compleja y, a veces, contradictoria al no verse representadas ni valoradas.

¿Cómo se relaciona el factor de género con la salud de las mujeres? Hay indicadores como la clase social, el empleo, el papel de cuidadoras y reproductoras, calidad en los servicios de salud, las relaciones sociales, etnia, alimentación, educación etc., que influyen directamente en la salud. Además, los procesos de atención salud-enfermedad han venido definidos generalmente por grupos de poder mejor posicionados. Por ello, se hace necesario proponer alternativas al pensamiento androcéntrico y visibilizar prácticas que se centre sólo en las mujeres, con las especificidades del colectivo en relación a su salud y bienestar general.

Otro indicador importante en la discriminación de las mujeres que afecta a su salud es la violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja, lo cual afecta tanto a su integridad física como a su estado psicológico y social. Además de las cuestión judicial y protectora, debemos atender integralmente sus necesidades afectivas, psicológicas y sociales.

Con el proyecto planteado se pretende analizar las dificultades, desigualdades y discriminación que sufren las mujeres por el hecho de serlo y que afectan directamente a su estado de bienestar cultural, psicológico y social. De esta manera, se plantean los grupos de reflexión y apoyo mutuo como propuesta metodológica para el empoderamiento de las mujeres y la reducción de las desigualdades.

El abordaje para la atención de las distintas necesidades de las mujeres se plantea en el Centro de Salud de una forma dinámica y positiva, trascendiendo el carácter reduccionista de atención solo a la enfermedad, ofreciendo herramientas de

prevención y cuidados. En definitiva, empoderando a las mujeres en sus propios proyectos de vida.

El método de escucha, el pensamiento crítico, el aprendizaje significativo, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades que ofrece el trabajo grupal hace que tengan voz las que nunca la han tenido para poder avanzar en la sociedad que queremos construir y las personas que queremos ser dentro de ella.

6.1. Propuesta de mejora

Este proyecto se plantea como una continuidad de mis Prácticas Profesionales del Máster en Igualdad de Género en el Ámbito Público y Privado, las cual realicé en el Centro de Salud 1 de Petrer, junto a la Sexóloga de Planificación Familiar.

Durante este periodo tuve la oportunidad de participar en alguna sesión del Grupo de Mujeres que ella coordina, el cual pone en marcha cada año con una duración aproximada de dos meses.

He planteado este proyecto de una duración de cinco meses, ya que valoro que mejoraría la atención siendo éste más duradero en el tiempo. Los temas como la autoestima y el desarrollo personal son competencias que se van adquiriendo con la práctica. Asimismo, para que el grupo se consolide y se afiance también debe pasar unos meses, si se quiere tener el efecto terapéutico de la colectividad.

11. Bibliografía

Esteban, Mari Luz. (2001). *Re-producción del Cuerpo Femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Gakoa Liburuak.

Díaz Portillo, Isabel. (2000). *Bases de la Terapia en Grupo*. México, Ed. Pax.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Ed.: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*. Ed. Instituto de la Mujer.

Generalitat Valenciana. (2009). *Protocolo para la Atención Sanitaria de la Violencia de Género (PDA)*. Agencia Valenciana de Salut.

Grela, Cristina. y López Gómez, Alejandra. (2000) *Mujeres, salud mental y género*. Comisión de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.

Castillo Arredondo, S. y Cabrerizo Diago, J. (2011): *Evaluación de la intervención socioeducativa. Agentes, ámbitos y proyectos*. Madrid. Pearson – UNED.

Esteban, Mari Luz. *El estudio de la Salud y el Género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Revista Salud Colectiva 2 (1): 9-20, Enero - Abril, 2006. Buenos Aires.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Informes, estudios e investigación 2012. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género*. Ed.: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

11.1. Referencias Web

Pliego. P., Blanco. P., Nogueiras. B. (2005). *Los talleres y grupos de reflexión entre mujeres como prevención de la violencia. Una experiencia en una Concejalía de la Mujer*. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1314235>. [Consulta: 06-08-2014]

Escuela Abierta de Feminismo. *Curso de Formación de Formadoras para Grupos de Mujeres*. Disponible en:

<http://www.escueladefeminismo.org/IMG/pdf/formaciondeformadoras-es.pdf>. [Consulta: 06-08-2014].

Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. (2004). *Protocolo de Actuación en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva*. Disponible en: http://chguv.san.gva.es/Inicio/ServiciosSalud/UnidadesApoyo/Documents/Protocolos_de_los_centros_de_salud_sexual_y_reproductiva.pdf. [Consulta: 07-08-2014]

Generalitat Valenciana. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Intervencion_del_TSS_atencio_primaria_con_mujeres_vctimas_de_VIOLENCIA_DE_GENERO.pdf. [Consulta: 09-08-2014].

Distrito Sanitario Sevilla Sur (2.009–2012). *Plan de Intervención sobre la Violencia de Género*. Disponible en: <https://www.sergas.es/Docs/Enportada/Eventos/Comunicaciones/C05.pdf>. [Consulta: 09-08-2014].

Gómez Hdez, M. (2007). *Manual de Técnicas y Dinámicas*. México. ECOSUR. Disponible en: <http://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/02/zManual-de-Tecnicas-y-Dinamicas.pdf>. [Consulta: 13-08-2014].

OMS. *Derecho a la salud. Nota descriptiva N°323. Noviembre de 2013*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Género y salud de la mujer. Igualdad de derechos e igualdad de oportunidades: el progreso de todos. 2010. OMS. <http://www.who.int/gender/events/2010/iwd/backgrounder/es/>. [Consulta: 13-08-2014].

Los grupos de reflexión de mujeres: una alternativa metodológica para el proceso de ciudadanía. Revista Otras Miradas. VOL.4, N°1. Junio 2004 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/183/18340105.pdf>. [Consulta: 13-08-2014].

Comisión de Mujeres y Desarrollo. (2007). *El proceso de empoderamiento de las Mujeres. Guía Metodológica*. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BEE8C6E7436966FC05257A5A005EE2E3/\\$FILE/El-proceso-de-empoderamiento-de-las-mujeres.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/BEE8C6E7436966FC05257A5A005EE2E3/$FILE/El-proceso-de-empoderamiento-de-las-mujeres.pdf). [Consulta: 13-08-2014].

Soriano Soriano, M.J. (2000). *PSICOTERAPIA de grupo para mujeres que sufren violencia*. Disponible en: http://www.majeso.es/articulos/psicoterapia_de_grupo_para_mujeres_que_sufren_violencia.pdf [Consulta: 26-08-2014].

11.2. Legislación consultada:

España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, núm. 313. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf> [Consulta: 30-08-2014].

España. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, núm. 240. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623.pdf> [Consulta: 30-08-2014].

España. LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf> [Consulta: 30-08-2014].

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de Naciones Unidas. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtm.l. [Consulta: 02-09-2014].

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 14 a 25 de junio de 1993, Viena (Austria). Naciones Unidas. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf. [Consulta: 02-09-2014].

España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, núm. 71. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-6115>[Consulta: 03-09-2014].

España. Ley 5/1997, de 25 de junio, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana Núm. 3028. Disponible en: http://www.docv.gva.es/datos/1997/07/04/pdf/1997_1935.pdf[Consulta: 03-09-2014].

ANEXO 1 - TALLER SOBRE AMOR ROMÁNTICO Y RELACIONES AFECTIVAS

PRESENTACIÓN

Decir el nombre y con la primera letra decir algo relacionado con la sexualidad, el placer, las relaciones.....

AFECTIVIDAD/SEXUALIDAD

- La sexualidad/afectividad es una construcción histórica y cultural que reúne una multitud de diferentes posibilidades biológicas y mentales que no necesariamente deben estar vinculadas.
- Modelo tradicional vs. Modelo igualitario

IDENTIDAD SEXUAL

El proceso de diferenciación sexual no finaliza en el momento del nacimiento. La identidad sexual no es una dimensión estática y atemporal. Comienza en los primeros años de existencia y continúa a lo largo de toda la vida. Seguimos siendo los/las mismos/as y a la vez vamos siendo diferentes. Hay una continuidad de permanencia y transformación simultáneamente.

DIFERENCIA SEXO GENERO

- Desde que una persona nace, o mejor desde que se da a conocer durante el embarazo su sexo biológico, en el seno de la familia se empieza a construir su género, atribuyéndole todo aquello que una sociedad relaciona con ser hombre o mujer.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR AMOR?

RESPECTO AL AMOR

- Atracción: ¿Qué nos atrae?
- Elección: ¿Qué o a quién elegimos? ¿Qué quiero, qué deseo, qué necesito?
- Relación: ¿Qué tipo de relación esperamos y cuál establecemos?

PARA CONTESTAR DICHAS PREGUNTAS ES NECESARIO:

- ⊗ A) Distinguir entre amor y enamoramiento
- ⊗ B) Entender la fractura en la que viven las mujeres actuales
- ⊗ C) Entender los miedos que suscita en los hombres una relación igualitaria

DISTINGUIR AMOR Y ENAMORAMIENTO

- ⊗ Enamorarse es una experiencia de atracción extraordinaria que produce un ansia de fusión, una conmoción vital de exaltación del yo y de la sensualidad. La persona enamorada queda totalmente conmovida: corporalmente, subjetivamente, en su manera de vivir, en sus otras relaciones...

- ⊗ Pero el enamoramiento es finito, se acaba, y de él sólo surgirá el amor si se supera la fantasía de que el/a otro/a es un ser extraordinario.
- ⊗ Se pierde la fascinación que el enamoramiento ha provocado, pero se gana a una persona de carne y hueso.

ENTENDER LA FRACTURA EN QUE VIVEN LAS MUJERES

- ⊗ La mayoría de mujeres sienten a diario una fuerte contradicción, sienten mandatos tradicionales y a la vez modernos.
- ⊗ Esta partición interna solo podrá resolverse cuando el otro las reconozca como sujetos libres e iguales.

ENTENDER LOS MIEDOS QUE SUSCITA A LOS HOMBRES UNA RELACIÓN IGUALITARIA

- ⊗ Los niños (varones) son educados para ser un "superhéroe" que lo resuelve todo y no teme a nada.
- ⊗ El miedo a la relación igualitaria viene de esos miedos y sentimientos reprimidos, a no ser bastante "hombre", a ser débil.

REPRESENTACIÓN DEL AMOR

- ⊗ Círculos
- ⊗ Esculturas

MODELOS DE RELACIONES AMOROSAS:

AMOR ROMÁNTICO

- ⊗ Este amor idealizado, crece en la distancia y se alimenta de fantasías, cree que la pareja satisfará todas las carencias y deseos.
- ⊗ Para ello le ponen disfraz de cómo les gustaría que fuera, en lugar de verlo y aceptarlo como es.
- ⊗ Resultado: desilusión y desengaño

AMOR PASIÓN

- ⊗ Identifica el amor con una pasión incontrolada y destructiva que les domina y les exige sacrificios y dolor constante.

AMOR DOMINACIÓN-DEPENDENCIA

- Desarrolla los roles tradicionales de polaridad y complementariedad y las relaciones se entienden como poder sometimiento
- El hombre suele tener el papel activo y dominante y la mujer uno sometido y pasivo.
- Funciona sobre la renuncia de uno de los dos a ser independiente y autónomo

AMOR APEGO ESTABLE

- Se acepta lo rutinario en pro de la comodidad y la estabilidad.
- Se elige a la pareja de acuerdo a las normas sociales y se renuncia a la pasión A FAVOR DE UNA VIDA DE COMPROMISO (matrimonio, hijos/as, comunidad económica, etc.).

AMOR IGUALITARIO

- Relación entre personas libres e iguales.
- No tiene que ser unico, ni para siempre, no supone una entrega incondicional.
- Se basa en la igualdad en el interior de la pareja en cuanto a relaciones de poder y en dar o recibir.

JUEGO DE CARICIAS

- Verbales
- Afectivas
- Cualidades positivas
- Lo que me gusta de tí

ENEMIGOS DEL AMOR

- El amor es una experiencia vital que incluye muchas cosas, el deseo sexual, los vínculos afectivos, el compromiso de la convivencia... Su complejidad le hace permeable a factores de muchas clases.
- Cada vez hay más mujeres que no creen en el "príncipe azul" y más hombres que no buscan "la perfecta esposa".

LOS MITOS

EL MITO DE LA MEDIA NARANJA

- La ilusión de hallar a alguien que nos complete ha sido una de las más extendidas en nuestra sociedad.
- Pero ese conjunto idílico creado por dos mitades que creen saberlo todo uno del otro/a, sólo existe en la imaginación.
- Las personas somos seres únicos y completos. **NADIE ES LA MITAD DE NADIE**

EL MITO DE LA OMNIPOTENCIA DEL AMOR

- La idea de que el amor consigue vencer todas las dificultades, sean estas del tipo que sean, y que el ser amado es alguien perfecto, sin defectos ni fisuras, nos lleva a un callejón sin salida.
- En toda relación debe haber un grado razonable de conocimiento real. Idealizar en exceso conlleva necesariamente frustración e insatisfacción.

DOMINACIÓN-SUMISIÓN

- El sacrificio de los deseos propios en pro de los deseos del otro se ha visto como exponente máximo del amor. Pero si siempre es la misma persona la que renuncia se acaba en una situación de sufrimiento, en la que uno de los dos ejerce el poder y el otro se somete.
- Cuando quien ejerce el poder, generalmente el hombre, siente que puede perder sus privilegios recurre a la violencia.

CELOS

- Cuando la energía amorosa se fija en la posesión no se podrá soportar que la otra persona haga elecciones libres, tenga intereses propios, o amistades fuera de la pareja. A la larga eso crea un angustia insostenible porque en toda relación es imprescindible respetar el espacio vital del otro/a.
- Los celos enfermizos no son indicadores de amor sino de carencias afectivas profundas.

DEPENDENCIA AFECTIVA

- El miedo al abandono y a la soledad, manifestado como un apego ansioso a la pareja: sin él/ella no soy nadie, sin él/ella no puedo vivir, conduce a relaciones muy dolorosas.
- La persona dependiente suele poner todas sus metas en una pareja incapacitada para amarla, renunciando así a su vida y a su autonomía.
- Depender de alguien es vivir a medias.

CARICIAS AFECTIVAS

- Reunidas en círculo, sale una al centro y hay que decirle :
- Cualidades positivas.
- Sentimientos que te provoca
- Emociones
- Cosas agradables.

ALIADOS DEL AMOR:

SATISFACCIÓN AFECTIVA/SEXUAL

- Todos/as queremos que nos quieran y vivir momentos de placer íntimo con la pareja, sentir cercanía, confianza, cuidado, proximidad, comprensión, placer...
- La sexualidad puede adoptar formas variadas siempre que haya acuerdo entre las personas implicadas. Las fantasías forman parte del placer sexual y es legítimo el juego erótico siempre que no se establezca una confusión entre juego y realidad.

LIBERTAD Y VOLUNTARIEDAD

- Establecer una relación amorosa partiendo de una decisión libre y de querer hacerlo.
- También supone aceptar que la relación acaba cuando una de las personas lo decida libremente.

IGUALDAD

- Implica respeto y reconocimiento mutuo como sujetos en el poder, en el dar y recibir, en el peso para tomar las decisiones, etc.

AUTORRESPONSABILIDAD

- Cada persona se siente íntegra y completa por sí sola.
- La autoestima, cuidado personal, aceptación del cuerpo, conciencia de sus sentimientos, etc. dependen sólo de ella. La pareja solo puede darnos cierto apoyo.
- Supone también asumirse económicamente de forma independiente.

AUTONOMÍA UNIDA AL COMPROMISO

- Equilibrio entre libertad individual y el vínculo amoroso con el otro/a.
- Las amistades y proyectos personales no son excluidos sino conjugados con los comunes.

COMUNICACIÓN Y NEGOCIACIÓN

- Como uso habitual para resolver los conflictos, aceptando éstos como parte normal de la relación.
- Tiene como requisito la capacidad de admitir y decir NO, respetar los límites.

DIFERENCIAS COMO ENRIQUECIMIENTO

- No se necesita pensar igual en todo, ni hacer juntos/as las mismas cosas, ni hacerlas de la misma manera.
- Supone admitir que somos diferentes, que podemos tener diferentes puntos de vista.
- Las diferencias aportan más información y más ventajas que inconvenientes.

FLEXIBILIDAD

- Para uno/a mismo/a.
- Adaptarse a los cambios evolutivos y a los retos que en cada momento la vida nos sitúa.

¿CÓMO AMAR SI NO NOS AMAMOS?

Siete hábitos nefastos para el amor	Y siete, imprescindibles
1. Castigar.	1. Apoyar.
2. Quejarse.	2. Estimular.
3. Culpar.	3. Escuchar.
4. Amenazar.	4. Aceptar.
5. Perseguir.	5. Confiar.
6. Criticar.	6. Respetar.
7. Sobornar.	7. Negociar las diferencias.



LA ÉTICA EN LAS RELACIONES AMOROSAS

- Ética de la igualdad: todas las personas tienen los mismos derechos y libertad para su sexualidad.
- Ética del consentimiento: toda actividad sexual entre dos personas debe ser consentida por ambos. Nunca se debe usar la presión o violencia.
- Ética del placer compartido: buscar el propio placer y ayudar a la otra persona a disfrutar de su sexualidad.
- Ética de la responsabilidad común: asumir las consecuencias como embarazos, ETS, etc. Evitar riesgos y apoyarse.

HACIA LA IGUALDAD EN EL AMOR

Para los hombres

- Abandonar la idea de propiedad sobre la mujer.
- Renunciar a posiciones demostrativas de fortaleza.
- Acceder a la esfera de cuidados, afectos y comunicación de sentimientos.

Para las mujeres

- Asumir una posición subjetiva activa.
- Adquirir más autonomía.
- Tener proyectos y realizaciones propias.

Para ambos

- Reconocimiento mutuo de su interdependencia.
- Liberarse de presiones del modelo tradicional.

MUCHAS GRACIAS

“La reconstrucción de la relación entre mujeres y hombres pasa por una aceptación mutua del fin del patriarcado como forma de organización básica de la familia y de la sociedad.”
[Manuel Castillo]



ANEXO 2 - Modelo de registro de reuniones interprofesionales

REGISTRO DE REUNIONES COORDINACIÓN INTERNA

FECHA: _____

HORA: _____

LUGAR: _____

ASUNTO: _____

ASISTENTES: _____

ORDEN DEL DÍA DE LA REUNIÓN Y ACUERDOS:

Empty box for recording the agenda and agreements of the meeting.

ANEXO 3 - Modelo de ficha registro de incidentes críticos

FICHA PARA EL REGISTRO DE INCIDENTES CRÍTICOS	
Fecha:	
Usuaris implicadas:	
Profesionales presentes:	
Contexto:	
Descripción del suceso:	
Propuesta de soluciones:	
Firma	

