

Programa grupal de fomento del bienestar psicosocial de las mujeres¹

M^a Antonia Aretio Romero^{1*}, Urbina Aguilar Raposo^{2*}

¹Trabajadora Social Sanitaria. Igualdad y Género. Dirección General de Salud Pública, Consumo y Cuidados. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja. ²Trabajadora Social Sanitaria. Centro de Salud Arnedo. La Rioja. España.

*Correspondencia: ¹maaretio@riojasalud.es ²uaguilar@riojasalud.es

Cómo citar: Aretio Romero, M^a Antonia; Aguilar Raposo, Urbina; (2025) "Programa grupal de fomento del bienestar psicosocial de las mujeres". Revista Trabajo Social y Salud, N^o101, 404-421.

Resumen: En el marco de la planificación de la actuación del sistema sanitario público de La Rioja ante la violencia de género se estableció la necesidad de organizar un programa grupal para abordar los malestares psicosociales de las mujeres, como estrategia para prevenir y detectar precozmente la violencia de género, además de otros objetivos dirigidos a mejorar el bienestar de las mujeres y favorecer su autonomía y empoderamiento. En este artículo se expone el contenido de dicho Programa, sus objetivos, metodología y desarrollo así como sus principales resultados. Este Programa ha sido diseñado y desarrollado por trabajadoras sociales sanitarias de Atención Primaria. Su ejecución ha revelado la idoneidad de la metodología grupal desde el trabajo social sanitario para abordar eficazmente algunos de los determinantes psicosociales causantes del malestar de las mujeres. También ha servido para mejorar la autonomía y empoderamiento de las mujeres participantes así como para favorecer su inserción social y su participación comunitaria. Este Programa se ha desarrollado desde la perspectiva de género, imprescindible para el éxito del mismo. Ha contado con un proceso previo de formación específica de las profesionales que lo iban a ejecutar.

Palabras clave: Trabajo social sanitario, violencia de género, metodología grupal, abordaje psicosocial, perspectiva de género

Abstract: Within the framework of the planning of the action of the public health system of La Rioja in the face of gender violence, the need to organize a group program to address the psychosocial discomforts of women was established, as a strategy to prevent and early detection of gender violence, in addition to other objectives aimed at improving the well-being of women and promoting their autonomy and empowerment. This article exposes the content of said Program, its objectives, methodology and development, as well as its main results. This Program has been designed and developed by primary health care social workers. Its execution has revealed the suitability of the group methodology from health social work to effectively address some of the psychosocial determinants that cause women's discomfort. It has also served to improve the autonomy and empowerment of the participating women as well as to favor their social integration and community participation. This Program has been developed from a gender perspective, which is essential for its success. It has had a prior specific training process for the professionals who were going to execute it.

Keywords: Health social work, gender violence, group methodology, psychosocial approach, gender perspective

1 Queremos hacer constar nuestro agradecimiento a Ana Isabel Guerra Martínez y a M^a Luisa Fraile Jiménez, trabajadoras sociales sanitarias junto a quienes elaboramos a lo largo de casi tres años el Programa Grupal de Fomento del bienestar psicosocial en las mujeres, texto del cual se ha extractado la mayor parte del contenido para elaborar este artículo.

Introducción

En la Consejería de Salud de La Rioja, en su parte asistencial (Área de Salud) viene funcionando desde el año 2003 la Comisión Técnica contra la Violencia de Género (VG de aquí en adelante), liderada por una trabajadora social sanitaria desde su origen hasta la actualidad. Esta Comisión Técnica recoge el conjunto de la actuación realizada en salud ante la VG, ya sea en el área de promoción y fomento de la igualdad entre géneros, la prevención de la VG, la formación de profesionales, la atención a las diversas clases de VG así como la coordinación intrainstitucional como interinstitucional. El trabajo de esta Comisión en una nueva etapa que se inicia en el año 2016 queda organizado dentro del III Plan de Salud de La Rioja (2015-2019). En el mismo hay una Línea Estratégica dedicada a la actuación sanitaria ante la VG. Dentro de la misma, se contempla una medida relacionada con el fomento de los grupos de atención al malestar psicosocial de las mujeres.

Por ello, en la primavera del año 2016 un grupo de Trabajadoras Sociales de Atención Primaria del Servicio Riojano de Salud reciben el encargo de redactar el programa para poder desarrollar dicha medida en el conjunto de los centros de salud de atención primaria riojanos. Estas cuatro trabajadoras sociales parten de la necesidad de abordar desde otra perspectiva de trabajo los malestares psicosociales de las mujeres, la dimensión de los determinantes sociales así como la prevención de la VG. Todo ello desde la perspectiva de género o feminista. La redacción definitiva de dicho programa concluyó en la primavera del año 2019. Este programa incluía tanto la parte de fundamentación teórica como el desarrollo de cada una de las 12 sesiones que lo integran, con el conjunto de las técnicas y metodología empleadas en cada una de ellas, así como el sistema global de evaluación.

Este programa grupal, además de insertarse dentro de la planificación anual de la Comisión Técnica contra la VG se inserta dentro de la Estrategia de Atención Primaria, Estrategia del Hospital Universitario San Pedro y acciones transversales de atención primaria y atención hospitalaria 2021-2024. Asimismo, ha quedado recogido en el IV Plan de Salud 2030.

Muchas de las situaciones de malestar psicosocial,

guardan una estrecha relación con la inequidad de género y con los mandatos de género en los que se socializan las mujeres. Mandatos de género en numerosas ocasiones de índole sexistas, que siguen influyendo de manera desfavorable en las condiciones de vida y en la salud de las mujeres.

Los factores que influyen en el malestar psicosocial de las mujeres son los siguientes:

- Inequidades entre el hombre y la mujer. Desigualdad estructural. Desvalorización social.
- Mandatos de género y socialización en modelos sexistas.
- Baja autoestima.
- Violencia de género.
- No reparto de trabajo en el hogar ni en los cuidados de personas mayores, con dependencia, niños-as, personas con diversidad funcional.
- Mayor sobrecarga en responsabilidades familiares.
- Falta de relaciones sociales y apoyos.

Este programa de abordaje grupal considera de manera prioritaria que se debe seguir en esta línea pero incluyendo a los hombres como un aliado para lograr sociedades más equilibradas y, por eso, plantea la necesidad de realizar grupos de mujeres y de hombres (de manera separada) que aprendan a vivir de una manera más igualitaria y saludable.

Justificación

El malestar psicosocial de las mujeres es un problema cuya detección va en aumento en las consultas de atención primaria de los centros de salud de La Rioja. Sin embargo, el abordaje tradicional realizado hasta ahora no ha resultado ser del todo eficiente. Es por ello que las trabajadoras sociales sanitarias integradas en el equipo de atención primaria, elaboraron este programa de abordaje grupal para aportar otras herramientas metodológicas más centradas en la incorporación de habilidades sociales para contribuir a una mejora de la salud de las mujeres.

Estos grupos de intervención sobre este malestar específico de las mujeres abordan de manera integral aspectos biopsicosociales, preventivos y comunitarios con el fin de que las mujeres logren un afrontamiento más saludable de sus situaciones cotidianas, con un mayor grado de responsabilidad y

autonomía sobre sus procesos de salud y puedan así aliviar o superar dicho malestar.

Se define el malestar psicosocial como el sufrimiento que no puede ser detectado y expresado en palabras. Aparece como “el sufrimiento anímico o en el cuerpo, como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable” (Velasco Arias, 2005). Entre las principales causas que generan dichos malestares están las inequidades de género en salud, la socialización diferencial y los determinantes sociales.

La evidencia científica de los últimos años ha demostrado que las mujeres padecen ciertos problemas de salud con mayor frecuencia que la población masculina. Entre el 30% y el 60% de todas las visitas en atención primaria se deben a síntomas somáticos sin causa orgánica (Muñoz Ureña y otros, 2008) presentándose estas quejas con mayor frecuencia en mujeres (del 73% al 80%). La depresión, ansiedad e insomnio son enfermedades de alta prevalencia entre la patología específica detectada en Atención Primaria (Markez y otros, 2004) que, además, han ido en aumento tras la pandemia por Covid-16.

Existen un 58% de somatizaciones y el 13% de los diagnósticos en mujeres como signos y síntomas mal definidos y sin causa médica demostrable (Velasco, 2005). Estas consultas por quejas inespecíficas se manifiestan a través de síntomas distintos, síntomas somáticos sin causa orgánica, se menciona en la literatura que no suelen responder a un tratamiento farmacológico, ya que su origen no es tanto físico sino psicosocial.

“La percepción negativa de la salud por parte de la mujer es creciente con la edad y a medida que disminuye el estatus socioeconómico o el nivel de estudios terminados. Asimismo, aumenta en las mujeres desempleadas o dedicadas principalmente a las tareas del hogar.” (Instituto de la Mujer, 2008: 202). Son más del 50 % de las mujeres mayores de 65 años las que declaran sufrir problemas de dolor/ malestar.

El informe de Salud y Género de 2005 (Observatorio de la Mujer, 2005: 93) indica que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años, pero el número de años vividos con buena salud y sin enfermedad crónica son menores que en el caso de

los hombres. Por otra parte, en diversos documentos internacionales (Informe de Salud y Género 2005; Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000) se recoge la importancia de garantizar la igualdad entre hombres y mujeres, vivir sin sufrir discriminación, así como el acceso a la atención sanitaria. Para conseguir el cumplimiento de estos derechos se hace preciso, incorporar la perspectiva de género en la planificación y actuación sanitaria.

Las investigaciones feministas iniciadas en los años 70 del siglo XX analizando las relaciones entre hombres y mujeres lograron conceptualizar el llamado sistema sexo/género, de manera que ello supuso el primer paso hacia la deconstrucción teórica del modelo patriarcal. De este modo, el concepto biológico de “sexo” deja de ser válido para explicar las diferencias sociales entre hombres y mujeres y, por tanto, para justificar la desigualdad que ha caracterizado las relaciones entre ellos. Se elabora e introduce entonces el concepto de género como categoría de análisis que permite diferenciar y separar lo biológico, atribuido al sexo, de lo cultural, determinado por el género. Gerda Lerner, historiadora del feminismo, señala que el género “es la definición cultural de la conducta considerada apropiada a los sexos en una sociedad y en un momento determinado” (Lerner, 1990: 8).

La socialización tradicional genera desigualdad entre mujeres y hombres, afectando a la salud de ambos. Es importante destacar que no toda diferencia de salud implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas que se consideran «innecesarias, evitables y, además, injustas» (Fernández, Gómez, Baides y Martínez, 2002).

Además de tener en cuenta las inequidades de salud por razón de género es importante mencionar que el estado de la salud también está influido por las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Son los determinantes sociales de la salud. Los estudios sobre el tema revelan que tienen peor salud percibida las clases sociales de menor nivel cultural e ingresos y siempre peor las mujeres que los hombres (AETS, 2001; Borrell y Benach, 2005). Las clases con mejor salud, tanto en mujeres como en hombres, son las clases altas y medias-altas, mientras que, por el contrario, las clases bajas, medias-bajas, son las que peor salud afirman

tener; de manera especial las mujeres con trabajos no cualificados. A pesar de eso, en mujeres de igual clase social, las empleadas tienen mejor salud que las que se dedican al trabajo doméstico no remunerado tal y como recoge el Informe de Salud y Género del año 2006 (p. 49).

Como se puede constatar, en la salud de las personas influyen una compleja gama de factores, entre los cuales, además del género, es preciso contemplar otros como la clase social, el grupo étnico, la orientación sexual, el lugar de residencia, la raza, la edad, entre otras. Todo este proceso evidencia las múltiples posiciones de género que se derivan de un proceso de subjetivación atravesado por relaciones de poder asimétricas. Por ello se hace preciso un enfoque de atención basado en la interseccionalidad (Consejo General del Trabajo Social, 2023).

A través del proceso de socialización, mujeres y hombres interiorizan las características que son asignadas culturalmente al sexo biológico al que pertenecen. Este proceso de socialización, determina la forma en que nos relacionamos en el mundo que nos rodea y contribuye a incorporar roles, valores e ideales que configuran la propia subjetividad. Asimismo, determinan formas de vida y modelos de relaciones entre los sexos que condicionan la salud de las personas (la vivencia de la enfermedad, las conductas de prevención, de riesgo, las formas de trabajar y usar el tiempo, etc.).

Así, Sara Velasco, en 2007, en el documento Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria², expone que los principales determinantes psicosociales para las mujeres son las cargas del rol tradicional –incluyendo sus efectos de dependencia, aislamiento y falta de red social– y el trabajo de cuidadora (27%), seguido de los conflictos de pareja (20%). Los conflictos con o enfermedades de los hijos/as (15,3%) son el tercer factor para las mujeres. Siguen los duelos en cuarto lugar (12,3%). Los malos tratos por la pareja o expareja, son el 6,5% de los casos de mujeres y tiene para ellas prácticamente la misma frecuencia que los conflictos

en el trabajo o con los estudios. La doble jornada laboral afecta al 3,4 % de los casos siendo un factor exclusivo de las mujeres. En el caso de los hombres, los conflictos de pareja, incluyendo las separaciones, es el factor más frecuente (25%) seguido de los duelos (20,3%) y en tercer lugar, conflictos en el trabajo o con los estudios (14,1%). Otros factores son accidentes o enfermedades propias, junto con cargas del rol tradicional y el trabajo de cuidador 7,8%, igual en ambos factores.

Por todo ello, se plantea la necesidad de incluir en estas intervenciones un enfoque que influya en la construcción social de género. Trabajar con un enfoque de género nos permite analizar la problemática específica de las mujeres participantes, teniendo en cuenta sus condiciones de vida, sus roles y su propia subjetividad.

Cuando hablamos del malestar emocional nos referimos a aquellos problemas o situaciones que no se corresponden con un problema de salud identificado, pero sí con un sufrimiento no aceptado por el afrontamiento de las circunstancias de la vida cotidiana (Del Barrio, 2015). Son respuestas adaptativas, no necesariamente patológicas, que generan un malestar en la salud de las personas, a veces motivado por la falta de habilidades personales para afrontar de manera saludable la vida cotidiana, o por los determinantes socioculturales y psicosociales que, con frecuencia, condicionan la aparición de los síntomas de malestar y ponen en peligro la salud (Velasco Arias, 2005). Como se ha indicado anteriormente, los trastornos de ansiedad, depresivos y somatizaciones, son un problema creciente de salud pública, progresan con el denominado desarrollo socioeconómico, afectan el doble a mujeres que a hombres y presentan peor evolución entre ellas.

Ciertamente, en la atención sanitaria reciente se refleja el incremento de los malestares emocionales, más presentes en las mujeres, debido a la influencia de los factores psicosociales de género y de la sintomatología presentada. Es frecuente además que estos trastornos acaben siendo abordados con psicofármacos (habitualmente ansiolíticos y antidepresivos), logrando así un efecto perverso: medicalizar los malestares, algo que cronifica y agrava los mismos pese al esfuerzo profesional y terapéutico (Burrin, 2003).

2 Sujetos: se realizó un pilotaje de recogida retrospectiva de historias clínicas de 70 casos y, posteriormente, se analizó una muestra retrospectiva de 412 historias clínicas de casos atendidos con el método BPS, recogido por 27 profesionales (17 médicos/as, 2 enfermeras, 4 trabajadoras sociales y 4 psicólogos/as).

El III Plan de Salud Mental de la Rioja analiza en uno de sus apartados el porcentaje de personas adultas (15 años o más) en riesgo de una salud mental negativa, objetivándose, según datos de los años 2006 y 2011, que son las mujeres las que tienen más riesgo de ver agravada su salud mental y que, según el dato registrado en el 2011, el número ha aumentado en un 9,72 %, respecto al año 2006. Por otra parte, la prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en ambos sexos se situó en 9,61%. En estas patologías continúa siendo llamativa la diferencia de diagnósticos entre sexos: mujeres, 13,35 %; hombres 5,69%. Estos datos justificaban la necesidad de organizar una atención diferencial a las mujeres.

El IV Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2021-2025 y el IV Plan de Salud 2030, redactados recientemente, recogen estas diferencias diagnósticas según género.

La diferente morbilidad psicológica de la mujer puede ser resultado tanto de la existencia de condicionantes biológicos (diferencias por sexo), como de la presencia de riesgos diferenciales vinculados a los distintos estilos de vida y roles sociales (diferencias de género). No puede entenderse la salud mental de la mujer sin tener en cuenta aspectos como la interiorización de valores y normas sociales, actitudes hacia sí mismas y hacia los demás, roles desempeñados y presiones y obstáculos que existen sobre las mujeres. Los factores psicosociales determinantes en la formación de la identidad de género influyen en la forma de enfermar, así como en la forma de expresar estos malestares, haciéndolo desde lo emocional en el caso de las mujeres (Fundación Salud y Comunidad, 2011).

El sistema sanitario tiende a diagnosticar este tipo de trastornos más entre las mujeres que entre los hombres, y a prescribir psicofármacos a ellas, incluso ante la misma sintomatología.

El Plan de Prevención de Adicciones de La Rioja 2018-2024 recoge un análisis específico del consumo diferencial de los hipnosedantes según género. En él se detalla:

“Durante la vigencia de la anterior Plan de Adicciones, los hipnosedantes se han convertido en la tercera sustancia más

consumida a diario, triplicando el consumo de cannabis (6% de la población riojana lo han consumido todos los días en el último mes, con o sin receta, según EDADES 2015). Este consumo se da en mayor medida entre mujeres (un 12,2 % frente a un 7,9% en hombres en los últimos 12 meses, en La Rioja) y en población de mayor edad (prácticamente una ratio de 1 a 4 entre los grupos de edad de 15-34 años y 35-64 años), aunque esta última afirmación debe ser matizada por la encuesta a población escolar. (p. 19).

En la página 20 del mismo Plan de Prevención, señala, siguiendo al estudio ESTUDES 2016, la existencia de prevalencias de consumos en los últimos 12 meses que no solamente confirman cifras muy superiores en mujeres (tanto en el consumo con receta como en el consumo sin prescripción médica) sino que sitúa a la población escolar de 14 a 18 años en cifras que superan el grupo de edad de 15 a 34 años, según EDADES 2015.

La mayor presión de alteraciones mentales comunes sobre las mujeres se relaciona con factores psicosociales y de género. Una parte de dicho malestar es ocasionado por la violencia de género. Intervenir sobre ella con medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad es uno de los pilares fundamentales, como así recogía el capítulo específico que sobre Atención a la Violencia de Género dedica el III Plan de Salud de La Rioja (2015-19). Precisamente, el fomento del abordaje grupal de los malestares psicosociales de las mujeres es una de las medidas recogidas en dicho capítulo.

Tradicionalmente, la medicina ha centrado su interés en el cuerpo y en la enfermedad, eludiendo otros aspectos de la persona: sus condiciones de vida, su mundo emocional, de relaciones o sus características personales. Pero, hoy día, se sabe que la atención a la salud de las mujeres no puede ser ajena a sus condiciones de vida y de trabajo, ni a los roles sociales que desempeñan, como tampoco a sus creencias, valores o actitudes. Son muchos los factores que hay que tener en cuenta a la hora de intervenir social y sanitariamente con las mujeres: la multiplicidad de roles, el papel de cuidadora de toda la familia, el no reconocimiento social del trabajo doméstico,

el sentimiento de culpa ante la dicotomía entre el proyecto de vida personal y el mandato de género, la dependencia económica y emocional, el carecer de un tiempo y espacio propio...

Una mirada holística a estos trastornos que las mujeres padecen en mayor medida que los varones aconseja considerar que la salud y la enfermedad se tejen en el contexto social. Además, es necesario tener en cuenta la subjetividad de cada persona, ambas condicionadas por el género. Este conjunto de síndromes y síntomas no tienen su causa sólo en la biología, que desde luego puede predisponer, y tampoco sólo a situaciones sociales precarias, sino que proceden de la posición subjetiva de la persona en su contexto social y cómo se enfrenta a los conflictos. Estos síntomas son manifestaciones de esos “malestares” expresados a través del cuerpo ligados a sus formas de vida, sujeta a factores del contexto social, interpersonales, psicológicas y a condicionantes de género, cultural y socialmente determinados, relacionados con procesos y conflictos que las hacen más vulnerables (Del Barrio, 2015).

Este segmento de población que acude asiduamente a las consultas de los centros de salud no mejoran, o mejoran muy poco, con los tratamientos sintomáticos, y se les detectan falta de habilidades personales para poder afrontar de manera saludable las dificultades de la vida cotidiana, tienen baja autoestima, dificultades de adaptación a los cambios vitales, o sobre adaptación (o adaptación paradójica) a situación de conflictos de pareja, de desigualdad o de maltrato, que condicionan la aparición de los síntomas de malestar, poniendo en riesgo su salud física y mental. La demanda no resuelta siempre vuelve, convirtiéndose en las mal llamadas “personas hiper-frecuentadoras”³ del sistema sanitario y también más demandantes de atención por parte del conjunto de profesionales de Atención Primaria, lo que demuestra la insuficiencia de este enfoque para abordar este problema.

La mayor parte de las personas que demandan este tipo de asistencia lo constituyen mujeres de

edad media y con frecuencia con cargas familiares importantes. Recurren a las consultas de atención primaria para buscar respuestas o tratamientos que alivien el malestar emocional que les supone atravesar por estas situaciones, donde, con frecuencia reciben un tratamiento farmacológico como única solución a su malestar. La medicalización y psicologización de la vida cotidiana, lejos de resolver, tiende a cronificar dichas situaciones (Del Barrio, 2015).

La Atención Primaria, dada su accesibilidad, es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, acercando la atención sanitaria lo máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan. Dentro del equipo de profesionales de Atención Primaria, son las trabajadoras sociales sanitarias las que analizan y estudian en mayor medida los condicionantes sociales que inciden en la salud individual y colectiva de la población. Desarrollan e intervienen en procesos grupales orientados a mejorar la salud integral de la población. Estas competencias están recogidas en la Cartera de Servicios, incluida en el Manual de Organización de la Unidad de Trabajo Social del Servicio Riojano de Salud así como en la Cartera de Servicios de trabajo social sanitario (Asociación Española de Trabajo Social y Salud, 2017).

Asimismo, existe un consenso establecido entre la comunidad científica y profesional en los últimos años en relación a la mayor capacidad para generar cambio de comportamientos en salud que aportan las metodologías grupales de educación para la salud, como complemento y coordinadas con la intervención individual. Por ello en los últimos años se están impulsando de nuevo los abordajes grupales para diferentes patologías crónicas (Escuela de Pacientes...) desde el sistema sanitario riojano y otros servicios de salud.

El trabajo social considera intrínseco a su competencia profesional el valor del grupo como ayuda a las personas a mejorar su funcionamiento social. Ya en 1939 las y los trabajadores sociales americanos, junto con psicólogos y pedagogos, utilizaban el método del grupo. Pero es a partir de los 70 cuando el trabajo social de grupo se desarrolla con fuerza en Europa (Rosell, 1998).

Los grupos, en concreto los grupos de mujeres, aportan una serie de ventajas propias que es oportuno

3 Porque se responsabiliza/culpabiliza a las mujeres del fracaso de las intervenciones sanitarias adoptadas, en lugar de generar un proceso de evaluación dentro del sistema sanitario acerca de la necesidad de un diagnóstico y tratamiento más eficaz; con perspectiva de género.

tuno poner de manifiesto. Por un lado, ayudan a restablecer vínculos personales en una sociedad que tiende a un mayor individualismo. No es menos importante la capacidad de aprendizaje que se despliega en la participación grupal, la ampliación de la mirada y la adquisición de habilidades para la resolución de conflictos (Zamanillo, 2008: 11-12).

Es la propia persona la que debe generar sus propias respuestas y el papel del grupo consiste en ofrecerles un espacio en donde ayudarles a reflexionar sobre qué les pasa, con qué situación lo relacionan y con qué “recursos y/o activos” cuentan para cambiar esta situación. Además, el grupo constituye un activo en sí mismo, un espacio de encuentro, donde las mujeres pueden compartir experiencias; y es facilitador de apoyo para la toma de decisiones. Se trata por tanto de crear un espacio de comunicación, autoconocimiento y autoapoyo entre las mujeres, y una oportunidad para desarrollar habilidades y activos propios (ejemplo: autoestima, capacidad de afrontar situaciones de estrés, etc.).

La dinámica de los grupos es participativa, se trabaja con las vivencias que las participantes traen al grupo, a partir de los ejercicios que se plantean. Se trata de facilitar el espacio para que hablen de su experiencia, sus dificultades, pero también sus logros, sus habilidades, sus retos, sus sueños e ideas.

Finalmente, son espacios que posibilitan una ética solidaria, al facilitar el conocimiento de las “otras” personas y con ello el compromiso organizado para afrontar retos colectivos. Además, la incorporación grupal permite otro tipo de ventajas (Aretio, 2015: 39): Sentirse “acompañada” en el proceso de cambio por otras mujeres con las que se comparten las dudas, dificultades, inseguridades, aciertos y hallazgos contribuye a incrementar la capacidad para lograr con éxito el cambio, reforzando y asentando las nuevas pautas, valores y actitudes. Las vivencias, espejos, identificaciones, explicaciones proceden de iguales, por lo que se incrementa la empatía y movilización para el cambio (Roca, 2011: 34).

Algunas otras ventajas de los grupos de mujeres realizados con perspectiva feminista:

- Cada mujer es consciente de sus logros, del camino recorrido y lo comparte con otras iguales. La puesta en común crea una “cultura” femenina en positivo, devuelve autoridad y competencia a cada una.

Cada mujer puede ser “maestra” y “discípula” de las otras de los nuevos saberes y habilidades descubiertos en un ambiente de creación y reafirmación de una cultura alternativa, equitativa, respetuosa con la diversidad. Ello sustenta de manera progresiva una autoridad de las mujeres: “dimensión simbólica legítima de identidad, cimienta de la autoestima personal y colectiva” (Lagarde, 2000: 26).

- Ayudan a desculpabilizar (una no se siente la única ni extraña al vivir con la Violencia de Género) y a ser consciente de las claves que han propiciado la relación violenta, a reducir la ansiedad y estimulan la toma de decisiones. Aumentan la seguridad personal, fomentan la búsqueda de salidas a los conflictos, reducen el aislamiento social (Millán, 2005: 167).

- Ofrecen modelos de la nueva mujer que se quiere ser.

Para que los grupos aporten estos beneficios es necesario que se constituyan bajo la perspectiva de género; es decir, que posibiliten la toma de conciencia en tanto mujeres cuyas identidades están construidas bajo la socialización diferencial según el género y así permitir apreciar la discriminación sexual fruto de la misma (Aretio, 2015: 41).

Antes de finalizar este apartado es preciso hacer dos aclaraciones. Una relativa a lo que en este Programa de fomento del bienestar psicosocial de las mujeres se va a entender por el fomento de la autoestima de las mujeres y lo que se comprende como el proceso de empoderamiento.

Siguiendo con la perspectiva de género, necesaria para este tipo de intervenciones, se recoge el concepto de autoestima defendido desde la visión feminista como el “conjunto de experiencias subjetivas y de prácticas de vida que cada persona experimenta y realiza sobre sí misma. En la dimensión subjetiva intelectual, la autoestima está conformada por los pensamientos, los conocimientos, las intuiciones, las dudas, las elucubraciones y las creencias acerca de una misma, pero también por las interpretaciones que elaboramos sobre los que nos sucede, lo que nos pasa y lo que hacemos que suceda. Es una conciencia del Yo en el mundo y, por ende, es también una visión del mundo y de la vida. Y en la dimensión subjetiva afectiva, la autoestima contiene las emociones, los afectos y los deseos fundamentales sentidos sobre una misma, sobre la

propia historia, los acontecimientos que nos marcan, las experiencias vividas y también las fantaseadas, imaginadas y soñadas" (Lagarde, 2000: 28-29).

En cuanto al empoderamiento social, este moviliza procesos que buscan promover la participación apuntando al aumento del control sobre la vida por parte de los individuos y las comunidades, la eficacia política, mayor justicia social y la mejora de la calidad de vida. Se espera como resultado, el aumento de la capacidad de las personas y de los colectivos para definir, analizar y actuar sobre sus propios problemas.

No basta con que la ciudadanía (mujeres en este caso) asuma la responsabilidad sobre los determinantes de salud/enfermedad. Resulta necesaria además la ampliación de su habilidad para responder a los desafíos de la vida en sociedad, habilidad que demanda capacidad, competencias, oportunidades y recursos sociopolíticos y culturales. El proceso de empoderamiento social debe estimular la reflexión crítica y la capacidad de intervención y cogestión de los problemas sociales por parte de las personas y los colectivos.

Por todo lo descrito anteriormente, las trabajadoras sociales sanitarias en su intervención diaria, fundamentan la necesidad de crear espacios grupales con las mujeres en los que se visibilicen, identifiquen y aborden los malestares emocionales que sufren, con el fin de favorecer y generar herramientas que permitan a las mujeres mejorar tanto sus conocimientos como sus habilidades para un afrontamiento saludable de la vida cotidiana.

Objetivo General

Mejorar el estado de salud de las mujeres mediante un proceso grupal, en el que tomen conciencia de la repercusión que los malestares emocionales tienen en su vida cotidiana. Para ello, se trabajarán conocimientos, habilidades y actitudes con objeto de favorecer su autonomía y empoderamiento desde la perspectiva de género.

Objetivos Específicos

- Ofrecer espacios de encuentro grupal, que permitan mejorar la capacidad de reflexión de las mujeres sobre sí mismas y sobre el momento vital en el que se encuentran.

- Proponer contenidos en cada sesión que faciliten a las mujeres tomar decisiones conscientes y autónomas.
- Facilitar la comprensión de cómo influyen los determinantes de género en el estado de salud de las mujeres, con el fin de desterrar la búsqueda de causas en su individualidad.
- Ofrecer modelos alternativos de feminidad que fomenten la autonomía, el autocuidado, como factores protectores, o de resiliencia para su salud emocional y psíquica.
- Mejorar la capacidad de las mujeres en el reconocimiento y afrontamiento de la violencia de género.
- Potenciar los recursos personales y las habilidades necesarias dirigidos a que las mujeres establezcan una relación positiva con su cuerpo y desarrollen estilos de vida saludables.
- Facilitar el conocimiento de la red comunitaria, para favorecer su integración en la misma al tiempo que se amplía y/o refuerza su red de apoyo social.
- Reflexionar sobre la correcta utilización del sistema sanitario (hiperfrecuentación, abuso de fármacos...).
- Adiestrar y practicar técnicas de relajación para reducir situaciones de estrés y ansiedad.

Población Diana

Dirigidos a mujeres adultas (a partir de 18 años) que acuden al sistema sanitario y cuya demanda está relacionada con problemas de salud generados por un malestar emocional.

Las mujeres son derivadas a la Trabajadora Social Sanitaria por los y las diferentes profesionales del Equipo de Atención Primaria o bien a través de Servicios Sociales municipales u otros o por iniciativa propia de las mujeres.

El perfil de las mujeres a las que va dirigido el grupo puede presentar alguna o varias de estas características:

- Sintomatología física inespecífica, malestar por situaciones vitales y/o por mandatos de género.
- Presencia de situaciones vitales que puedan suponer una situación de riesgo en mujeres más vulnerables.

- Situaciones problemáticas que pueden requerir algún tipo de apoyo o intervención.
- Dificultades personales o sociales que actúen como factores de riesgo de enfermedad si no tienen habilidades o recursos para poder subsanarlas.
- Dificultades en sus relaciones afectivas, familiares y/o sociales.
- Baja autoestima y/o falta de habilidades personales.

Se excluyen mujeres con patología grave de salud mental, o que por su situación personal puedan perjudicar el desarrollo del grupo. La selección y exclusión definitiva será realizada por la trabajadora social sanitaria tras la primera entrevista de evaluación inicial.

Metodología

A. Modelos metodológicos empleados

Existe una amplia variedad de modelos metodológicos para contextualizar la intervención grupal, por lo que no se considera oportuno centrarse en uno solo, ya que en la estructura teórica-práctica encajan conceptos y técnicas procedentes de diversos modelos.

Educación para la salud participativa, crítica y emancipatoria

La Conferencia de la OMS de Alma Ata, de 1978, refleja un protagonismo activo por parte de los agentes sociales en la necesaria modificación de la sociedad. Se trata de reducir las desigualdades ante la salud, investigando con la comunidad y poniendo énfasis en la participación.

Por lo tanto, los grupos de mujeres son una alternativa preventiva y un medio de promoción de la salud. En el grupo se producen un intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos que a algunas mujeres les permite salir del aislamiento y participar en un espacio de escucha, donde compartir experiencias vitales.

Fomento de la autoestima de las mujeres

Desde hace unos años viene siendo un lugar común enfatizar la importancia de mejorar la autoestima en los grupos de mujeres. Pero hay diferentes maneras de considerar la autoestima. En este programa se opta por mejorar la autoestima desde la perspectiva feminista y de género, en contraposición con otras metodologías que eluden el análisis de las causas concretas de los problemas de la autoestima ofreciendo métodos terapéuticos para mejorar la autoestima sin cambiar el mundo (Aretio, 2015: 33).

Autoestima y autonomía caminan parejas. Mejorar la autoestima implica dos procesos: relacionarla con la autoidentidad y comprender que está relacionada con las propias condiciones de vida. En el proceso de superación de los malestares psicosociales de las mujeres, éstas han de construir el mandato bajo el que se conforman, clave de la autonomía y autoestima. Supone pasar de ser objeto a sujeto en la relación con los hombres, establecer relaciones en plano de igualdad, en vez de subordinadas.

El trabajo que se realiza en los grupos va dirigido a promover la mejora de la autoestima, autoconfianza y seguridad como medida factor protector de salud para poder afrontar situaciones de estrés y de adversidad con mayores oportunidades de éxito.

Modelo de empoderamiento

En grupos de mujeres se ha comprobado su eficacia para el empoderamiento de las integrantes, ya que desarrolla habilidades personales de adaptación y superación, que elevan la autoestima y la seguridad, elementos esenciales para modificar comportamientos y conductas capaces de influir sobre los determinantes en salud.

G. Konopka en el año 1963 definió el trabajo social de grupo como “un método de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar su funcionamiento social a través de experiencias constructivas de grupo, y a enfrentarse con sus problemas personales, de grupo y de comunidad” (Konopka, 1968). Esta definición es comúnmente aceptada aunque actualmente muchos autores enfatizan algunos aspectos de la misma: el papel de la ayuda mutua en el contexto del grupo, y el papel y la influencia del grupo para capacitar a sus miembros, para que a través del grupo puedan tener más “poder” social, en el sentido

de adquirir mayor presencia, participación y ascendencia social, dado que los y las trabajadores sociales atienden a personas que se hallan en muchos casos en situación o en riesgo de marginación y/o exclusión social. Este aspecto lo expresa el término anglosajón “empowerment”. Esta modalidad de intervención se ha utilizado con éxito con mujeres maltratadas (Rossell, 1998).

El empoderamiento desencadena el proceso para hacer realidad los propios deseos, producir cambios y cubrir necesidades. Es un camino de toma de conciencia de las propias necesidades, condiciones y capacidades, así como de los propios retos y esperanzas. Lo cual implica “asumir el reto de ser responsables de la propia vida y de las decisiones que cada una toma, recuperando el sentido de merecimiento personal y colectivo de una vida digna, abriéndonos a proponer, consensuar, construir y disfrutar” (Escudero, 2014: 34).

Modelo de atención biopsicosocial

Se centra en la persona-paciente y en el conocimiento sobre sí misma, incluyendo su biografía, su contexto personal y social. En consecuencia, las intervenciones se apoyan en la escucha con una entrevista clínica dirigida a dar espacio a la queja subjetiva de la persona, localizar la comprensión del malestar y el significado simbólico de los síntomas. Dicho modelo contempla la atención al contexto social y trabajo en equipo interdisciplinar. No es tan importante describir, clasificar y diagnosticar, sino interpretar y comprender significados.

B. Fases en la formación del grupo

Selección de las participantes

Antes de comenzar el grupo, es necesario realizar una amplia entrevista personal con las mujeres para conocer su situación personal, familiar, laboral así como el grado de motivación y posibilidades horarias para acudir al grupo. También es conveniente realizar una recogida de otros datos de salud y sociales que se consideren oportunos. Para realizar esta selección se les pasa la escala inicial de ansiedad y depresión de Goldberg. Asimismo se les informa sobre los objetivos que se pretenden conseguir y los requisitos de asistencia y participación.

Tipo de grupo

El grupo cerrado es el que se considera apropiado para esta intervención, entendiéndose como tal aquel formado por el mismo número de participantes durante su desarrollo; salvo las incorporaciones de las primeras sesiones o los abandonos que se puedan producir. Se da un margen de dos o tres sesiones para que el grupo quede totalmente formado.

Número de participantes

Entre 10 y 15 mujeres, contemplado con cierta flexibilidad según las circunstancias de cada centro de salud y profesional coordinadora.

Duración y periodicidad

La duración del grupo es limitada en el tiempo, contemplándose un formato recomendable de 12 sesiones. La frecuencia es de una sesión semanal, con una duración aproximada de 120 minutos.

Para favorecer la asistencia se establece un día de la semana y horario fijo.

Lugar y horario

El lugar más adecuado para llevar a cabo el proyecto es el centro de salud en horario de mañana. En algunos centros de salud, por carecer de espacios adecuados para el desarrollo del grupo se ha contado con otros espacios de servicios públicos (ayuntamientos, centros de personas mayores, espacios de juventud...).

C. Desarrollo y contenido de las sesiones

Metodología de las sesiones

La metodología de las sesiones se basa en la práctica y el aprendizaje compartido.

Las características comunes son:

- Metodología activa y participativa, que favorece el desarrollo de los objetivos. Se trata de facilitar un espacio trabajando unos determinados contenidos teóricos para que hablen de su experiencia, sus dificultades, pero también de sus logros, sus habilidades y sus retos.

- El aprendizaje práctico que nace de la experiencia y evolución del propio grupo. Trabaja con las vivencias que las mujeres traen al grupo a partir de los contenidos que se plantean. Se trabajan habilidades concretas y se reflexiona sobre las dificultades que, como mujer, tienen para su relación con el entorno. Por ello, parte de la función de dinamización de los grupos consiste en reconocer que parte del malestar que muestran puede tener que ver con roles y mandatos de género existentes.
- Todas las sesiones cuentan con exposición de contenidos teóricos, priorizando la participación y exposición de pensamientos, sentimientos, dificultades o experiencias personales de las mujeres participantes. Es un lugar donde deben sentir que pueden participar y ser escuchadas. La parte teórica está integrada en las actividades prácticas.

Para la presentación de los contenidos teóricos se utiliza una metodología expositiva con apoyo de diferentes soportes (audiovisuales, artículos, dibujos, juegos, música, poemas). Los contenidos son acordes al nivel de conocimientos y experiencias previas de las participantes.

Recursos humanos

- **Coordinadora:** figura obligatoria. Es la Trabajadora Social Sanitaria de los Equipos de Atención Primaria. Funciones: realiza las entrevistas de selección, exposición teórica orientada a promover el diálogo y la participación; presentación de dinámicas grupales adecuadas a los contenidos de las sesiones, moderación de las distintas intervenciones de las mujeres, facilitación del desarrollo de la sesión y evaluación del funcionamiento del grupo. Conduce y facilita el funcionamiento grupal y vela por el cumplimiento de las normas del mismo, particularmente el respeto a las mujeres. En definitiva, ha de desempeñar un rol de acogida, ayuda y apoyo.
- **Observadora:** figura deseable (depende de la disponibilidad en los Equipos y de la coordinación con otras Trabajadoras Sociales de Atención Primaria que puedan asumir esta tarea de observación). Funciones: no interviene en el diálogo, recoge los registros del desarrollo de la sesión acerca del funcionamiento del grupo; en los últimos diez minutos de cada sesión puede intervenir, si lo considera conveniente,

apuntando o resaltando algún aspecto o haciendo alguna sugerencia. (Millán, 2005: 339)

Recursos materiales

En la primera sesión se entrega a cada una de las participantes:

- Un díptico informativo con los epígrafes de las sesiones y la planificación de las mismas.
- Un cuaderno en el que anotarán tanto sus reflexiones o pensamientos como el trabajo para realizar en casa, indicado en cada una de las sesiones.

Además, se utilizan en las sesiones: ordenador y equipo de música, cartulinas, cuadernos, bolígrafos, rotafolios, colchonetas para relajación, proyector, mesas.

Todas las sesiones se celebran en espacios amplios que permitan tener tanto sillas como poder extender las colchonetas para desarrollar la parte final de relajación.

En cada sesión, además se realizan registros diversos para evaluar el funcionamiento del grupo.

D. Estructura de las sesiones

Las sesiones se organizan en base al siguiente esquema:

Primera sesión:

Se inicia con la presentación de las participantes y de las profesionales que acompañan al grupo. Es muy importante realizar un encuadre del grupo, es decir consensuar una serie de normas sencillas y claras que queden recogidas desde el principio del desarrollo del grupo y que sean respetadas por todas. Entre todas se elaboran las normas del grupo que giran en torno a estos aspectos esenciales:

- Compromiso de asistencia en el horario establecido.
- Puntualidad.
- Respetar la confidencialidad de lo que se comparta en el grupo, que no debe ser identificado en ningún momento y bajo ninguna situación para garantizar que el grupo sea un espacio seguro para todas las participantes.

- Durante las sesiones los teléfonos móviles deberán estar apagados y no se podrá hacer uso de ellos.
- Todas las participantes tienen derecho a hablar, a compartir experiencias, a expresar sus opiniones y a ser escuchadas.
- Evitar los juicios de valor respecto a las experiencias u opiniones de las otras personas.
- No interrumpir a otra mujer cuando esté hablando y pedir el turno de palabra.
- No está permitido el insulto ni verbal ni físico.
- Respeto absoluto entre las participantes, y si en algún momento existe algún conflicto entre ellas, se puede proponer la salida del grupo.

En la primera sesión, es importante conocer cómo se siente cada mujer y que espera de las sesiones, por lo que escribirá en un folio el listado de expectativas y objetivos personales que espera lograr con su participación en el Grupo. Este listado lo guardará cada mujer y se retomará en la sesión final, la número 12, para evaluar. Si la coordinadora del grupo lo estima más adecuado, en función de las necesidades del grupo, podrá utilizar otro tipo de técnica (tipo dibujo proyectivo).

Es importante en esta sesión romper el hielo entre las participantes, generar confianza y cohesionar el Grupo para ellos hay diversas dinámicas que nos pueden ayudar.

Sesiones de 2 a 12

Cada sesión comienza con un turno abierto donde las mujeres pueden expresar sus vivencias y emociones desde el último encuentro. Posteriormente, se facilitan contenidos teóricos sobre el tema a tratar, complementándolos con dinámicas participativas.

Antes de realizar la técnica de relajación se lleva a cabo una rueda de evaluación donde las participantes puedan expresar de forma concisa que les ha gustado más y menos de la sesión y cómo se han sentido ese día, en definitiva ¿Qué me llevo hoy de la sesión? Esta recogida de vivencias se hace pidiendo a las participantes que lo expresen con una palabra o una frase corta.

En la última sesión se realiza una evaluación global del proceso grupal. Se utiliza para ello el Cuestionario

Individual Evaluación Final del Grupo, que, con vistas a su mejor cumplimentación, se entrega a las mujeres al terminar la sesión 11 para que puedan rellenarlo durante la semana.

E. Contenido de las sesiones

- 1ª sesión: Identidad femenina.
- 2ª sesión: Autopercepción y autocuidado.
- 3ª sesión: Autoestima.
- 4ª sesión: Manejo de las emociones.
- 5ª sesión: Comunicación y estilos. Asertividad.
- 6ª sesión: Resolución de conflictos relacionales.
- 7ª sesión: Roles y conflictos en las relaciones familiares.
- 8ª sesión: Relaciones de pareja.
- 9ª sesión: Violencia de género.
- 10ª sesión: Sexualidad.
- 11ª sesión: Proyecto de vida personal: metas y objetivos.
- 12ª sesión: Recursos comunitarios. Evaluación y acto celebración de cierre.

El desarrollo pormenorizado de cada una de estas sesiones se realizó también junto con la redacción de este Programa. Contiene el conjunto de técnicas, actividades, contenidos a desarrollar en cada una de las sesiones, así como una presentación en powerpoint que acompaña cada sesión. Al finalizar cada una de las sesiones se ofrece una poesía de Begoña Abad de la Torre, que las mujeres llevan a sus casas y les acompaña en los procesos de reflexión a lo largo de la semana.

F. Evaluación

La finalidad principal de la evaluación es obtener información que permita adecuar el proceso de enseñanza al progreso real en la construcción de aprendizajes, adecuando el diseño y desarrollo de la programación establecida a las necesidades y logros detectados.

Se realizan diversos tipos de evaluación en relación a:

Estructura: adecuación de los recursos humanos y materiales para el desarrollo del proyecto. Adecuación del perfil de las mujeres asistentes al perfil de

mujeres general de las destinatarias establecidas según el Proyecto. Profesionales implicados-as en la captación y derivación al Proyecto.

Proceso: metodología, participación, clima del grupo, resolución de problemas o asuntos imprevistos, asistencia de las mujeres, horario y duración, relaciones interpersonales, recomendación de trabajo individual en casa.

Resultados: grado de cumplimiento de los objetivos del proyecto así como los planteados inicialmente por las mujeres. Adecuación de los contenidos y sus dinámicas para el logro de los objetivos previstos.

Para la obtención de la información necesaria para la evaluación se establecen varios documentos/soportes:

- Guion orientativo de entrevista de evaluación inicial.
- Guion orientativo de entrevista de evaluación final.
- Guion persona observadora.
- Rueda diaria de evaluación sesión.
- Cuestionario individual evaluación final del Grupo.
- Registro global asistencia diaria.
- Evaluación diaria coordinadora del grupo: contenidos abordados, contenidos imprevistos, clima general del grupo, funcionamiento del grupo.
- Memoria evaluación global Grupo.

Estos documentos son de uso:

- Previo al inicio del Grupo:
 - Guion Orientativo de entrevista de evaluación inicial.
- Durante cada sesión Grupo:
 - Guion diario observación persona observadora.
 - Rueda diaria de evaluación sesión⁴.

⁴ La Rueda diaria de evaluación es una dinámica realizada en los últimos 5 minutos de cada sesión donde cada mujer expresa de manera sintética: qué tal se ha sentido, si ha aprendido algo nuevo, si ha habido algo sobre lo que hay que profundizar más. Está información se recoge por escrito en la pizarra y en la Evaluación diaria coordinadora del Grupo

- Registro global de asistencia.
 - Evaluación diaria coordinadora del Grupo.
- Primera sesión: Listado de objetivos y expectativas de las participantes.
 - Última sesión del Grupo (además de las propias de todas las sesiones): Cuestionario individual evaluación final Grupo.
 - Tras finalizar el Grupo:
 - Guion orientativo de entrevista de evaluación final.
 - Memoria evaluación global Grupo.
 - Registro en Historia Clínica de participación y evaluación de cada mujer asistente.

G. Formación previa de las profesionales

Aunque la metodología grupal forma parte del contenido académico del trabajo social, su práctica no suele ser frecuente y no es infrecuente encontrarse con un bajo nivel de manejo grupal dentro de la profesión. Por ello, antes de dar comienzo a las sesiones grupales se organizó un curso amplio de Metodología grupal para las profesionales, dividido en dos módulos, a cargo de una profesional experta en la materia. Con ello se consiguieron varios objetivos:

- Garantizar las destrezas adecuadas de cada una de las profesionales que han puesto en marcha los diferentes grupos en los centros de salud.
- Dotar de seguridad y confianza a las profesionales para el desarrollo de los grupos.
- Consensuar los conocimientos y actitudes más adecuados para fomentar una buena dinámica grupal.
- Practicar mediante roll-playing las diferentes escenas y situaciones grupales.
- Supervisar los primeros grupos realizados y reforzar los aspectos más vulnerables de los mismos o aquellos donde las profesionales habían encontrado más dificultades para el manejo grupal.

H. Otros aspectos de interés

Por otra parte, merece la pena destacar que dentro

del colectivo de Trabajadoras Sociales Sanitarias hay alguna profesional más experta en la materia⁵ que ha servido de referencia a otras compañeras. Además, para vencer las resistencias e inseguridades normales antes de iniciar los grupos, se organizó un sistema para realizar los grupos de tal manera que la mayoría de las profesionales pudieron contar en su primer grupo con otra profesional que desarrolló la función de observadora. Ello ha servido para dar confianza, respaldo y apoyo suficiente en el inicio de cada profesional en este Programa Grupal.

Este Programa fue presentado en público en rueda de prensa a una nutrida representación de medios de comunicación riojanos en marzo del 2022, en la que participó la Consejera de Salud, dando un fuerte respaldo al mismo al tiempo que obtuvo mucho eco en los medios de comunicación. Ello sirvió para difundir el mismo, tanto dentro como fuera del sistema sanitario y favorecer la buena predisposición para el mismo.

Los grupos se han difundido mediante cartelería colocada tanto en los centros de salud como en otros espacios comunitarios de interés. También se han difundido a través de las redes de coordinación sociosanitaria para informar tanto a profesionales de fuera del sistema sanitario como a la propia ciudadanía.

La puesta en marcha inicial de los grupos estaba prevista para la primavera del año 2020, pero la pandemia por Covid-16 obligó a posponer los mismos hasta casi dos años después, cuando las condiciones de la misma permitieron celebrar los grupos presenciales.

Resultados

Este Programa Grupal empezó con un grupo en octubre del 2021, pero se generalizó en la mayoría de los centros de salud de La Rioja a lo largo de la primavera del año 2022. Desde entonces hasta hoy se han celebrado 21 grupos, habiendo participado algo más de 130 mujeres.

Los resultados de los mismos se ordenan en dos

apartados:

- En relación con las mujeres,
- En relación con las profesionales.

A. Resultados en relación con las mujeres

De las mujeres participantes todas mejoran sus resultados al pasarles las Escala Final de Ansiedad y Depresión de Goldberg, excepto una que los mantiene en los mismos valores.

Pero lo más llamativo es que ninguna mujer desde que termina el Grupo acude al Centro de Salud con demandas relacionadas con malestar psicosocial (una consulta por positivo a Covid-16 y otra por una analítica y expresa a su médica de familia. que se encuentra mejor, que quiere dejar cierta medicación y que ha decidido separarse).

La mejor evaluación es la que se puede deducir de las palabras de las propias mujeres:

Las mujeres expresan:

“He aprendido mucho y me ha ayudado a valorar dudas y tomar decisiones”

“Muchas gracias por contar conmigo para formar este grupo. Se han tratado temas muy interesantes y me han ayudado mucho a tomar decisiones en mi vida”

“Lo compartido duele menos”

“Gracias por hacer este tipo de proyecto posible”

“Me gustaría continuar con más sesiones ahora que tenemos más confianza entre nosotras”

“Decir NO es un acto de amor hacia una misma y hacia los demás”

“Me he sentido acompañada y escuchada”

“Llevo dos semanas sin llorar”

“Tengo 50 años y ahora es cuando me estoy empezando a descubrir”

“He vuelto a bailar tras muchos años”

“Me doy cuenta que: sí puedo, que he avanzado y que he quitado la vergüenza”

⁵ Una de ellas había dinamizado durante muchos años en Andalucía los Grupos Socioeducativos GRUSE y es una experta en manejo y metodología grupal.

“Entrar por la sala de la puerta es como entrar en otro plano, es la magia del grupo, tenemos ilusión por venir y este es el momento para mí”

“He superado cosas, estoy aquí porque soy fuerte, estoy tranquila”

“Para mí es un logro poder levantarme todos los días”

“Ahora pienso más en mí”

Una mujer en la tercera sesión se subió a un banco y dijo “desde que vengo a estar aquí con vosotras, me arreglo; hacía años que no lo hacía”

“Qué bien, mañana toca mi curso, voy a estar ocupada, no me llaméis (se lo decía a sus familiares, que no la llamaran)”

“Me siento muy bien, nos vemos la semana que bien”

“Cuando llego, mis cosas malas se quedan fuera. Aquí dentro, me encuentro en paz”

“Estoy deseando que llegue el próximo martes, me encuentro muy feliz con vosotras”

“Es un camino duro y difícil pero se consigue”

Han aprendido de sí mismas:

“Me siento cada día más animada y más feliz con todo lo que estoy aprendiendo”

“Llevo muchos años sin escribir poesía, con lo que me gusta y desde que estoy viniendo al taller estoy volviendo a escribir”

“Me doy cuenta que hay mujeres con problemas más grandes que los míos”

“Muchas veces es muy importante parar, sentarte y reflexionar”

“Desde que estoy aquí cada día lloro menos”

“Me ha costado 84 años darme cuenta de lo que me pasa, pero ya no vuelvo atrás” “nunca me hubiese dado cuenta de que eso era un logro en mi vida”

“Creía que pensar eso era egoísmo”.

“Ver a otras personas que también tiene problemas me ayuda a enfrentarme a los míos con fuerza”

“No estamos solas”

“A no perder la esperanza”

“Valorarse, quererse, cuidarse, reconocerse, a mejorar su bienestar”

“Deseando que lleguen los miércoles para poder venir al taller, es el único sitio donde paro y me relajo”

“Percepción distinta de cómo me ven los demás a cómo se ve una misma”

“La importancia de ser cada una como es sin juicios”

Han aprendido del Grupo:

“Amor de las demás, alegría bienestar, confianza”

“La generosidad, me siento orgullosa de haber conocido gente muy valiente”

“Mucho apoyo entre las compañeras del grupo, sentimiento de unión”

“La capacidad de superación, de esperanza y la energía en las personas”

“Ir hacia delante y luchar”

“Todas nos hemos nutrido de la experiencia y relatos de todas”

“Escuchar no juzgar, entender, ayudar y empatizar, sororidad”.

“No se nos juzga y se nos comprende”

“Lo bien que nos viene para desculpabilizar”

“Hay profesionales que se preocupan por nosotras y nos comprenden”

“Los miembros del grupo se pueden ayudar”

“Las técnicas de relajación para cuidarnos y sentirnos bien”

Situaciones que han cambiado en su vida:

“Me quiero más, me veo más yo, más relajada”

“Abrir los ojos y no negarme me ayuda evolucionar”

“Nueva red de apoyo social y ampliar la red social; sólo tenían relaciones con la familia”

“La relación con el marido. Le he apoyado para hacer más cosas”

“La apertura a un futuro en el que me imagino permitiéndome hacer cosas que no hago por el qué dirán”

“Relativizar mis problemas cuando escucho los de otras mujeres”

Otros resultados

Las profesionales tienen la impresión de que ha habido un descenso significativo en las mujeres en relación a la toma de psicofármacos. Está previsto hacer un estudio individualizado a medio plazo, midiendo el número y dosis de psicofármacos que cada mujer tomaban antes y después de su participación en los Grupos.

Un número significativo de mujeres han narrado experiencias de violencia de género. Algunas incluso han reconocido por primera vez en su vida situaciones de abuso sexual vividas en su infancia. Muchas mujeres han expresado conflictos personales o interpersonales y han recibido el sabio y cálido apoyo del grupo.

En todos los grupos se han generado grupos de whatsapp que han permitido mantener el contacto del grupo tras la finalización del mismo, siguiendo con momentos de apoyo y relación. Algunas mujeres incluso andan planteando crear una asociación de mujeres.

B. Resultados en relación con las trabajadoras sociales

Han participado 14 de las 16 profesionales del trabajo social de Atención Primaria implicadas. Una de las 2 que no ha podido participar ha sido por encontrarse de baja larga por enfermedad. Se han podido celebrar grupos en 17 de los 20 centros de salud existentes en La Rioja (algunos son pequeños y están en ámbitos de la sierra donde la cobertura del trabajo social no es la adecuada en tiempo para poder desarrollarlos). Por ello podemos concluir que la participación ha sido casi total y que el Programa ha llegado a la mayoría de los centros de salud. En los 3 que

falta se espera que se puedan desarrollar a lo largo del 2023.

Todas ellas han expresado un nivel de satisfacción (profesional y personal) muy alto tras los grupos. Han constatado cómo el Programa da respuesta a muchos de los problemas de las mujeres de manera más eficaz que a través de la atención individual. Han experimentado la magia del grupo también, repartiendo el liderazgo con las mujeres, desarrollando relaciones profesionales más horizontales, repartiendo la autoridad con el grupo, empoderando a las mujeres.

Buena parte del personal sanitario de los centros de salud ha podido constatar la mejoría en el estado de salud de las mujeres participantes, lo cual ha servido para poner en valor al Programa y al papel desempeñado por las Trabajadoras Sociales de Atención Primaria.

Conclusiones

Los Grupos de Fomento del Bienestar Psicosocial de las mujeres favorecen que las mujeres participantes:

- Mejoren su estado de ánimo,
- Que vayan incorporando y teniendo una visión más positiva sobre sus logros.
- La adquisición de nuevos aprendizajes y habilidades sociales para poder enfrentarse a las adversidades cotidianas.
- Compartir con otras mujeres les ayuda a crecer y a desculpabilizarse.
- A descubrir el valor terapéutico del grupo y su fortaleza para el cambio social.
- A identificar algunas causas de sus malestares en sus condiciones de vida y en los determinantes sociales para su salud, así como en sus estilos de relación.
- Facilitan y fomentan su incorporación social y comunitaria.
- Descubren otra identidad femenina engenerada con mayor autonomía y libertad que las protege frente a relaciones de subordinación.
- Aumenten su autoestima.
- Reconozcan las relaciones de buen trato y afronten las situaciones de maltrato y de violencia de género.

- Vivencien el espacio del centro de salud como espacio de promoción de la salud y participación comunitaria.

En la medida que las mujeres mejoran su salud acuden menos por esas demandas de malestar psicosocial a las consultas de atención primaria y el personal sanitario tendrá más tiempo para atender otras patologías y serán necesarias menos derivaciones a consultas de salud mental por situaciones derivadas de malestar psicosocial.

El trabajo social sanitario de atención primaria ha mostrado la eficacia del abordaje grupal para abordar los malestares psicosociales de las mujeres. Ello ha reforzado el rol de esta profesión dentro de los Equipos de Atención Primaria, enfatizando la importancia del abordaje psicosocial, centrado en la escucha, promoviendo la participación comunitaria y relaciones profesionales con más horizontalidad con la población, dando poder y voz a la ciudadanía. Todo ello es especialmente relevante en el contexto actual de reforma y fortalecimiento de la Atención Primaria, volviendo la mirada hacia aquellos valores que la hicieron nacer en la década de los años 80 del siglo pasado.

El Programa ha evidenciado el acierto de la perspectiva de género para abordar los malestares psicosociales de las mujeres.

Este Programa además ha mostrado una manera alternativa más eficaz para dar respuesta a parte del intenso malestar psicosocial que vive buena parte de la población atendida en el sistema sanitario público de La Rioja, especialmente en las áreas emocional, relacional y social, algo que la pandemia por Covid-16 ha puesto tan de relieve y que obliga a una reorientación a los sistemas sanitarios públicos.

BIBLIOGRAFÍA

ARETIO ROMERO, MARÍA ANTONIA. (2015). Las supervivientes que salieron del infierno. Factores que ayudan a las mujeres a superar la violencia de género en la pareja heterosexual. Tesis doctoral. Disponible en <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18436>.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (2017). Cartera de Servicios de trabajo social sanitario. Zaragoza.

BLANCO ORVIZ, ANA GLORIA, FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, ANA BELÉN, LENA ORDOÑEZ, ADELINA, MIER CORTEGUERA, MARTA, RUBIO FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES, SILVA HERMIDA, ELVIRA Y SUÁREZ SUÁREZ, ANA MARÍA.

(2007). Ni ogros ni princesas. Programa para la educación afectivo-sexual en la ESO. Principado de Asturias: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

BURÍN, MABEL. (1991). El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada. Buenos Aires: Paidós.

BURÍN, MABEL. (2000). Mujeres al borde de un ataque de psicofármacos [Internet]. Disponible en: <http://old.clarin.com/diario/2000/08/31/o-02901.htm> [Acceso 16 de Diciembre de 2010].

CAUTELA JOSEPH R. y GRODEN JUNE. (1985). Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. Barcelona: Martínez Roca.

DEL BARRIO GARCÍA, MARÍA ELENA. (2015). Grupo socioterapéutico para el abordaje del malestar socioemocional de las mujeres. Servicio de Salud de Castilla y León.

ESCUADERO ESPINALT, ESTHER. (2014). "Las historias de vida como herramienta para el empoderamiento" en SILVESTRE CABRERA, MARÍA; ROYO PRIETO, RAQUEL Y ESCUDERO ESPINALT, ESTHER (eds.) *El empoderamiento de las mujeres como estrategia de intervención social*. Bilbao: Deusto Digital (27-38).

Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención. (2014). Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_prevenccion_genero_Diputacion_Alicante.pdf (acceso el 4 de junio de 2019).

GERVÁS, J. (1992), citado por Onís, M. y Villar, J. (1992). La mujer y la salud en España. Informe básico, Volumen 1. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

III Plan Estratégico de Salud Mental. (2016-2020). La Rioja: Riojasalud. Gobierno de La Rioja.

GOLDBERG, LEWIS Y COLS. (1998). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg.

GOLEMAN, DANIEL. (1996). Inteligencia Emocional. Barcelona: Kairos.

HORER, SUZANNE. (1981). La sexualidad de las mujeres. Barcelona: Gedisa.

Instituto de la Mujer. (2008). Mujer y Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Instituto Nacional de Estadística. (2011-2012). Encuesta Nacional de Salud Española. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

HERNAN, MARIANO, MORGAN, ANTONY y MENA, ÁNGEL LUIS. (2013). Formación en Salutogénesis. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie de monografías, nº 51, 182.

Junta de Andalucía. (2011). Manual para el diseño e implementación de grupos socioeducativos en Atención Primaria (GRUSE). Andalucía: Consejería de Salud.

KONOPKA, GISELA. (1968). Trabajo social de grupo. Madrid: Euramérica.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, MARCELA. (2000). Claves feministas para

la autoestima de las mujeres. Madrid: Horas y horas.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, MARCELA. (2012). El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. México: Gobierno de la Ciudad de México, Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.

LERNER HEDWING, GERDA. (1990). La creación del patriarcado. New York: Novagràfik.

MARKEZ, IÑAKI, PÓO, MÓNICA, ROMO, NURIA, MENESES, CARMEN, GIL, EUGENIA y VEGA, AMANDO. (2004). "Mujeres y Psicofármacos: la investigación en la atención primaria". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 24(91), 3301-3324.

MATEOS CASADO, CRISTINA. (2023). Trabajo social desde una perspectiva de género. Parte I. Guía profesional. Madrid.

Consejo General del Trabajo Social. MIGALLÓN LOPEZOSA, PILAR y GÁVEZ OCHOA, BEATRIZ. (2012). Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima. Madrid: Instituto de la Mujer.

MILLÁN SUSINOS, RAQUEL; JIMÉNEZ PÉREZ MUELAS, JUANA TERESA y BLANCO PRIETO, PILAR (2005). "Intervención grupal con mujeres: prevención de la violencia y promoción de su salud y autonomía. Experiencias grupales en centros de salud" en RUÍZ-JARABO QUEMADA, CONSUELO Y BLANCO PRIETO, PILAR (dir). *La violencia contra las mujeres*. (págs.159-169). Madrid: Díaz de Santos.

MUÑOZ UREÑA, M., DE CASAS FERNÁNDEZ, M., COBO GONZÁLEZ, R., FONTCUBERTA MARTÍNEZ, J. y MANRIQUE MEDINA, R., (2008). Malestar Psicosocial de la Mujer: Experiencia de una intervención grupal en atención primaria. *Archivos en Medicina Familiar* 10 (3), 96-100.

PÉREZ JARAUTA, MARÍA JOSÉ y ECHAURI OZCOIDI, MARGARITA. (1996). En la madurez. Guía Educativa para promover la salud de las mujeres. Pamplona: Instituto de Salud Pública.

PICHÓN RIVIÈRE, ENRIQUE. (1999) El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

ROCA CORTÉS, NEUS y MASIP SERRA, JULIA. (2011). Intervención grupal en violencia sexista. Barcelona: Herder.

ROSELL POCH, TERESA. (1998). Trabajo social de grupos: grupos socioterapéutico y socioeducativo. *Cuadernos de trabajo social*, 11, 103-122.

VELASCO ARIAS, SARA. (2006). Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en atención primaria de salud. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ZAMANILLO PERAL, TERESA. (2008). Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana. Madrid: Síntesis.