



MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

GRUPO SOCIOTERAPEÚTICO PARA EL ABORDAJE DEL MALESTAR SOCIOEMOCIONAL DE LAS MUJERES

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la entidad: GAP. Gerencia de Atención Primaria de Palencia

Domicilio social (incluido Código Postal): Centro de Salud Pintor Oliva

CCAA: Castilla y León

Datos de contacto de la persona responsable del proyecto

Nombre y apellidos: María Elena del Barrio García

Email: ebarriog@saludcastillayleon.es

Email personal: medbg@hotmail.es

Teléfonos: 979 730050 y 636 459963

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

Marcar con una X donde corresponda.

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
X	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

Fecha de inicio: 21-11-2013

Actualmente en activo: Si. Se realizan dos grupos al año

Prevista su finalización: En este momento se está formando a las profesionales para iniciar la implantación en todo el área de salud

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA	<p>Actuación Sanitaria frente a la Violencia de Género:</p> <p>Trabajo comunitario con grupos de mujeres con malestar psicológico para mejorar la autoestima, el empoderamiento de la mujer y recuperar el bienestar psicológico, elementos importantes en la prevención de la VG.</p>
------------------	---

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

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 la circunstancias de la vida cotidiana y que son respuesta adaptativas, no necesariamente patológicas, **generando un malestar en la salud de las personas**, a veces motivado por la **falta de habilidades personales** para afrontar de manera saludable de la vida cotidiana o por **los determinantes socioculturales y psicosociales** con los que vivimos y que con frecuencia, condicionan la aparición de los síntomas del malestar y ponen en peligro la salud. (Sara Velasco, 2006).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad, depresivos y somatizaciones — trastornos mentales más comunes—, son un problema creciente de salud pública, progresan con el desarrollo y **afectan el doble a mujeres que a hombres** con peor evolución entre ellas, que generan numerosas visitas a los servicios de salud y elevado consumo de fármacos. Los médicos y médicas tienden a diagnosticar y prescribir psicofármacos más a las mujeres que a los varones, incluso a igualdad de síntomas.

La mayor prevalencia de alteraciones mentales comunes en las mujeres respecto a los hombres se ha relacionado con el impacto negativo de algunos factores psicosociales y de género que afectan de manera desigual a hombres y a mujeres, y de forma claramente más negativa en ellas. Las mujeres españolas en las edades adulta, madura y mayores, se sienten con mala salud en proporciones altas y significativamente más que los hombres. **Estos perfiles de salud percibida por sexos** concuerdan con alteraciones psíquicas —expresadas como nervios, depresión y dificultades para dormir—, también con dolor y síntomas somáticos recurrentes, como dolores de cabeza, dificultad para respirar, mareos, dolores musculares y de espalda, trastornos digestivos, y cansancio sin causa orgánica aparente, y que se encuadran en los llamados trastornos por somatización, que son causa de deterioro en la actividad social, laboral, y en otras áreas de desarrollo de la persona y que habitualmente persisten durante años. Estos trastornos

psicopatológicos son con frecuencia infravalorados, en ocasiones la mujer puede sufrir las consecuencias del “etiquetado”: incluso las dudas respecto a la veracidad de sus síntomas considerándolas rentistas o simuladoras, situaciones que son causa de mucho sufrimiento. La necesidad de “demostrar” que sus síntomas son reales, genera peregrinajes por múltiples consultas y especialistas, indicaciones de numerosas pruebas diagnósticas y fármacos, con frecuencia, sin que nadie se haya parado a preguntar y escuchar a la mujer sobre aspectos vivenciales o relacionales que pueden estar en el origen de sus síntomas.

Importancia del problema. Justificación

Salud Percibida. En España, la salud percibida como regular o mala, es siempre más frecuente en las mujeres; además sabemos que un estilo de vida no saludable y las preocupaciones, malestares psicológicos y somatizaciones empeoran la salud percibida (Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitarias, 2001)

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; Carmen Borrell y Joan Benach, 2005). La salud percibida es un indicador sensible a las condiciones ambientales culturales – incluidos los condicionantes de género- ya que es influido por los significados de la salud y el bienestar según condición social, cultural y forma de vida (Marta Jylha, 1998).

La Encuesta Nacional de Salud española de 2003 confirma que la autopercepción del estado de salud es peor para las mujeres que para los hombres en todos los grupos de edad. Hay que preguntarse si es un indicador de mayor presión de los condicionantes sociales y de su vivencia personal, lo que indicaría que las mujeres viven bajo presiones específicas por ser mujeres, es decir, hablamos de condicionantes de género.

Hiperfrecuentación de los servicios de salud.

En Atención Primaria, se calcula que entre el 30 % el 60 % de todas las visitas son debidas a síntoma para los que no se encuentra causa médica (Jose Luis Vázquez Barquero, 1990). Todas estas quejas se presentan mucho más en mujeres. Entre el 73% y el 80% de pacientes de este tipo son mujeres.

Los destinos diagnósticos de los síntomas somáticos y alteraciones psíquicas comunes en atención primaria se reparten así:

- Enfermedad orgánica: entre el 10% y el 25%
- Diagnósticos psicopatológicos: Ansiedad 38%, Trastornos depresivos 25% Somatización 58%
- Diagnósticos de síndromes funcionales: Fibromialgia 14-20%, Fatiga crónica 20%, Colon irritable 15% en A.P y 25% en A.E.
- Síntomas no diagnosticados: 13% en A.P. y problema principal en A.P 9.2% (Sara Velasco, 2006)

Además, diversos estudios (Ortiz Lobo y otras, 2005, Mabel Burin, 2003) demuestran que a pesar del esfuerzo para diferenciar diagnósticos de procesos aparentemente distintos, se aplica el mismo tratamiento: antidepresivos y ansiolíticos. Esta paradoja confirma que en la práctica, se está tratando un malestar psíquico de las mujeres, mediante la **medicalización con psicofármacos**.

Considerando que los datos aportados fundamentan la atención desde un marco teórico que incluye en el proceso de enfermar la influencia del contexto social y la subjetividad, ambos además condicionados por el género, planteamos que los **síndromes y síntomas que tratamos** 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. En este marco, los y las profesionales sanitarios detectaron demandas de atención que afecta a mujeres con problemas o situaciones que **no se corresponden con un problema de salud identificado**, ni con patología orgánica, sino con esa posición subjetiva hacia las situaciones que vive, manifestándolo a través de malestar físico y psicológico.

Este segmento de población que **acude asiduamente a las consultas** de los diferentes profesionales, 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, ó sobreadaptación (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 mayor parte de las personas que demandan este tipo de asistencia **lo constituyen mujeres** de edad media, y con frecuencia con cargas familiares importantes, y 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 de la vida cotidiana, lejos de resolver, tiende a cronificar dichas situaciones. La demanda no satisfecha siempre vuelve, convirtiéndose en personas hiperfrecuentadoras del sistema sanitario y también más demandantes de atención, en la consulta de Trabajo Social, lo que demuestra la insuficiencia de este enfoque para abordar este problema.



Es necesario un **abordaje biospsicosocial** para afrontar este problema que incluya la intervención sobre los componentes psicosociales y los condicionantes de género y su afrontamiento, incorporando una perspectiva más contextualizada de la salud de las mujeres.

Es necesario que además que **desarrollen capacidades y habilidades personales** y sociales básicas de afrontamiento, motivar a **la participación activa en su resolución** a través del empoderamiento personal y la autoconfianza como factor de protección y el autocontrol emocional.

8. OBJETIVOS

Objetivo general:

Mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres mediante intervenciones grupales para la mejora de la autoestima, promover el empoderamiento de las mujeres y para la prevención de la violencia de género desde el análisis y la reflexión sobre los modelos de igualdad

Objetivos específicos

- Crear **espacios de encuentro** grupal, de **autoconocimiento** y **autoapoyo** para mujeres
- Atender, con metodología grupal, la salud emocional de las mujeres desde el ámbito de la Promoción de la Salud, favoreciendo la **reflexión** sobre los recursos con los que cuenta y las posibilidades de interaccionar con el sistema sanitario, con su comunidad y facilitar cambios.
- Ayudar al aprendizaje y aprovechamiento y/o **adquisición de habilidades** centradas en:
 - Entrenar en la adquisición de recursos personales que constituyen factores protectores (o de resiliencia) para la salud mental (ej. Habilidades de comunicación y habilidades asertivas, desarrollo de autoestima, pensamientos positivos,).
 - Entrenar en habilidades para un afrontamiento más eficaz de factores de riesgo (ej. Manejo de conflictos en la relaciones familiares, Habilidades de solución de problemas, control de pensamientos negativos, roles de género y su influencia en el desarrollo personal...).
 - Entrenamiento y aprendizaje de técnicas de respiración y relajación, que permitan el autocontrol de emociones y muy útiles en los procesos de ansiedad, hostilidad, resentimiento, tensión muscular, fatiga y cansancio crónico.
- Permitir que emerjan y saber manejar y aportar apoyo ante el estrés y el malestar que puede producir la expresión en las sesiones grupales de situaciones relacionadas con dificultades reales de la vida de estas personas.



Identificar otras demandas y transmitir las mismas a los dispositivos y servicios sanitarios/sociales

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Este **proyecto surge de la necesidad** de dar una respuesta a la demanda de los profesionales sanitarios, relativa a la atención de mujeres con malestar emocional, ante la medicalización de dicho malestar emocional, convirtiéndose en hiperfrecuentadoras de los servicios sanitarios por la ante la demanda no resuelta, la persistencia sintomática y finalmente la cronificación.

Se valora esta oportunidad de desarrollar programas para la promoción de la salud mental de las mujeres desde los servicios de atención primaria, como forma de prevención de la violencia de género, promoción y recuperación de la salud y empoderamiento, utilizando el grupo, como forma de trabajo y tratando de dar respuesta a la demanda mencionada.

En el año 2013 se inicia el desarrollo de **GRUPOS SOCIOTERAPÉUTICOS** como **modelo de atención** a mujeres que presentan dificultades de afrontamiento de la vida cotidiana, que les provoca problemas de salud relacionados sobre todo, con el malestar emocional y sus consecuencias, con el objetivo de desarrollar capacidades y habilidades personales y sociales básicas para afrontar dichos problemas.

El **grupo es una forma de intervención del trabajo social**, definiéndolo como *aquella especialidad dentro del Trabajo Social que se orienta a recuperar y fortalecer, mediante la interacción grupal y la realización de actividades de grupo, las capacidades sociales de los ciudadanos, para aumentar su enriquecimiento personal y su funcionamiento social.*

En grupos de mujeres se ha comprobado su eficacia en 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 y los condicionantes de género.

El papel del grupo socioterapéutico consiste en ofrecerles un espacio donde ayudarles a reflexionar sobre **qué les pasa, con qué aspectos y situaciones lo relacionan y con qué recursos cuentan** para cambiar o mejorar esa situación. Constituye un factor de protección relacionado con una salud mental positiva.

Esta forma de atención facilita un lugar donde **trabajar las consecuencias que tienen las malas situaciones sociales, laborales, familiares, de género... en la salud** y tratar de buscar **sus propios recursos** con el fin de mejorar y aprender a afrontar estas situaciones, de manera que eviten, o minimicen tanto las consecuencias físicas como emocionales de estos malestares.

Para ello **se trabajan distintos temas** que pueden ser factores de protección individuales (autoestima, resolución de conflictos,...), mejorar el afrontamiento de factores de riesgo, y el

control de emociones, pero también es un lugar para hablar y reflexionar sobre nuestra posición en el mundo. Los contenidos se trabajan a nivel práctico tras breve enmarque teórico: dinámicas, actividades para casa y prácticas de técnicas de control emocional, como la **Relajación Progresiva de Jacobson y Respiración Abdominal como técnica principal de control de la tensión fisiológica**. Este tipo de relajación está especialmente indicada para personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican altos niveles de tensión, como en el insomnio o en las cefaleas tensionales, y en los que la ansiedad interfiere con la realización de otras conductas.

Aunque los grupos socioterapéuticos podrían ser también útiles para hombres con problemas psicósomáticos y malestar emocional - probablemente de origen diferente- se decidió dirigirlo a mujeres en razón a su prevalencia, y las posibilidades de intervención con un enfoque de género, pues nuestra hipótesis es que en estos casos con frecuencia subyacen problemas relacionales directamente vinculados a los roles de género en la mujer.

Ámbito de actuación:

Actual: Zona Básica de Salud del Centro de Salud Pintor Oliva. (Palencia)

Área de salud de Palencia, Población adscrita en Tarjeta Sanitaria.

Futuro: La idea es que si el resultado es positivo se extienda a la totalidad de los centros del Área.

Perfil de población: Mujeres adultas que acuden al sistema sanitario cuya demanda está relacionada con problemas de salud generados por un malestar emocional y que necesitan apoyo para enfrentarse a la vida diaria con mayores oportunidades de éxito, ayudándoles a activar sus propias habilidades y recursos de afrontamiento.

Profesionales implicados y coordinación con Servicios Sociales

- Gestionado por la Trabajadora Social Sanitaria del centro de salud con formación específica en Violencia de Género
- En la fase de diseño han colaborado dos médicas en la elección de los temas a tratar y elaboración de los contenidos.
 - Ana Arrizabalaga Ramos
 - Magdalena Espinosa Fernández
- El resto de profesionales sanitarios del EAP han colaborado en la difusión, captación y derivación de mujeres al grupo

Coordinación con otras instituciones. Se colabora con los Servicios Sociales a través de los Centros de Acción Social. Los profesionales de los Ceas (Servicios Sociales Básicos) participan en la captación y derivación de mujeres al grupo

Perfil competencial y formación del responsable de la gestión del grupo:



Diplomada en Trabajo Social. Profesión que utiliza el grupo como forma de intervención social, con el objetivo de desarrollar las capacidades sociales de los ciudadanos y su funcionamiento social a través del desarrollo de habilidades sociales.

- Formación posterior:
 - Formación específica en Violencia de Género recibida en la Escuela Nacional de Sanidad como Formación de Formadores y Formadoras para la prevención y atención a la Violencia de Género y en Gestión de programas para la prevención y atención a la Violencia de Género
 - Formación de Junta de Castilla y León-Sacyl para Formación de Formadores y Formadoras en prevención y atención a la Violencia de Género
 - Integrante del grupo de Formador de Formadores en Violencia de Género de la Junta de Castilla y León.
 - Formación específica en grupos y dinámicas grupales y entrevista motivacional.

10. METODOLOGÍA

Diseño del proyecto y preparación de contenidos.

Tras la realización una revisión de programas de atención grupal y revisión bibliográfica, y contenidos de formación específica realizada en el Grupo de Formador de Formadores de Violencia de Género, y la revisión de algunas experiencias, que pensamos podrían ayudarnos a conseguir nuestros objetivos definimos los contenidos principales a tratar se concretan en 8 sesiones

Difusión y Captación:

- En Febrero de 2013 se informa a la coordinadora del Centro de Salud de la propuesta de trabajo, ofreciendo su apoyo a la iniciativa. Una vez diseñada dicha propuesta, se decide presentar al resto de profesionales del EAP y hacerles partícipes del proyecto
- En Septiembre de 2013 se realiza una reunión con todo el EAP en la que se expone el programa, las áreas de intervención y se les facilitan los criterios de inclusión y exclusión en el mismo, y una planilla para anotar las personas a derivar con las características de las mismas.
- Se contacta también con el CEAS de referencia de la zona, con el fin de que conozcan el programa y colaboren en la captación de mujeres que pueden incluirse en la intervención. El canal de derivación será a través de la Trabajadora Social del Centro de Salud, quien contactará con el profesional de medicina de referencia.



Se realiza una entrevista previa a las participantes, donde se explica en qué consiste la actividad, y se obtienen datos de la posible participante, su enfermedad, lo que considera su problema y lo que espera del grupo

Temas abordados:

- Sesión 1: Relación entre emociones, estrés y salud
- Sesión 2: Cómo manejar mis propias emociones: Pensamiento, sentimiento y comportamiento
- Sesión 3: Control de pensamientos negativos
- Sesión 4: Estilos de comunicación. Mi comunicación con los demás.
- Sesión 5: Comunicación eficaz: Comunicación asertiva
- Sesión 6: El desarrollo de mi autoestima
- Sesión 7: Resolución de conflictos
- Sesión 8: Motivación al cambio
- Relajación Progresiva de Jacobson y Respiración Abdominal, como actividad transversal en todas las sesiones.

Se realizará una sesión semanal, con una duración aproximada de 90 minutos

Instrumentos:

- Planilla de seguimiento de las sesiones y de asistencia a cada sesión (para el profesional).
- Planilla de valoración de cada sesión por parte del profesional
- Fichas de trabajo de cada sesión Se proponen una serie de tareas muy sencillas en cada sesión. Unas tienen el objetivo de **hacerles reflexionar** sobre cuáles son sus dificultades cuando se enfrentan a las circunstancias que les alteran, y otras son **registros sobre las nuevas habilidades** puestas en marcha, para controlar cuándo los aplican, cómo, si obtienen resultado, dificultades de aplicación y cualquier otra circunstancia relacionada que les pueda surgir
- Presentaciones en power point con los contenidos teóricos para cada tema
- Resumen de contenidos para cada participante de cada sesión.
- Contenidos necesarios para la actividad de relajación y respiración (música, relato de relajación,..)
- Cuestionario de evaluación (última sesión)

Organización del grupo y desarrollo de las sesiones:



Profesional: Trabajadora Social del Centro de Salud de Pintor Oliva, dadas sus competencias en el desarrollo de las capacidades personales para resolver los problemas sociales individuales y colectivos, promoviendo la autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.

Lugar: se establece utilizar la sala de docencia del centro de salud, equipada para poder realizar las presentaciones teóricas y para la actividad de relajación la sala de educación maternal, ya que dispone de colchonetas.

Metodología de las sesiones

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.

Se trabaja los temas que han demostrado ser efectivos para ayudar a las personas mediante el refuerzo de factores protectores de tipo individual (recursos personales) que le ayuden a afrontar dificultades de la vida diaria con mayores recursos.

A su vez se trabajan las consecuencias que tienen las malas situaciones sociales, laborales, familiares... en la salud tratando de buscar sus propios recursos con el fin de mejorar y aprender a afrontar estas situaciones.

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 hablar y se les escucha. Se trabajan **habilidades concretas y se reflexiona** sobre también 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 estas mujeres puede tener que ver con roles y "mandatos de género" existentes. Dotar de habilidades o recursos que refuercen a la mujer para enfrentarse a esta situación es una tarea fundamental del grupo.

Estructura de las sesiones.

- **Inicio de la sesión**, revisión de lo tratado en la sesión anterior, y revisión de las tareas para casa (propuestas en la sesión anterior). Esto permite el entrenamiento en las tareas propuestas. Así mismo es fundamental porque los asistentes asumen un papel activo en el cuidado y mantenimiento de su salud. La duración es entre 15 y 30 minutos.
- **Desarrollo del tema** (presentación en power point), debate y reflexiones. Es una presentación didáctica sobre el tema central de la sesión, donde se pueden realizar comentarios, interpretaciones, dudas.
 - Se realiza un recuerdo de la sesión anterior de una o dos diapositivas

Contenido propio de esa sesión, iniciándolo siempre con una “ frase para pensar”
Es una exposición teórica con ejemplos y metáforas de situaciones relacionadas con el tema que tratamos Duración :30 y 45.m

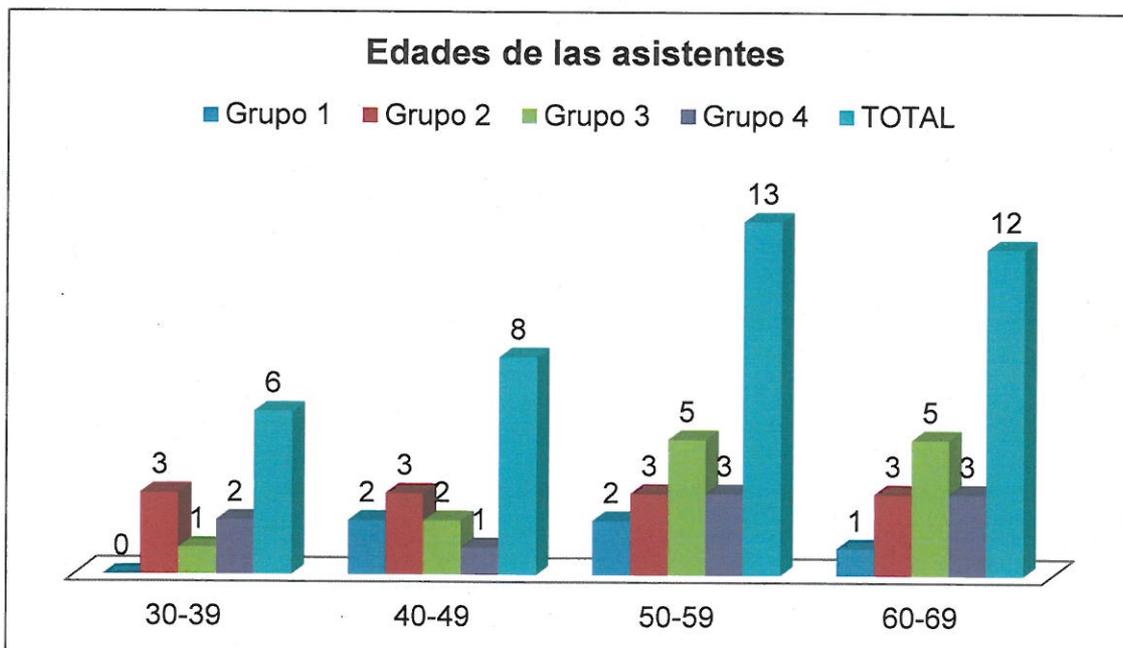
- **Tareas** para realizar durante la semana. La duración es de 5 minutos.
- Actividad de **relajación progresiva de Jacobsen y respiración** abdominal, con una duración de entre 20 y 30 minutos.
- **Registro de la evaluación** percibida en la sesión por la profesional responsable fuera del horario del grupo.

La duración de las sesiones es de una hora y media a dos, siempre en función del diálogo establecido en el grupo, con una frecuencia semanal.

11. EVALUACIÓN

Se realiza una evaluación cuantitativa con un cuestionario de satisfacción de preguntas cerradas y cualitativas con expresiones de opinión personal e individual al finalizar el taller.

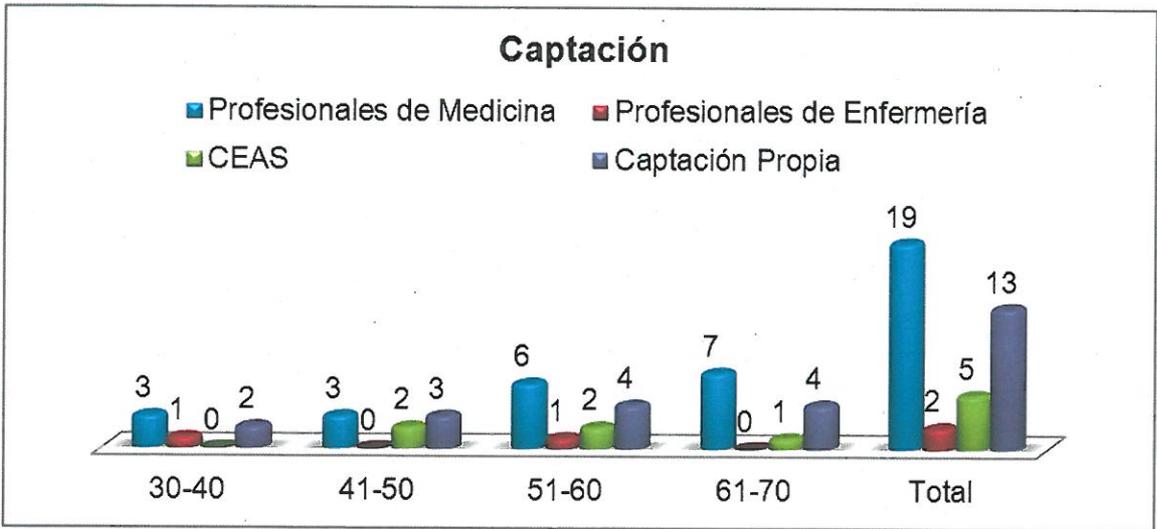
En total se han desarrollado **desde 2013 cuatro grupos**, con un total de **39 mujeres** derivadas al mismo. Las cinco primeras gráficas están referidas a datos cuantitativos, por lo que el valor total es de 39 (las derivadas al grupo), pero **a partir de la gráfica 6** hay un total de 7 personas a lo largo de los cuatro grupos que no realizan la evaluación por distintas causas, siendo entonces el **valor total 32**



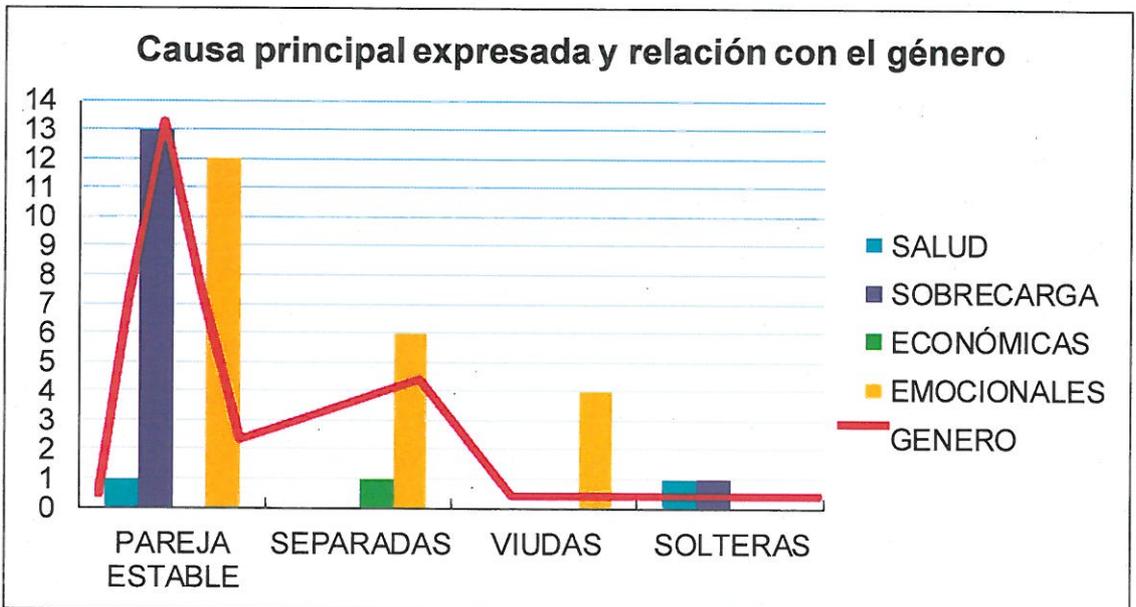
Gráfica 1

En esta gráfica observamos que más de la mitad de las mujeres derivadas al grupo tiene más de 50 años.

En la **gráfica 2** observamos que la mitad de las mujeres derivadas lo ha sido por el profesional de medicina. Esto puede ser porque la queja sobre problemas de salud se realiza más al profesional de medicina que de enfermería. .



Gráfica 2



Gráfica 3

En la **gráfica 3** podemos ver la causa principal que expresan en la entrevista inicial como origen de su malestar emocional, aunque todas coinciden en que no es la única causa por la que se encuentran mal, pero sí la más importante. Se incluyen en cuatro categorías:

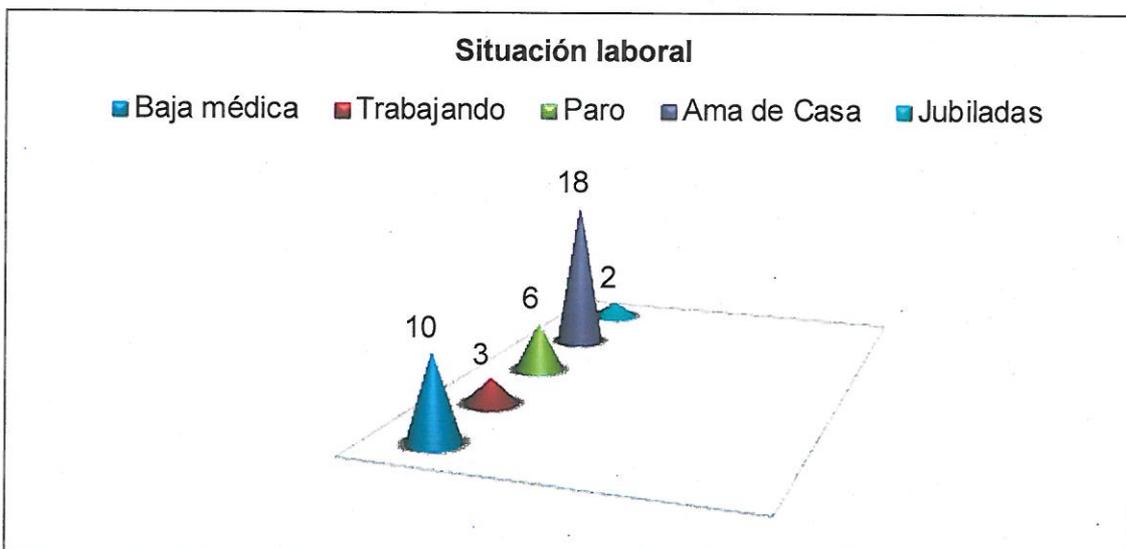
- un problema por una enfermedad diagnosticada (ej: hernia discal limitante)
- una sobrecarga de funciones, (ej: doble jornada, familiares con discapacidad)
- un problema económico grave, (ej: dependencia económica de los padres)
- emocionales (duelos no resueltos, soledad, tensiones familiares).



Una vez descrita la causa que presentan, **se establece la relación de aquellas que tiene que ver su situación personal de convivencia con la causa señalada y los roles de género** (única cuidadora, tareas domésticas sin descanso ni ayuda, no valoración de su trabajo) señalando la línea roja las mujeres que en cada situación coinciden.

Observamos que **de las mujeres con pareja estable, todas las que presentan sobrecarga tiene que ver con los roles de género**, no así en las que dicen que su causa principal tiene que ver con problemas emocionales, que tan solo 2 lo señalan. En las mujeres separadas las cuestiones de género tienen también una alta representación (4 de 6). Y no tienen ninguna en las mujeres viudas o solteras.

Si sumamos todas las mujeres cuyo **problema tiene que ver con cuestiones de género como causa principal, llegamos casi la mitad de las asistentes.**



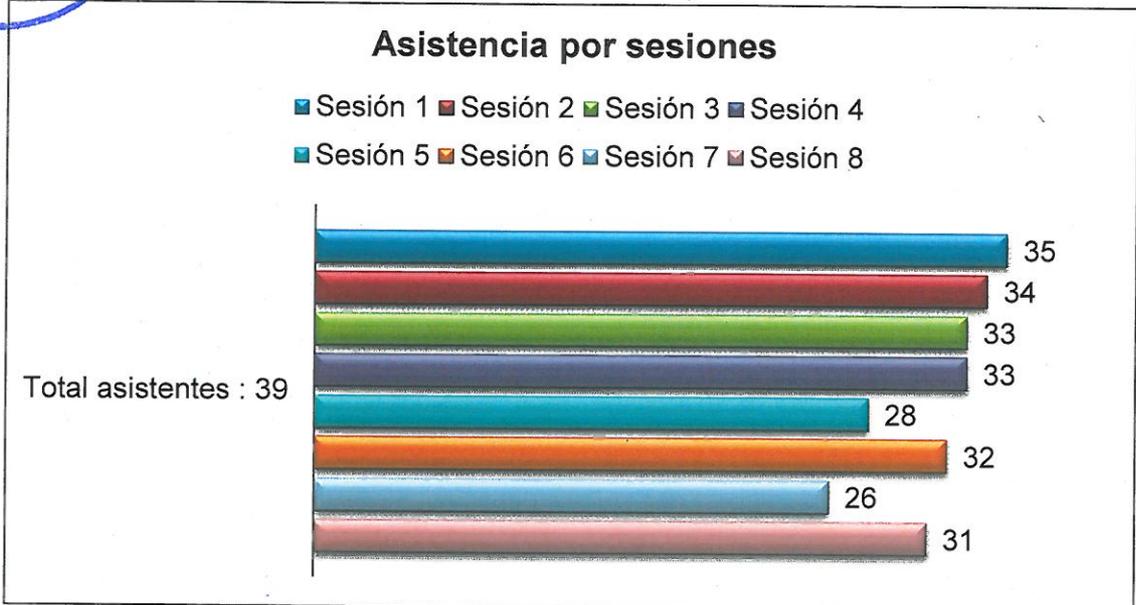
Gráfica 4

La **gráfica 4** representa la actividad laboral actual. Aproximadamente la mitad tiene o ha tenido actividad laboral fuera del hogar. Es cierto que el horario del grupo condiciona la asistencia si trabajas fuera de casa, por lo que sí que ha habido mujeres que no han podido asistir al mismo.

Es importante el número de mujeres que **se encuentra de baja laboral**; todas las bajas tenían un componente emocional importante, con ansiedad, insomnio, cansancio, estados depresivos...y múltiples síntomas psicósomáticos y en ocasiones, sin patología orgánica.

La alta fidelización de los integrantes expresada en **la gráfica 5** es un indicador muy positivo de la utilidad de la experiencia, aunque derivación de las personas con el perfil adecuado al taller favorece también la asistencia al mismo. Del total de 39 mujeres, 7 personas que no realizan la evaluación final. En total 3 personas abandonan el grupo en la segunda sesión, dos por creer que no les puede ayudar y otra con perfil no adecuado expresando otra demanda. Las ausencias a

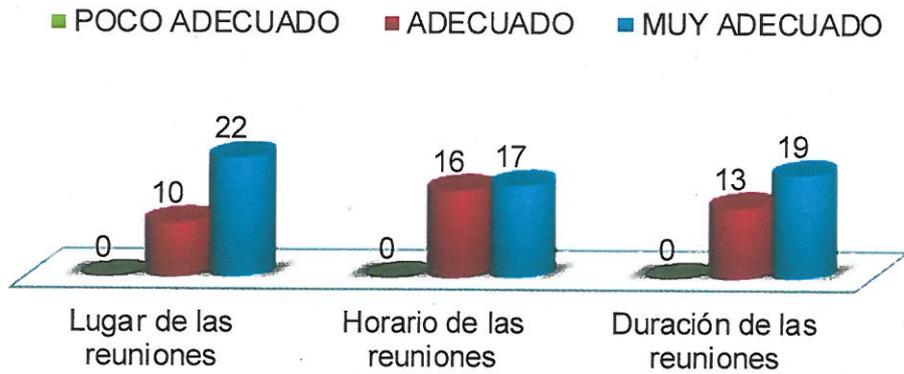
alguna sesión han sido pocas (4) y justificadas.



Gráfica 5

En la **gráfica 6** se observa que todas las integrantes se han mostrado satisfechas con las instalaciones y la organización del taller en general.

Valoración de Espacios y Horarios



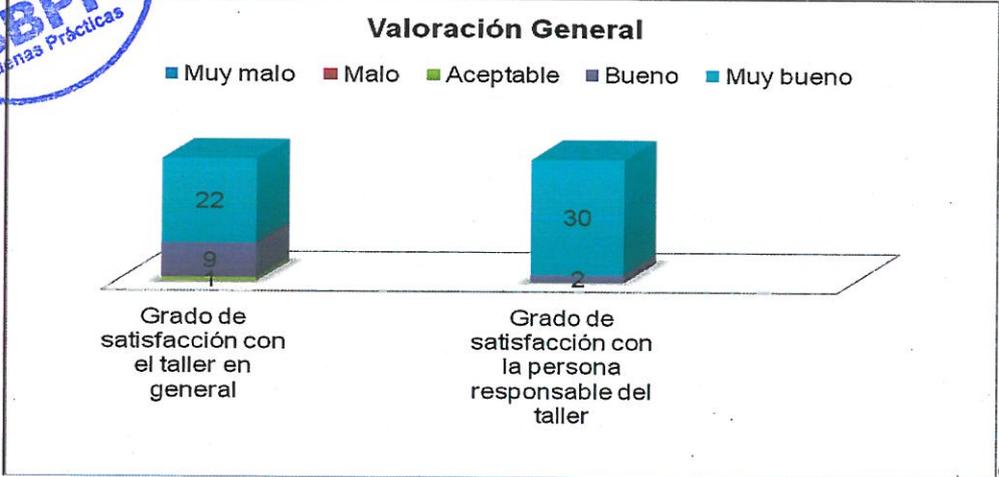
Gráfica

Utilidad del Taller



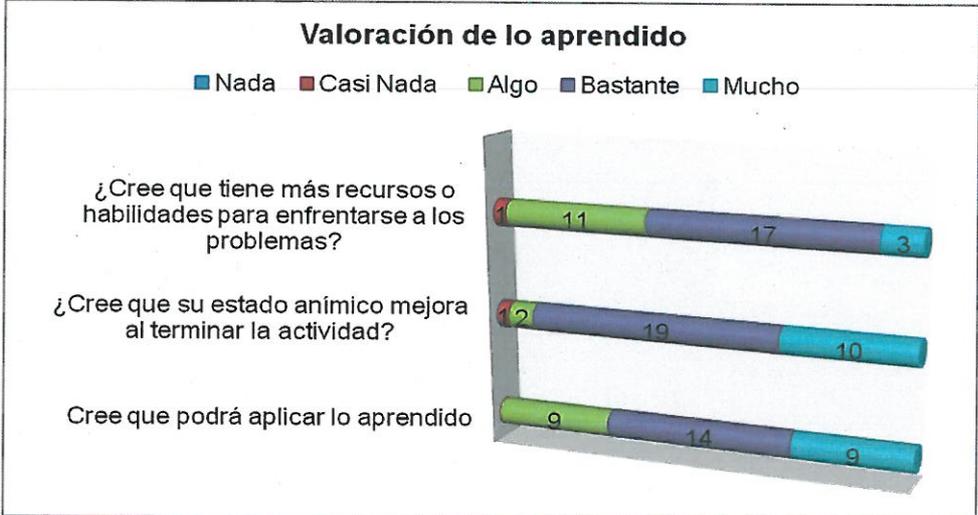
Gráfica 6

El 100 % de las asistentes consideran útil el taller, según se pone de manifiesto en la **gráfica 7**, pareciéndoles muy necesaria su realización. Algunas de ellas solicitan repetir, traer a personas conocidas y que se haga en otros centros de salud para recomendar la asistencia a personas conocidas.



Gráfica 7

La **gráfica 8** expresa la satisfacción de las asistentes con el taller; Prácticamente todas se muestran muy satisfechas con el taller en general y con la persona que lo realiza. Dos tercios de los asistentes lo consideran “Muy Bueno” y el otro tercio “Bueno”. Solo una persona de las 32 lo considera tan solo “Aceptable”. En cuanto a la satisfacción con la persona responsable el índice es mayor del 90 %.

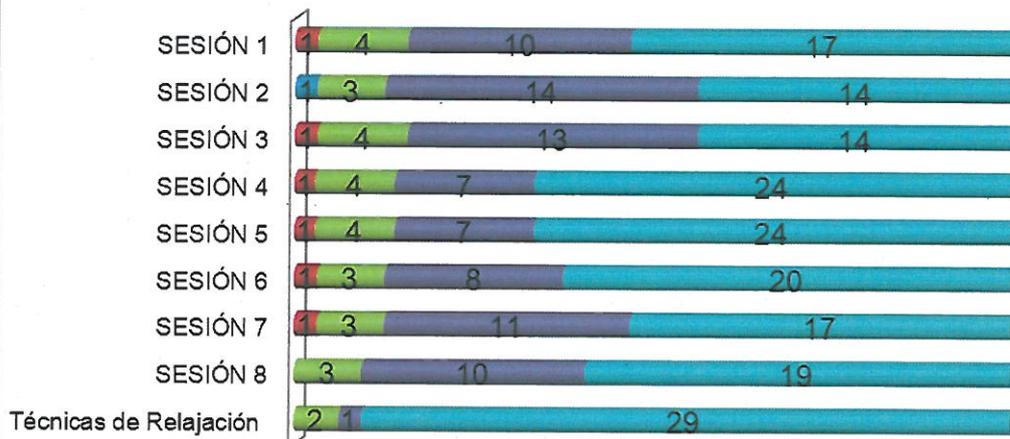


Gráfica 8

En relación a la **gráfica 9** la mitad de las mujeres cree encontrarse con bastantes más habilidades de afrontamiento hacia los problemas; y el resto con algunas habilidades más. Igualmente creen en su mayoría que podrán poner en práctica lo aprendido. En lo que coincide la mayoría, más de un 90 %, es en una **percepción de mejoría** en su estado anímico inmediatamente después de la finalización de la actividad y que ahora tiene al menos, algunos recursos para enfrentarse a las situaciones que les alteran.

Valoración de las sesiones

■ 1_2 ■ 3_4 ■ 5_6 ■ 7_8 ■ 9_10



Gráfica 9

La **gráfica 10** representa la valoración de las 8 sesiones y la actividad práctica de la técnica de relajación y respiración abdominal. Realizan una valoración muy positiva de todas ellas, pero especialmente los temas de comunicación, autoestima y **relajación sobre todo**, es lo que más alto valoran.

El porcentaje de asistentes que valoran las sesiones con notas mayores de 8 son el 68 % en las primeras sesiones, llegando a un 80 % a partir de la cuarta sesión, y siendo un 92 % las usuarias que valoran con más de 8 puntos la actividad de relajación.

Hay que destacar que **las participantes salen del grupo realizando una adecuada técnica de relajación y respiración**, como técnica básica del control emocional, destacando que es el recurso que más utilizan y les sirve.

RESULTADOS. Son positivos si tenemos en cuenta la opinión de las mujeres dejando claro que mejora su estado anímico y adquieren habilidades y conocimientos suficientes para mejorar su salud y sobre todo, la mejora en la posibilidad de no enfermar o agravar sus dolencias por causas psicosomáticas, encontrándose con más habilidades y recursos de afrontamiento a las situaciones que les presenta su entorno.

Observaciones realizadas por las mujeres en las evaluaciones:

"Me está sirviendo para poder afrontar de mejor forma los problemas y poder disfrutar más de la vida y ser más feliz que en definitiva es lo que todo el mundo busca"

"Estoy muy contenta porque me está ayudando en mi convivencia con la familia y para mi persona, en valorarme más"



Te llevas la teoría a tu vida y a lo que estás pasando y te hace reflexionar; te das cuenta de las cosas que piensas y buscas otras soluciones o te das la opción a verlas de otra manera. Te hace ver que hay más de una solución a los problemas.

FINANCIACIÓN

Este proyecto se ha desarrollado con recursos propios, tanto humanos (personal de plantilla), como materiales (en las instalaciones del Centro de Salud.) El material utilizado ha sido elaborado por los/las profesionales y se les ha proporcionado a las asistentes fotocopiado.

VIABILIDAD.-Nos parece un proyecto viable y eficiente. Aunque la eficiencia podremos demostrarla cuando tengamos un poco más de trayectoria y se pueda evaluar la frecuentación y consumo de fármacos y consultas en las cohortes de mujeres participantes, antes y después de la intervención.

De cara a la diseminación en todos los centros del área, se debería valorar la edición del material, que tendría un coste moderado y pensamos asumible por la gerencia y asimismo habría que contar con un presupuesto para la formación de los y las profesionales que vayan a conducir los grupos. Este presupuesto podría incorporarse a los fondos ordinarios asignados para la formación en el área.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La evaluación **se ha planteado a corto plazo**, con el fin de valorar la utilidad y su continuidad, con resultados muy positivos como se han expuesto de la experiencia para las mujeres.

El **siguiente objetivo** es extender la experiencia al resto del área de salud. Para el desarrollo de este objetivo ya se está realizando formación específica al resto de trabajadoras sociales del área.

En la **siguiente etapa** pretendemos evaluar la efectividad de la intervención mediante indicadores como: (disminución de la frecuentación, disminución del consumo de fármacos, mejora de calidad de vida, mediante cuestionario pre y post, cambios en actitudes respecto a roles y estereotipos de género etc), pero esto no era objetivo de este taller.

Como **percepción personal**, puedo decir que la propuesta de trabajo les sorprende al principio, y en algunos casos es necesario recordar el objetivo del programa varias veces, ya que no se trata de generar dependencia del profesional, si no de potenciar su autonomía en la resolución de sus dificultades emocionales cotidianas. Destacan como **muy beneficioso el espacio grupal como método de trabajo de lo "emocional"**; vivencian como muy positiva la experiencia y manifiestan como muy positivo el enfoque del taller, la forma de llevarlo a cabo y de comunicar los contenidos.

Se observa una **evolución positiva en la mayoría de las participantes**, aunque también es cierto que dependiendo del nivel de capacidad personal del que parte cada una, del grado de

complejidad que tienen sus situaciones y de la motivación al cambio que tengan condiciona el resultado.

Se consigue una participación más activa en su salud, con una percepción tanto en las usuarias como en los profesionales, de mejorar sus salud, adquirir conocimientos y estrategias para afrontar situaciones estresantes sin desbordarse, haciéndoles conscientes de que no todos los problemas de salud que se tienen requieren una solución médica, sino que **la propia persona tiene gran parte de las soluciones** cuando desarrollamos habilidades para enfrentarnos a los determinantes socioculturales con los que vivimos.

Desde el punto de vista del Trabajo Social Sanitario el abordaje socioterapéutico de los problemas psicosociales de nuestras usuarias a través del **tratamiento psicosocial grupal, ayuda a identificar, manejar e interpretar los estados emocionales que les hacen enfermar y educarse en la prevención con las nuevas habilidades aprendidas**. Si bien es cierto, que la formación específica en Violencia de Género del profesional que realiza la actividad, favorece este tipo de intervención, consiguiendo con el trabajo de grupo que las mujeres entiendan que la posición subjetiva pasiva ante una situación, sea la que sea, puede estar en el origen o mantenimiento de una problema de salud.

Las mujeres aprenden a escuchar su cuerpo e **interrogarse el por qué ocurre esa disfunción** y si está relacionada con alguna situación vivencial.

Se favorece una **participación activa de autocontrol** para no ser víctima pasiva de las circunstancias externas y producir cambios en la posición subjetiva de la mujer, mejorar los síntomas somáticos y anímicos.

Ha mejorado la satisfacción de las mujeres, y aunque en el caso de los y las profesionales no se ha evaluado de forma reglada, sus opiniones y percepción son igualmente satisfactorias. Esta experiencia da respuesta a las demandas de ambos, mujeres y profesionales.

Los grupos socioterapéuticos dirigidos por trabajadoras sociales sanitarias **pueden convertirse en una herramienta importante del sistema de salud** para el afrontamiento de problemas de salud y síntomas, en cuyo origen subyacen problemas psicosociales y relacionales, y que se expresan a través del malestar psicológico, o de síntomas físicos como forma de expresión de este malestar a través del cuerpo, evitando con estos abordajes, la medicalización innecesaria, y crearemos de utilidad para pacientes y profesionales. Creemos que es asimismo una práctica transferible, que requiere voluntad de los profesionales y formación de los que van a dirigir los grupos.

13.- BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (AETS). 2001 "Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997" Madrid. Ed. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo

- BURIN, MABEL. 1991 *"El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada."* Buenos Aires. Paidós
- BORREL, CARME y BENACH, JOAN. 2005. *"Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya"* Barcelona, Mediterranea, Politiques 48.
 - GARCÉS FERRER, Jorge, 2000, *"Concepto y alcance del Trabajo Social hoy"*, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPS EDITORES.
 - MIGALLÓN LOPEZOSA, Pilar y GÁLVEZ OCHOA, Beatriz, 2008, *"LOS GRUPOS DE MUJERES, Metodología y Contenido para el trabajo grupal de la Autoestima"*, Madrid, Colección Salud nº 1, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 - ORTIZ LOBO, ALBERTO y OTRAS, 2005, *"La evolución de la prescripción y los costes de los antidepresivos en un área de Atención Primaria (1996-2001)"*, Semergen 10(31):456-461
 - PÉREZ JARAUTA, M^a José Y ECHAURI OZCOIDI, Margarita 1996, *"EN LA MADUREZ... Guía educativa para promover la salud de las mujeres"*, Navarra, Sección de Promoción de la Salud, ISP, Departamento de Salud, Gobierno de Navarra
 - VELASCO ARIAS, Sara, *"ATENCIÓN BIOSPISICOSOCIAL AL MALESTAR DE LAS MUJERES, Intervención en Atención Primaria de Salud"* 2006, Colección Salud nº 9, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.